

TESIS

**UPAYA MEMINIMALKAN STRES HOSPITALISASI ANAK USIA
TODDLER MELALUI TERAPI BERMAIN DENGAN
PENDEKATAN MODEL CARING DAN
TRANSCULTURAL NURSING**



Oleh :

ZAKIYAH YASIN
NIM. 131214153041

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2014**

UNIVERSITAS AIRLANGGA

UPAYA MEMINIMALKAN STREES...
ZAKIYAH YASIN



: 310

UPAYA MEMINIMALKAN STREES...
ZAKIYAH YASIN

UPAYA MEMINIMALKAN STREES...
ZAKIYAH YASIN

**UPAYA MEMINIMALKAN STRES HOSPITALISASI ANAK USIA
TODDLER MELALUI TERAPI BERMAIN DENGAN
PENDEKATAN MODEL CARING DAN
TRANSCULTURAL NURSING**

TESIS

**Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep)
dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**

Oleh:

**ZAKIYAH YASIN
NIM. 131214153041**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2014**

A. ALAM KAWASAN PERANGKAT DAN PERALATAN WAJIBAN PERUSAHAAN
MELAKUKAN PERALATAN PERALATAN PERALATAN PERALATAN
MELAKUKAN PERALATAN PERALATAN PERALATAN PERALATAN
MELAKUKAN PERALATAN PERALATAN PERALATAN PERALATAN
MELAKUKAN PERALATAN PERALATAN PERALATAN PERALATAN

DAFTAR

(DAFTAR) PERALATAN PERALATAN PERALATAN PERALATAN
PERALATAN PERALATAN PERALATAN PERALATAN
PERALATAN PERALATAN PERALATAN PERALATAN

DAFTAR

PERALATAN PERALATAN
PERALATAN PERALATAN

PERALATAN PERALATAN PERALATAN PERALATAN
PERALATAN PERALATAN PERALATAN PERALATAN
PERALATAN PERALATAN PERALATAN PERALATAN
PERALATAN PERALATAN PERALATAN PERALATAN
PERALATAN PERALATAN PERALATAN PERALATAN

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS

**UPAYA MEMINIMALKAN STRES HOSPITALISASI ANAK USIA
TODDLER MELALUI TERAPI BERMAIN DENGAN
PENDEKATAN MODEL CARING DAN
TRANSCULTURAL NURSING**

**Zakiyah Yasin
131214153041**

**TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL, 08 Juli 2014**

Oleh :

Pembimbing I

**Dr. IGM. Reza Gunadi Ranuh dr.SpA (K)
NIP. 19601105 198802 1002**

Pembimbing II

**Yuni Sufyanti Arif, S.KP., M.Kes
NIP. 197806062001122001**

Mengetahui

Ketua Program Studi Magister Keperawatan

**Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc., MPDK, DTM&H., SpPD., KPTI., FINASIM
NIP. 19470812.1974.12.2001**

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

Tesis ini diajukan oleh :
 Nama : Zakiyah Yasin
 NIM : 131214153041
 Program Studi : Magister Keperawatan
 Judul : Upaya Menimalkan Stres Hospitalisasi Anak Usia
 Toddler melalui Terapi Bermain dengan
 Pendekatan *Caring* dan *Transcultural nursing*

Tesis ini telah diuji dan dinilai
 Oleh panitia penguji pada
 Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga
 Pada Tanggal, 17 Juli 2014.

Panitia Penguji,

- | | | |
|----------------|------------------------------------|---------|
| 1. Ketua | : Dr. Arif Wibowo, Ms | (.....) |
| 2. Penguji I | : Dr. IGM Reza Gunadi, dr., SpA(K) | (.....) |
| 3. Penguji II | : Yuni Sufyanti Arief, SKP., M.Kes | (.....) |
| 4. Penguji III | : Myrtati Dyah A., dra.MA.PhD | (.....) |
| 5. Penguji IV | : Sri Utami, SKP., M.Kes | (.....) |

Mengetahui
 Ketua Program Studi Magister Keperawatan

Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc., MDDK., DTM&H., SpPD., KPTI., FINASIM
 NIP. 1947.0812.1974.12.2001

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Zakiyah Yasin
NIM : 1312141513041
Program Studi : Magister Keperawatan
Departemen : Keperawatan
Fakultas : Keperawatan
Jenis karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga Hak Bebas Royalti Non eksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Upaya Menimalkan Stress Hospitalisasi Anak Usia Toddler melalui Terapi Bermain dengan Pendekatan *Caring* dan *Transcultural nursing*.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak bebas Royalti Non eksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Dibuat di :
Pada tanggal :
Yang menyatakan

Zakiyah Yasin

RINGKASAN

UPAYA MEMINIMALKAN STRES HOSPITALISASI ANAK USIA TODDLER MELALUI TERAPI BERMAIN DENGAN PENDEKATAN MODEL *CARING* DAN *TRANSCULTURAL NURSING*

Oleh : Zakiyah Yasin

Hospitalisasi pada anak sering menimbulkan perasaan stres seperti: cemas, marah, sedih, takut, dan rasa bersalah kehilangan nafsu makan, insomnia, akan mengalami kelelahan karena menangis, tidak mau berinteraksi dengan perawat, rewel, merengek minta pulang, menolak makan sehingga memperlambat proses penyembuhan. Perawatan balita khususnya usia 1-3 tahun pada saat di rumah sakit merupakan pengalaman yang penuh dengan stres, baik bagi balita maupun orangtua. Dengan prevalensi kecemasan balita usia toddler saat hospitalisasi mencapai 75%. Kota Sumenep memiliki berbagai budaya dan terdiri dari berbagai pulau. Setiap pulau yang berada di Sumenep memiliki kultur yang berbeda-beda baik agama, bahasa, pendidikan dan kultur yang lainnya. Maka perlunya perawat memberikan intervensi pada anak hospitalisasi khususnya usia toddler yaitu terapi bermain dengan pendekatan *caring* dan *transcultural nursing*.

Tujuan penelitian ini adalah menganalisis upaya meminimalkan stress hospitalisasi pada anak usia toddler melalui terapi bermain dengan pendekatan model *caring* dan transkultur di Ruang anak RSUD Moh. Anwar Sumenep.

Berdasarkan Tujuan Penelitian, desain penelitian menggunakan Jenis penelitian ini adalah *pra-eksperimental design* dengan menggunakan rancangan penelitian *One-group pra post test design* yaitu mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subjek. Sampel dalam penelitian ini ada 2 jenis yaitu Semua anak toddler dan orang tua anak di ruang rawat inap dan Semua perawat yang bertugas di di ruang rawat inap anak RSUD dr. Moh Anwar Sumenep sebanyak 12 orang perawat. Sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Variabel penelitian yaitu Variabel independen dalam penelitian ini adalah model *caring* dan model *transcultural nursing* terapi bermain. Variabel Dependen pada penelitian ini adalah kecemasan (stres hospitalisasi) dan kenyamanan pada anak toddler. Penelitian ini akan dilakukan uji statistik, yaitu uji wilcoxon untuk melihat perbedaan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi terapi bermain dengan pendekatan teori *caring* dan *transcultural nursing*, pada variabel skala nominal menggunakan uji chi square untuk melihat hubungan anatara tiap variabel, sedangkan analisis multivariant atau untuk mengetahui pengaruh secara bersama-sama variabel independen dan variabel dependen.

Hasil uji Wilcoxon Perbedaan upaya meminimalisasi stress hospitalisasi anak usia toddler sebelum dan sesudah penerapan terapi bermain dengan model *caring* dan transkultural nursing diperoleh nilai p value (0.042) > 0,05. Sehingga dapat dinyatakan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara upaya meminimalisasi stress hospitalisasi anak usia toddler sebelum dan sesudah penerapan terapi bermain dengan model *caring* dan transkultural nursing oleh

perawat. Sedangkan hasil uji Wilcoxon adalah p value $(0.002) < 0,05$ sehingga dapat dinyatakan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara terapi bermain dengan model *caring* dan *transkultural nursing* sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan terapi bermain dengan model *caring* dan *transkultural nursing* oleh perawat di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar Sumenep

Kesimpulannya Meminimalkan stress hospitalisasi pada anak usia toddler dapat melalui terapi bermain dengan pendekatan model *caring* dan *transkultural nursing*. Kemampuan Perawat pelaksana belum optimal menerapkan *caring* terapi bermain dan *transkultural nursing*. Karakteristik perawat yang memiliki hubungan dengan perilaku *caring* terapi bermain dan *transkultural nursing* meliputi pendidikan dan pelatihan terapi bermain. Sedangkan karakteristik perawat yang tidak memiliki hubungan dengan perilaku *caring* terapi bermain dan *transkultural nursing* meliputi usia, jenis kelamin, status perkawinan dan masa kerja. Karakteristik anak yang memiliki hubungan dengan stress hospitalisasi anak usia toddler meliputi Usia, sedangkan karakteristik anak yang tidak memiliki hubungan dengan stress hospitalisasi anak usia toddler meliputi jenis kelamin, opname sebelumnya dan lama dirawat. Karakteristik keluarga tidak ada hubungan dengan stress hospitalisasi anak usia toddler meliputi penghasilan dan pendidikan. Ada perbedaan antara sebelum dan sesudah intervensi terapi bermain dengan pendekatan model *caring* dan *transkultural nursing*. Ada pengaruh model *caring* dan *transkultural nursing* terapi bermain terhadap stress hospitalisasi anak usia toddler. Maka perlunya adanya terapi bermain pada anak hospitalisasi sehingga anak tidak mengalami stres yang dapat memperlambat penyembuhan anak. Perawat lebih meningkatkan lagi *caring* dan melihat *transcultural* tempat perawat memberikan pelayanan.

SUMMARY

EFFORTS TO MINIMIZE STRESS HOSPITALIZATION TODDLER CHILDREN THROUGH PLAY THERAPY APPROACH MODEL CARING AND TRANSCULTURAL NURSING

By: Zakiyah Yasin

Hospitalization in children often lead to feelings of stress such as anxiety, anger, sadness, fear, and guilt, loss of appetite, insomnia, will experience fatigue for crying, do not want to interact with nurses, cranky, whining for home, refusing to eat so slow the healing process . Nursing toddlers aged 1-3 years, especially when the hospital is a stressful experience, both for toddlers and parents. the prevalence of anxiety toddler toddler age when hospitalization is 75%. Sumenep city has a variety of cultures and consists of various islands. Each island in Sumenep have different cultures religion, language, education and culture of the other. Hence the need for nurses provide intervention to children ages toddler hospitalization is especially play therapy with a caring approach and Transcultural nursing. The purpose research analyzed effort to minimize the stress of hospitalization in children ages toddler through play therapy with a caring approach and a model of the room transkultur in children hospitals Moh. Anwar Sumenep.

Based Research Objectives, research design using this type of research design was pre-experimental research design using One-group pre-post test design that expresses a causal relationship by involving a group of subjects. The sample in this study there are two types ie All children toddler and parents of children in the inpatient unit and all nurses who served in child inpatient unit dr. Mohammad Anwar Sumenep many as 12 nurses. In accordance with the inclusion and exclusion criteria. The research variables are independent variables in this study is a model of caring and Transcultural nursing models of play therapy. While this study Dependent variable is anxiety (stress of hospitalization) and comfort to children toddler. This study will be conducted statistical tests, namely the Wilcoxon test to see the difference before and after therapeutic intervention playing with and caring approach Transcultural nursing theory, on a nominal scale variables using chi square test to examine the relationship anatara each variable, while the multivariant analysis or to determine the effect of jointly independent variables and the dependent variable

The results of the Wilcoxon test Differences effort to minimize the stress of hospitalization toddler age children before and after the application of play therapy with a caring and transcultural nursing models obtained p value (0.042) > 0.05. So it can be stated that there is a significant difference between the effort to minimize the stress of hospitalization toddler age children before and after the application of play therapy with models of caring and transcultural nursing by

nurses. While the results of the Wilcoxon test is the p value $(0.002) < 0.05$ so that it can be stated that there is a significant difference between models of play therapy with caring and nursing transkultural before and after play therapy training with transkultural model of caring and nursing by nurses in the hospital nursery dr. Moh. Anwar Sumenep.

Conclusion Minimizing the stress of hospitalization in children ages toddler through therapy can play with the model approach transkultural caring and nursing. The nurse executive ability is not optimal caring applying play therapy and transcultural nursing. Characteristics of nurses who have relationships with caring behavior play therapy and transcultural nursing education and training includes play therapy. While the characteristics of nurses who do not have relationships with caring behavior play therapy and transcultural nursing include age, gender, marital status and years of service. Characteristics of the child who has a relationship with the stress of hospitalization toddler age children include age, while the child characteristics that have no connection with the stress of hospitalization toddler age children include gender, previous hospitalization and longer cared. Family characteristics are not related to the stress of hospitalization toddler age children include income and education. There is a difference between before and after therapeutic intervention model approach playing with caring and transcultural nursing. There is the influence of transcultural nursing model of caring and play therapy to the stress of hospitalization toddler age children. Hence the need for the existence of play therapy on children hospitalization so that children do not experience stress that can memeperlambat child healing. Nurses caring and further enhance the look Transcultural where nurses provide services.

ABSTRACT**UPAYA MEMINIMALKAN STRES HOSPITALISASI ANAK USIA TODDLER MELALUI TERAPI BERMAIN DENGAN PENDEKATAN MODEL CARING DAN *TRANSCULTURAL NURSING*****OLEH : Zakiyah Yasin**

Introduction: Hospitalisasi pada anak sering menimbulkan perasaan stres seperti: cemas, marah, sedih, takut, dan rasa bersalah kehilangan nafsu makan, insomnia, akan mengalami kelelahan karena menangis terus, tidak mau berinteraksi dengan perawat, rewel, merengek minta pulang, menolak makan sehingga memperlambat proses penyembuhan.

Metode: Penelitian ini menggunakan Jenis penelitian ini adalah *pra-eksperimental design* dengan menggunakan rancangan penelitian *One-group pra post test design* yaitu mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subjek. Sampel dalam penelitian ini ada 2 jenis yaitu Semua anak toddler dan orang tua anak di ruang rawat inap dan Semua perawat yang bertugas di di ruang rawat inap anak RSUD dr. Moh Anwar Sumenep sebanyak 12 orang perawat. Sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Variabel penelitian yaitu Variabel independen dalam penelitian ini adalah model caring dan model transcultural nursing terapi bermain. Sedangkan Variabel Dependen penelitian ini adalah kecemasan (stres hospitalisasi) dan kenyamanan pada anak toddler.

Result and Analisis: Hasil uji Wilcoxon Perbedaan upaya meminimalisasi stress hospitalisasi anak usia toddler sebelum dan sesudah penerapan terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing diperoleh nilai p value (0.042) > 0,05. Sehingga dapat dinyatakan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara upaya meminimalisasi stress hospitalisasi anak usia toddler sebelum dan sesudah penerapan terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing oleh perawat. Sedangkan hasil uji Wilcoxon adalah p value (0.002) < 0,05 sehingga dapat dinyatakan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan.

Simpulan: Meminimalkan stress hospitalisasi pada anak usia toddler dapat melalui terapi bermain dengan pendekatan model caring dan transkultural nursing.

Keyword: *stres hospitalisasi, toddler, terapi bermain, caring, transcultural nursing*

ABSTRACT**EFFORTS TO MINIMIZE STRESS HOSPITALIZATION TODDLER CHILDREN THROUGH PLAY THERAPY CARING AND MODEL APPROACH TRANSCULTURAL NURSING****BY: Zakiyah Yasin**

Introduction: Hospitalization in children often lead to feelings of stress such as anxiety, anger, sadness, fear, and guilt, loss of appetite, insomnia, will experience fatigue due crying, do not want to interact with nurses, cranky, whining for home, refusing to eat so slow the healing process.

Methods: This study used this type of research design was pre-experimental research design using One-group pre-post test design that expresses a causal relationship by involving a group of subjects. The sample in this study there are two types ie All children toddler and parents of children in the inpatient unit and all nurses who served in child inpatient unit dr. Mohammad Anwar Sumenep many as 12 nurses. In accordance with the inclusion and exclusion criteria. The research variables are independent variables in this study is a model of caring and Transcultural nursing models of play therapy. While this study Dependent variable is anxiety (stress of hospitalization) and comfort to children toddler.

Result and analisis: The results of the Wilcoxon test differences effort to minimize the stress of hospitalization toddler age children before and after the application of play therapy with a caring and transcultural nursing models obtained p value $(0.042) > 0.05$. so it can be stated that there is a significant difference between the effort to minimize the stress of hospitalization toddler age children before and after the application of play therapy with a caring and transcultural nursing models by nurses. While the results of the Wilcoxon test is the p value $(0.002) < 0.05$, so that it can be stated that there is a significant difference between models of play therapy with caring and nursing transkulturan before and after training.

Conclusion: Minimizing the stress of hospitalization in children ages toddler through therapy can play with the model approach transkultur caring and nursing.

Keyword: *the stress of hospitalization, toddler, play therapy, caring, Transcultural nursing*

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa karena atas berkat dan rahmat-Nyalah peneliti dapat menyelesaikan tesis yang berjudul, “ **upaya meminimalkan stres hospitalisasi anak usia toddler melalui terapi bermain dengan Pendekatan model caring dan Transcultural nursing**”. Penyusunan tesis ini melalui bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu bersama ini perkenankanlah peneliti mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Prof. Dr. Fasich, Apt., selaku Rektor Universitas Airlangga Surabaya.
2. Purwaningsih, S.Kp., M.Kes, selaku dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Magister Keperawatan.
3. Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc., MPDK., DTM&H., SpPD., KPTI., FINASIM., selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
4. Dr. IGM. Reza Gunadi Ranuh dr,SpA (K), selaku pembimbing I yang telah memberi bimbingan, saran, motivasi, dan dukungan ilmu.
5. Yuni Sufyanti Arif.,S.KP., M.Kes, selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan, bantuan dan arahan.
6. Direktur RSUD Kabupaten Sumenep yang telah memberikan ijin dalam proses pengambilan data awal.

7. Bapak/Ibu Dosen Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah mendidik, melatih, dan memberikan ilmu selama masa perkuliahan.
8. Seluruh staf Fakultas Keperawatan atas bantuan, fasilitas dan informasi yang telah diberikan.
9. Suami dan putraku tersayang yang telah menjadi semangat dalam penyusunan tesis ini.
10. Abi dan Ummi tercinta dan seluruh keluarga besar kuyang selalu memberikan motivasi baik support dan materi.
11. Teman-teman Magister angkatan 5 (M@5) yang telah memberikan bantuan dan motivasi.
12. Teman –teman kantor dan seluruh pimpinan serta segenap keluarga besar universitas Wiraraja sumenep yang telah banyak memberikan motivasi.

Semoga Tuhan Yang Maha Kuasa membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan tesis ini. Peneliti menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan baik isi maupun penulisannya, oleh karena itu peneliti mengharapkan saran dari pembaca.

Surabaya, 15 Juli 2014

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman	
Halaman Judul Luar	i
Halaman Judul Dalam	ii
Lembar Persetujuan	iii
Halaman Pernyataan Persetujuan Publikasi	v
Ringkasan	vi
Abstrak	x
Kata Pengantar	xii
Daftar Isi	xiv
Daftar Tabel	xvii
Daftar Gambar	xix
Daftar Lampiran	xx
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifikasi Masalah	7
1.3 Rumusan Masalah	8
1.4 Tujuan	8
1.4.1 Tujuan Umum	8
1.4.2 Tujuan Khusus	9
1.5 Manfaat	9
1.5.1 Manfaat Teoritis	9
1.5.2 Manfaat Praktis	9
1.6 Keaslian Penulisan	10
BAB 2 TINJAUAN KEPUSTAKAAN	
2.1 Konsep Caring	14
2.1.1 Pengertian Caring	14
2.1.2 Model Konsep Keperawatan Jean Watson	17
2.1.3 Faktor-faktor Pembentuk Caring	19
2.1.4 Aplikasi perilaku Caring dalam Praktek Keperawatan	23
2.1.5 Menumbuhkan Perilaku Caring Perawat	24
2.1.6 Pentingnya Aplikasi Caring	25
2.1.7 Pengukuran Perilaku Caring	25
2.2 Konsep Transkultural	26
2.2.1 Pengertian Transkultural	27
2.2.2 Konsep Transkultural	27
2.2.3 Peran dan Fungsi Keperawatan Transkultural	28
2.2.4 Proses Keperawatan Transkultural	30
2.2.5 Perawatan Kehamilan dan Kelahiran	34
2.3 Konsep Terapi Bermain	38
2.3.1 Pengertian Bermain	38
2.3.2 Fungsi Bermain	40
2.3.3 Jenis-jenis Bermain	43
2.3.4 Klasifikasi Bermain	45

2.3.5 Prinsip-prinsip dalam aktifitas Bermain	48
2.3.6 Mainan untuk toddler.....	50
2.3.7 Bermain di Rumah Sakit.....	51
2.3.8 Rancangan Bermain.....	51
2.3.9 Hambatan Bermain	51
2.3.10 Antisipasi hambatan	51
2.4 Konsep Kenyamanan Colcaba	52
2.4.1 Definisi Middle Range Theories.....	52
2.4.2 Konsep Mayor dan definisi.....	52
2.4.3 Penjelasan Bagan Model konsep	56
2.4.4 Asumsi mayor terkait paradigma Keperawatan.....	57
2.4.5 Penerimaan Oleh Keperawatan	59
2.4.6 Penggunaan Middle Range Theory	64
2.4.7 Ciri-ciri Middle Range Theory	65
2.4.8 Kontroversi tentang Middle Range Theory	66
2.4.9 Perbandingan dengan level teori yang lain.....	67
2.5 Konsep Hospitalisasi Pada Anak.....	71
2.5.1 Pengertian Konsep Hospitalisasi Pada Anak.....	71
2.5.2 Cemas Pada Anak yang Dirawat di Rumah Sakit	72
2.5.3 Penyebab kecemasan	73
2.5.4 Manifestasi kecemasan	73
2.5.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pada anak.....	74
2.5.6 Upaya untuk mengatasi kecemasan pada anak.....	75
2.5.7 Klasifikasi tingkat kecemasan	76
2.5.8 Stressor pada Anak yang Dirawat di Rumah Sakit...	78
2.6 Konsep Usia Toodler.....	84
2.6.1 Pengertian anak usia toodler.....	84
2.6.2 Perkembangan anak usia toddler	84
2.6.3 Faktor Pertumbuhan dan Perkembangan Anak	87
2.6.4 Perkembangan Kognitif.....	88
2.6.5 Perkembangan Psikoseksual.....	89
2.6.6 Perkembangan Psikososial	92
2.6.7 Perkembangan Bahasa	93
2.6.8 Perkembangan Fisik	94
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL	
3.1 Kerangka Konseptual Penelitian	96
3.2 Penjelasan kerangka konseptual	97
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Jenis dan Desain Penelitian	99
4.2 Populasi, sampel, Teknik Sampling	100
4.2.1 Populasi	100
4.2.2 Sampel	100
4.2.3 Tehnik sampling	101

4.3 Kerangka Operasional	102
4.4 Variabel Penelitian dan Definisi operasional	103
4.4.1 Variabel Penelitian	103
4.5 Definisi Operasional	104
4.6 Alat dan Bahan Penelitian	105
4.7 Instrumen Penelitian	106
4.8 Uji Instrumen	107
4.9 Lokasi dan Waktu Penelitian	108
4.10 Prosedur Pengambilan/Pengumpulan Data	108
4.11 Pengolahan Data dan Cara Analisis Data	110
4.12 Etika Penelitian	113
BAB 5 HASIL DAN ANALISA PENELITIAN	
5.1 Gambaran umum RSUD dr. Moh. Anwar	115
5.2 Analisa hasil penelitian	116
5.2.1 Data umum	116
5.2.1.1 Karakteristik Anak	116
5.2.1.2 Karakteristik Orang tua	117
5.2.1.3 Karakteristik Perawat	119
5.3 Analisa hubungan variabel penelitian	120
5.4 Analisa perbedaan variabel penelitian	131
5.5 Signifikasi variabel penelitian	133
BAB 6 PEMBAHASAN	
6.1 Keterbatasan penelitian	137
6.2 Hubungan karakteristik perawat dengan caring terapi bermain dan transkultural nursing dalam upaya meminimalkan stress anak usia toddler	140
6.3 Hubungan karakteristik anak dengan stress hospitalisasi anak usia toddler	146
6.4 Hubungan karakteristik keluarga dengan stress hospitalisasi anak usia toddler	149
BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Simpulan	150
7.2 Saran.....	152
DAFTAR PUSTAKA	153
Lampiran	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.5	Keaslian Penulisan	10
Tabel 2.4.5	Struktur taxonomi Comfort Care Plan	62
Tabel 4.5	Definisi operasional	104
Tabel 5.1	Karakteristik anak	116
Tabel 5.2	Karakteristik orang tua	118
Tabel 5.3	Karakteristik Perawat	119
Tabel 5.4	Hubungan karakteristik perawat dengan model caring terapi bermain dan transkultural nursing di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar	121
Tabel 5.5	Hubungan karakteristik perawat dengan model caring terapi bermain dan transkultural nursing setelah pelatihan di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar	123
Tabel 5.6	Hubungan karakteristik anak dalam upaya meminimalkan stress hospitalisasi anak usia toddler sebelum terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar	126
Tabel 5.7	Hubungan karakteristik anak dalam upaya meminimalkan stress hospitalisasi anak usia toddler sesudah terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar	128
Tabel 5.8	Hubungan karakteristik keluarga dalam upaya meminimalkan stress hospitalisasi anak usia toddler sebelum terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar	130
Tabel 5.11	Hubungan karakteristik keluarga dalam upaya meminimalkan stress hospitalisasi anak usia toddler sebelum terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar	131
Tabel 5.10	Perbedaan terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar Sumenep	131

Tabel 5.11	Perbedaan upaya meminimalisasi stress hospitalisasi anak usia toddler sebelum dan sesudah penerapan terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar Sumenep	132
Tabel 5.13	Upaya meminimalkan stress hospitalisasi anak usia toddler melalui terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing di ruang anak RSUD Dr. Moh. Anwar Sumenep	133
Tabel 5.14	Signifikasi karakteristik perawat dengan model caring terapi bermain dan transkultural nursing di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar	134
Tabel 5.15	Signifikasi karakteristik perawat dengan model caring terapi bermain dan transkultural nursing setelah pelatihan di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar	134
Tabel 5.16	Signifikasi karakteristik anak dalam upaya meminimalkan stress hospitalisasi anak usia toddler sebelum terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar	135
Tabel 5.17	Signifikasi karakteristik anak dalam upaya meminimalkan stress hospitalisasi anak usia toddler sesudah terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar	136
Tabel 5.18	Signifikasi karakteristik keluarga dalam upaya meminimalkan stress hospitalisasi anak usia toddler sebelum terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar	136

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.2.4	Sunrise Model (Model konseptual yang di kembangkan oleh Leininger dalam menjelaskan asuhan keperawatan dalam konteks budaya)	31
Gambar 2.4.3	Model <i>comfort</i> (model konseptual yang dikembangkan oleh colcaba dalam menjelaskan asuhan keperawatan dalam konteks kenyamanan)	56
Skema 2.1	Aplikasi <i>Comfort Theory</i> pada Keperawatan Anak	70
Gambar 2.5.2	Rentang Respon Kecemasan	81
Gambar 3.1	Kerangka konseptual Penerapan Model caring terapi bermain dan transkultural dalam intervensi terapi bermain untuk meminimalkan stres hospitalisasi usia toddler di RSUD Moh. Anwar Sumenep (diadopsi dari model caring Watson, transkultural nursing Lininger dan colkaba theory)	96
Gambar 4.3	Kerangka operasional penelitian model caring dan transcultural nursing terapi bermain dalam meminimalkan stres hospitalisasi pada anak toddler di ruang anak RSUD dr.Moh. Anwar Sumenep.....	102

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	: Kuesioner Transkultur	156
Lampiran 2	: Kuesioner Karakteristik Perawat	159
Lampiran 3	: Kuesioner Karakteristik Anak dan orang tua	161
Lampiran 4	: Lembar Observasi Anak.....	163
Lampiran 5	: Permohonan menjadi responden	165
Lampiran 6	: Penjelasan penelitian untuk pasien	166
Lampiran 7	: Lembar persetujuan menjadi responden	168
Lampiran 8	: Penjelasan penelitian untuk perawat	169
Lampiran 9	: Lembar persetujuan menjadi responden	171
Lampiran 10	: Hasil Analisis Statistik	186
Lampiran 11	: Cerita Budaya	

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hospitalisasi pada anak sering menimbulkan perasaan stres seperti : cemas, marah, sedih, takut, dan rasa bersalah kehilangan nafsu makan, insomnia, akan mengalami kelelahan karena menangis terus, tidak mau berinteraksi dengan perawat, rewel, merengek minta pulang, menolak makan sehingga memperlambat proses penyembuhan, menurunnya semangat untuk sembuh, dan tidak kooperatif terhadap perawat, mengompol, menghisap jempol, dan sering ditemukan anak-anak menyalahkan orang tuanya karena membawa mereka ke rumah sakit (Severo, dalam wijayanti: 2009).

Menurut Supartini (2004) dirawat di rumah sakit, tetap merupakan masalah besar yang dapat menimbulkan ketakutan dan kecemasan bagi anak. Hal ini membuat perawat kesulitan dalam melakukan perawatan, sehingga untuk mengatasi dampak hospitalisasi perlu kiranya dilakukan terapi yang mengurangi kecemasan pada usia anak-anak khususnya usia toddler yang masih ingin selalu bermain. Perawatan balita khususnya usia 1-3 tahun pada saat dirumah sakit merupakan pengalaman yang penuh dengan stres, baik bagi balita maupun orangtua. Ruang rawat, alat-alat medis, bau yang khas, pakaian putih petugas rumah sakit maupun lingkungan sosial seperti sesama pasien balita ataupun interaksi dan sikap petugas kesehatan itu sendiri yang menimbulkan stres bagi anak, apalagi jika kondisi pasien satu dengan yang lainnya dengan asal budayanya yang berbeda, tidak menutup kemungkinan pada saat di RS pasien datang dengan latar budaya yang berbeda khususnya dengan budaya petugas kesehatan, maka akan sulit bagi perawat untuk melakukan intervensi pada pasien.

Fokus intervensi keperawatan yang dilakukan pada anak hospitalisasi adalah meminimalkan stress, memberikan dukungan psikologis pada balita dan perawat juga melihat latar belakang budaya pasien. Pelayanan kesehatan termasuk di dalamnya pemberian pelayanan keperawatan pada pelaksanaannya harus memperhatikan tiga aspek penting, yaitu perluasan pengetahuan, peningkatan keterampilan, dan perubahan perilaku. Hal tersebut mendorong tenaga keperawatan yang professional untuk memberikan asuhan keperawatan yang lebih bermutu. Salah satu peningkatan mutu asuhan keperawatan yang bermutu adalah dengan menerapkan perilaku *caring dan transcultural* untuk mengurangi tingkat kecemasan klien anak dalam menghadapi dampak hospitalisasi.

Perilaku caring dalam keperawatan merupakan hal yang mendasar, caring merupakan “*heart*” profesi, artinya sebagai komponen yang fundamental, fokus sentral, serta unik dari keperawatan. Pada ruang perawatan anak perilaku caring sangat diperlukan karena tingkat ketergantungan yang tinggi dan kecemasan yang meningkat. Hudak & Gallow (1997) mengatakan bahwa caring adalah konsep sentral dan penting dalam keperawatan. Selain perilaku caring perlu kiranya perawat melihat dari segi nilai budaya yang dimiliki pasien, karena tidak menutup kemungkinan perawat dihadapkan dengan lingkungan RS yang memiliki pasien dari berbagai macam budaya yang berbeda, ini membuat sulit bagi perawat untuk menerapkan intervensi, lebih-lebih dengan pendidikan masyarakat yang relatif rendah, maupun perawat yang memiliki pendidikan rendah. Berdasarkan data di Ruang anak RSUD dr. Moh.Anwar Sumenep, perilaku caring dan transcultural perawat di Ruang Perawatan Anak RSUD di sumenep dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan keperawatan dirasakan masih belum dilakukan. Hal ini perlu kiranya perawat menerapkan asuhan keperawatan dengan

pendekatan model *caring* dan teori *transkultural nursing*. Teori ini berasal dari disiplin ilmu antropologi dan oleh Dr. M. Leininger dikembangkan dalam konteks keperawatan. Teori ini menjabarkan konsep keperawatan yang didasari oleh pemahaman tentang adanya perbedaan nilai-nilai kultural yang melekat dalam masyarakat. Leininger beranggapan bahwa sangatlah penting memperhatikan keanekaragaman budaya dan nilai-nilai dalam penerapan asuhan keperawatan kepada klien sehingga asuhan keperawatan yang bermutu.

Dari data survey dari Rumah sakit bahwa balita usia toddler yang dirawat inap ruang anak RSUD Moh. Anwar Sumenep semakin meningkat, dengan prevalensi kecemasan balita usia toddler saat hospitalisasi mencapai 75% data ini menunjukkan Prosentase anak-anak yang dirawat di rumah sakit ini mengalami masalah yang lebih serius dan kompleks dibandingkan dengan hospitalisasi tahun-tahun sebelumnya. Dari hasil wawancara pada kepala ruangan anak didapat bahwa penerapan intervensi keperawatan terapi bermain masih belum diterapkan karena : Caring perawat masih kurang, Kurang bisa beradaptasi dengan masyarakat yang memiliki kultur dan budaya yang beraneka ragam, Budaya masyarakat di sumenep yang berkunjung banyak sehingga pasien sulit untuk diintervensi perawat, Sumber Daya Manusia yang belum siap karena tingkat pendidikan perawat di ruang anak 75% berpendidikan D3, dimana pendidikan perawat sangat berpengaruh dalam pengetahuan untuk menerapkan intervensi keperawatan sehingga caring akan tercipta di ruang tersebut perawat yang ada di Ruang anak didapatkan 14 orang perawat. Dari 3 perawat yang diwawancarai yaitu pendidikan S1 Keperawatan 2 orang dan 1 orang dengan pendidikan AKPER, ternyata perawat kurang mengerti manfaat dari terapi bermain dan juga mereka mengatakan tidak adanya waktu yang cukup di dalam melakukan terapi bermain di karenakan tugas mereka yang

terlalu sibuk di dalam melakukan tindakan perawatan dan juga tidak adanya fasilitas yang tersedia untuk memberikan terapi bermain pada balita-balita yang dirawat, Serta belum adanya fasilitas untuk terapi bermain apalagi tempat atau ruangan khusus untuk terapi bermain. Dari informasi observasi awal yang didapatkan menyebutkan bahwa 657 pasien anak yang di rawat di RSUD dr. Moh. Anwar Sumenep dalam waktu satu tahun, dimana jumlah anak usia toddler (1-3 tahun) sebanyak 375 orang dari 657 pasien anak per tahunnya. Sedangkan dalam satu bulan, jumlah anak usia toddler yang di rawat di RSUD dr. Moh. Anwar Sumenep sebanyak \pm 58 anak toddler. Berdasarkan pengamatan, 33 dari 58 anak yang di rawat di RSUD dr. Moh. Anwar Sumenep ternyata takut apabila diajak berobat ke rumah sakit. Setelah melakukan wawancara pada kepala Ruang Anak RSUD dr.Moh.Anwar Sumenep.

Kota Sumenep adalah salah satu Kabupaten yang berada di Jawa Timur, yaitu terletak di ujung timur pulau Madura. Sumenep memiliki berbagai budaya dan terdiri dari berbagai pulau. Setiap pulau yang berada di Sumenep memiliki kultur yang berbeda-beda baik agama, bahasa, pendidikan dan kultur yang lainnya. Agama yang dianut oleh penduduk Kabupaten Sumenep beragam. Menurut data dari Badan Pusat Statistik dalam Sensus Penduduk tahun 2010, mayoritas penganut Islam berjumlah 98,11%, Bahasa yang digunakan di Kabupaten Sumenep adalah bahasa Indonesia sebagai bahasa resmi, dan bahasa Madura sebagai bahasa sehari-hari. Selain itu beberapa daerah di Pulau Sapeken dan beberapa pulau kecil di sekitarnya, bahasa yang digunakan adalah bahasa bajo, bahasa Mandar, bahasa Makasar dan beberapa bahasa daerah yang berasal dari Sulawesi. Menurut data Dinas Kesehatan Kabupaten Sumenep, di wilayah ini tercatat ada 30 Puskesmas yang tersebar. RS di Sumenep terdiri dari rumah sakit

untuk umum dan rumah sakit bersalin. RSUD dr.Moh. Anwar merupakan rumah sakit sekunder yang merupakan rujukan dari berbagai Puskesmas di Sumenep baik yang berada di daratan maupun di pulau. RSUD dr.Moh. Anwar memiliki berbagai rawat inap, diantaranya adalah ruang anak. Selain itu budaya sumenep yaitu suku madura yang rata-rata masyarakatnya berpendidikan minim dan kurang peduli dalam kegiatan perawatan, mereka merasa mainan yang dibuat untuk terapi bermain diambilnya dan tidak dikembalikan ke pihak perawat, keluarga pasien sangat peduli pada anak yang sakit apalagi anak jika merengek renggek meminta mainan di depannya. Jika ada salah satu keluarganya yang sakit semua keluarga berkunjung dan bermalam di ruang tersebut sehingga ruangan penuh dengan yang menjenguk, budaya ini membuat perawat kesulitan untuk dilakukan intervensi terapi bermain. Sehingga diperlukan juga melihat dari model transkultural nursing karena nilai budaya dan lingkungan sosial juga mempengaruhi intervensi terapi yang akan diberikan perawat.

Asuhan keperawatan dengan pendekatan caring dan transcultural menjabarkan konsep keperawatan yang didasari oleh pemahaman tentang adanya caring dengan perbedaan nilai-nilai kultural yang melekat dalam masyarakat. Leininger beranggapan bahwa sangatlah penting memperhatikan keanekaragaman budaya dan nilai-nilai dalam penerapan asuhan keperawatan kepada klien. Bila hal tersebut diabaikan oleh perawat, akan mengakibatkan terjadinya cultural shock nursing. Cultural shock nursing akan dialami oleh klien pada suatu kondisi dimana perawat tidak mampu beradaptasi dengan perbedaan nilai budaya dan kepercayaan. Hal ini juga dapat mengurangi mutu pelayanan asuhan keperawatan seperti keputusan, menyebabkan munculnya rasa ketidaknyamanan, ketidakberdayaan dan beberapa mengalami disorientasi. Sebagai salah satu

anggota tim kesehatan, perawat memegang posisi kunci untuk membantu orang tua menghadapi permasalahan yang berkaitan dengan perawatan anaknya di rumah sakit karena perawat berada di samping pasien selama 24 jam dan fokus asuhan adalah peningkatan kesehatan anak melalui pemberdayaan keluarga. Asuhan yang berpusat pada keluarga dan atraumatic care menjadi falsafah utama dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Untuk itu berkaitan dengan upaya mengatasi masalah yang timbul baik pada anak maupun orang tua selama anaknya dalam perawatan di rumah sakit, fokus intervensi keperawatan adalah meminimalkan stresor, memaksimalkan manfaat hospitalisasi, memberikan dukungan psikologis pada anggota keluarga, dan mempersiapkan anak sebelum di rawat di rumah sakit (*Supartini, 2004*).

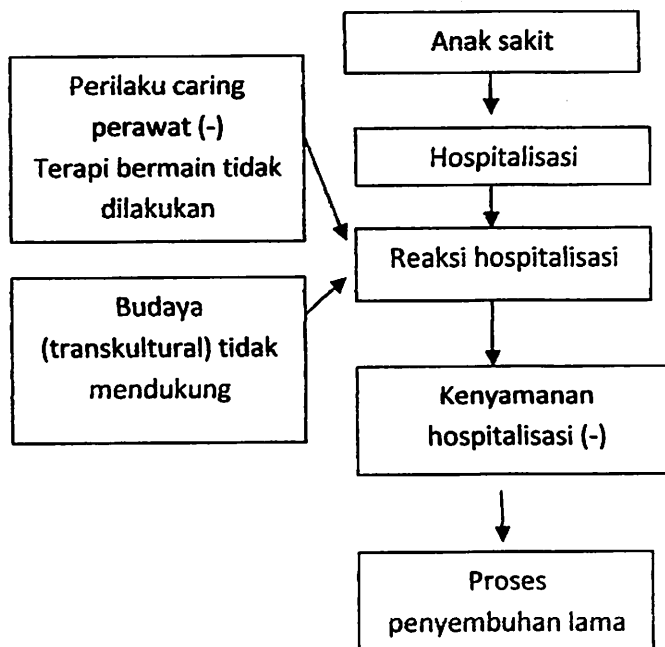
Solusi dari permasalahan di atas yaitu melalui Permainan yang terapeutik yang didasari oleh pandangan bahwa bermain bagi balita merupakan aktivitas yang sehat dan diperlukan untuk kelangsungan tumbuh kembang balita dan memungkinkan untuk menggali, mengekspresikan perasaan dan pikiran serta mengalihkan perasaan nyeri dan juga relaksasi, dengan pendekatan model caring dan transcultural nursing. Prinsipnya bermain adalah agar dapat melanjutkan fase tumbuh kembang secara optimal, kreativitas balita dan balita dapat beradaptasi secara lebih efektif terhadap stres (*Nursalam, 2005*). Permainan yang dilakukan bersama balita dapat menjadi sebuah terapi yang disebut terapi bermain (*Axline, 1947* dikutip oleh *Kristiyani, 2008*). Penatalaksanaan terapi bermain telah didokumentasikan sejak tahun 1940 dan 1950-an. Aktivitas bermain dapat dijadikan salah satu cara untuk mengajak balita usia toddler untuk kooperatif dalam perawatan dan dapat memperlancar pemberian pengobatan dan perawatan. Hal ini akan mempercepat proses penyembuhan penyakit balita dan dapat

mencegah pengalaman yang traumatik saat balita mendapat perawatan lagi di rumah sakit. Karena Pada dasarnya terapi bermain adalah alat bagi balita untuk mengekspresikan emosi dan ketakutan mereka dan merupakan alat komunikasi (Landreth, 1991 dikutip oleh Supartini, 2004).

Kesimpulan dari uraian di atas, terapi bermain mempunyai potensi sebagai perawatan kecemasan atau ketidaknyamanan balita usia toddler yang hospitalisasi. upaya meminimalkan stress hospitalisasi pada anak usia toddler melalui terapi bermain dengan penerapan model caring dan transkultur di Ruang anak Di RSUD Moh. Anwar sumenep belum pernah di teliti, Sehingga peneliti merasa perlu dan tertarik untuk meneliti upaya meminimalkan stress hospitalisasi pada anak usia toddler melalui terapi bermain dengan penerapan model caring dan transkultur nursing di Ruang anak Di RSUD Moh. Anwar sumenep khususnya pada model permainan edukatif.

1.2 Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang identifikasi masalah adalah :



Pada saat kondisi anak usia toddler mengalami sakit dan dirawat RS atau hospitalisasi. Hospitalisasi ini ada reaksi yang berdampak pada tekanan fisik dan mental anak, sehingga timbul ketidak nyamanan. Kenyamanan hospitalisasi pada anak berkurang salah satu faktornya kurangnya perilaku *caring* perawat dan budaya perawat yang berbeda dengan keluarga pasein maka proses penyembuhan akan lama pada anak yang dirawat di RS, karena anak membutuhkan perhatian atau perilaku *caring* yang disesuaikan dengan usianya. Tekanan fisik dan mental inilah yang diupayakan untuk diminimalisasi oleh perawat agar mudah diintervensi secara tepat. Usaha ini juga digunakan untuk membantu pasien agar lebih beradaptasi dengan situasi RS. Berupa intervensi terapi bermain dengan pendekatan *caring* dan *transcultural nursing*.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana upaya meminimalkan stress hospitalisasi pada anak usia toddler melalui terapi bermain dengan penerapan model *caring dan transkultur nursing* di Ruangan anak Di RSUD Moh. Anwar sumenep

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis upaya meminimalkan stress hospitalisasi pada anak usia toddler melalui terapi bermain dengan penerapan model *caring dan transkultur* di Ruangan anak RSUD Moh. Anwar Sumenep.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis hubungan karakteristik perawat dengan perilaku *caring* terapi bermain pada anak usia toddler di RSUD Moh. Anwar Sumenep.
2. Menganalisis hubungan karakteristik anak dan karakteristik keluarga dengan stress hospitalisasi anak usia toddler di RSUD Moh. Anwar Sumenep.
3. Menganalisis perbedaan pendekatan model *caring dan transcultural nursing* terapi bermain sebelum dan setelah intervensi diberikan di RSUD dr. Moh. Anwar Sumenep.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teori

Upaya meminimalkan stress hospitalisasi pada anak usia toddler melalui terapi bermain dengan penerapan model *caring* dan transkultur dapat digunakan sebagai kerangka pemikiran dalam meningkatkan eksistensi keilmuan keperawatan dan dapat memberikan kontribusi bagi para perawat dalam meningkatkan kenyamanan hospitalisasi anak usia toddler.

1.5.2 Manfaat Praktik

1. Pendidikan dan perkembangan ilmu keperawatan

Penelitian ini memberikan masukan dalam pembelajaran terutama mengenai upaya meminimalkan stress hospitalisasi pada anak usia toddler melalui terapi bermain dengan penerapan model *caring* dan transkultur dan sebagai bahan bacaan untuk menambah ilmu serta wawasan.

2. Pelayanan keperawatan

Penelitian ini bisa membantu dan memberikan kontribusi bagi praktisi kesehatan agar dapat meminimalkan stress hospitalisasi pada anak usia toddler melalui terapi bermain dengan penerapan model caring dan transkultur untuk mencapai kualitas pelayanan dan perawatan yang optimal.

1.6 Keaslian Penulisan

No	Judul karya tulis ilmiah dan pengarang desain penelitian	Desain Penelitian	Sampel dan teknik sampling	Variabel	Instrumen	Analisis	Hasil
1	Pengaruh senam otak terhadap kecemasan Akibat hospitalisasi pada anak usia prasekolah Di rumah sakit panti, Christina Ririn Widianti, 2011	<i>Quasi Eksperimantal Pretest-Posttest Non Equivalent Control Group Design</i>	32 anak yang terbagi dalam kelompok kontrol dan kelompok intervensi	Kecemasan Temperamen Dukungan Keluarga Pengalaman Dirawat, Usia dan Kelamin.	teknik korelasi <i>Pearson Product Moment</i> uji <i>interrater reliability</i> dengan uji statistik <i>Kappa</i>	1. Analisa Univariat 2. Uji Homogenitas 3. Analisa bivariat	penurunan signifikan padaskor kecemasan anak setelah dilakukan senam otak pada kelompok intervensi bila dibandingkan dengan kelompok kontrol
2	Play and playfulness among hospitalized children	kualitatif etnografi	8 anak yg di rawat di rumahsakit	Dukungan Lingkungan	Analisis tematik	A mixed method analysis	no differences in positive or negative elements of the environment across time 3or within 4ifferent set5tings
3	The efficacy of intensive Individual play therapy For chronically ill children, Murphy Jones & Landreth,	Kualitatif-experimantal group	9 boys and 6 girls	the specific posttest identified in each hypothesis was used as the dependen	Pre- and post-therapy	Following the collection of the pretest, posttest, and follow-up questionnaires	Inten6sive play therapy may be an effective intervention for children diagnosed with IDDM

2002				t variable and the pretest as the covariant			
4	Penurunan Tingkat Kecemasan Anak Rawat Inap dengan Permainan <i>Hospital Story</i> di RSUD Kraton Pekalongan, Katinawati	kuasi eksperimen	15 responden <i>total sampling</i>	Cemas hospitalisasi	kuesioner	uji <i>Paired Sample T-test</i> .	ada pengaruh yang signifikan antara terapi bermain <i>hospital story</i> terhadap penurunan kecemasan anak usia 6-8 tahun
5	Perbedaan tingkat kecemasan pasien anak usia prasekolah sebelum dan sesudah program mewarnai, Ameliorasi, Pravitasari, Bambang Edi W, 2012	kuantitatif pre eksperimen <i>one group pre-post test</i>	20 pasien <i>accidental sampling</i>	Cemas mewarnai	observasi dan wawancara	uji <i>Paired Sample t-Test</i>	untuk mengetahui nilai kecemasan sebelum dan sesudah program mewarnai
6	Pengaruh terapi bermain terhadap tingkat kecemasan anak usia prasekolah selama	kuasi experiment	20 anak	Cemas Hospitalisasi	observasi.	Uji-T(T-Test)	Terapi bermain berpengaruh terhadap tingkat kecemasan anak usia prasekolah selama

	tindakan keperawatan di ruang Lukman rumah sakit roemani semarang, Dera Altiyanti, Tri Hartiti, Amin Samiasih. 2007						tindakan keperawatan
7	Pengaruh terapi bermain terhadap tingkat kooperatif selama menjalani perawatan pada anak usia pra sekolah (3 – 5 tahun) di rumah sakit panti rapih yogyakarta, Rahmawati Dewi Handayani dan Ni Putu Dewipuspitasari	<i>experiment al research One Group Pretes t-Postes t Desig n</i>	seluruh anak dengan umur 3-5 tahun yang dirawat Rumah Sakit . non probabi lity samplin g dengan teknik purposiv e samplin g	Terapi bermain Tingkat kooperatif	observasi bimbingan	uji <i>Paired t Test,</i>	Ada pengaruh terapi bermain terhadap tingkat kooperatif anak (3 - 5 tahun) dalam Pediatric itu CB2 dari Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta
8	Kecemasan Pada Anak Usia Prasekolah (3-Stahun)	<i>eksper imen semu</i>	15 responden total samplin g	Cemas Pra sekolah hospital isasi	instrumen kuesione r	Untuk uji normalitas data menggunakan uji One-	bercerita mampu menurunkan kecemasan anak

Yang Mengalami Hospitalisasi Di Rumah Sakit Umum Daerah	<i>Sample-Kolmogorow-Smirnov-Test.</i> Sedangkan untuk uji hipotesis di gunakan uji <i>Paired Sample T-test.</i>
---	--

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

2.1 Konsep *Caring*

2.1.1 Definisi *Caring*

Caring merupakan fenomena universal yang berkaitan dengan cara seseorang berpikir, berperasaan dan bersikap ketika berhubungan dengan orang lain. *Caring* dalam keperawatan dipelajari dari berbagai macam filosofi dan perspektif etik (Dwiyanti, 2010).

Caring merupakan jantung dari keperawatan yang sangat penting bagi semua orang dan berfokus untuk pengembangan dan kesejahteraan, antara lain ditunjukkan dengan aplikasi yang terarah dari pikiran, tubuh dan jiwa menuju hasil maksimal yang positif dalam diri seseorang yang dirawat. Masalah *Caring* cukup luas tidak terbatas pada kasih sayang, perhatian, kehadiran, perlindungan, kesejahteraan, memberikan sentuhan dan membina kedekatan dengan klien.

Caring dalam keperawatan untuk membantu klien dalam memenuhi kebutuhannya sendiri jika pasien mampu atau memiliki kekuatan, kemauan dan pengetahuan sehingga klien dapat melakukan aktivitas sendiri dengan sesegera mungkin dalam pemenuhan kebutuhannya (Creasia & Parker, 2001).

Watson (1985) meyakini praktek *caring* sebagai inti keperawatan, yang menggambarkan dasar dalam kesatuan nilai-nilai kemanusiaan yang universal (kebaikan, kepedulian dan cinta terhadap diri sendiri dan orang lain) *caring* digambarkan sebagai moral ideal keperawatan. Hal ini meliputi keinginan untuk merawat, dengan tulus yang meliputi komunikasi, tanggapan positif, dukungan atau intervensi fisik oleh perawat (Synder, 2011).

Caring sebagai tindakan disengaja membawa rasa aman baik fisik dan emosi serta keterikatan yang tulus dengan orang lain atau sekelompok orang. *Caring* memperjelas sisi kemanusiaan pemberi asuhan maupun penerima asuhan (Miller 1995, dalam Synder, 2011).

Caring sebagai sebuah nilai professional dan personal, inti yang penting dalam menyediakan standar normativ pada tindakan dan sikap perawat dengan klien (Carper (1979). *Caring* adalah proses yang memberikan kesempatan pada perawat maupun klien untuk pertumbuhan pribadi, *caring* dapat mempengaruhi kehidupan seseorang dalam cara yang lebih bermakna dan memicu eksistensi yang lebih memuaskan Mayehoff (1972, dalam Morisson, 2009).

Caring juga di pandang sebagai proses yang berorientasi pada tujuan untuk membantu orang lain bertumbuh dan mengaktualisasikan diri. Mayehoff juga memperkenalkan sifat-sifat *caring* seperti sabar, jujur, rendah hati. Sobel (1989) mendefinisikan *caring* sebagai suatu rasa peduli, hormat dan menghargai orang lain. Artinya memberi perhatian dan mempelajari kesenangan seseorang dan bagaimana seseorang berpikir, bertindak dan berperasaan.

Caring sebagai suatu moral *imperative* (bentuk moral) sehingga perawat harus terdiri dari orang-orang yang bermoral baik dan memiliki kepedulian terhadap kesehatan klien. Perawat harus mampu mempertahankan martabat dan menghargai klien, bukan melakukan tindakan amoral pada saat melakukan tugas perawatannya. *Caring* juga digambarkan sebagai suatu emosi, perasaan belas kasih atau empati terhadap klien yang mendorong perawat untuk memberikan asuhan keperawatan bagi kliennya. Dengan demikian perasaan tersebut harus ada dalam

diri setiap perawat supaya mereka bisa merawat klien dengan baik (Mayehoff (1988, dalam Dwiyanti, 2010).

Watson (1979) dan Leininger (1984) menempatkan asuhan sebagai jantung dari seni dan ilmu keperawatan. Keperawatan sebagai hubungan antar-manusia yang disentuh dengan rasa kemanusiaan dari orang lain. Asuhan sebagai inti dari model ini, memiliki *faktor caratif* dengan tujuh asumsi utama berikut ini:

1. *Caring* hanya akan efektif bila diperlihatkan dan dipraktikkan secara interpersonal.
2. *Caring* terdiri dari *faktor caratif* yang berasal dari kepuasan dalam membantu memenuhi kebutuhan manusia atau klien.
3. *Caring* yang efektif dapat meningkatkan kesehatan individu dan keluarga.
4. *Caring* merupakan respon yang diterima oleh seseorang tidak hanya saat itu saja namun juga mempengaruhi akan seperti apa seseorang tersebut nantinya. Lingkungan yang penuh *caring* sangat potensial untuk mendukung perkembangan seseorang dan mempengaruhi seseorang dalam memilih tindakan yang terbaik untuk dirinya sendiri.
5. *Caring* lebih kompleks daripada curing, praktik *caring* memadukan antara pengetahuan biofisik dengan pengetahuan mengenai perilaku manusia yang berguna dalam peningkatan derajat kesehatan dan membantu klien yang sakit.
6. *Caring* merupakan inti dari keperawatan (Watson, 1979, 1989, dalam Slevin & Basford, 2006).

2.1.2 Model Konsep Keperawatan Jean Watson

Jean Watson dalam memahami konsep keperawatan terkenal dengan teori pengetahuan manusia dan merawat manusia. pandangan Watson didasari pada unsur teori kemanusiaan. Pandangan teori Watson memahami manusia memiliki empat cabang kebutuhan manusia yang saling berhubungan yaitu: kebutuhan dasar biofisikal (kebutuhan untuk hidup) berupa kebutuhan makanan dan cairan, kebutuhan eliminasi dan kebutuhan ventilasi, kebutuhan psikofisikal (kebutuhan fungsional) yang meliputi kebutuhan aktifitas dan istirahat, kebutuhan seksual, kebutuhan psikososial (kebutuhan untuk integrasi) yang meliputi kebutuhan untuk berprestasi, kebutuhan organisasi, dan kebutuhan intra dan interpersonal (kebutuhan untuk pengembangan) yaitu kebutuhan aktualisasi diri (Hidayat, 2007).

Berdasarkan empat kebutuhan tersebut, manusia adalah makhluk yang sempurna yang memiliki berbagai macam ragam perbedaan, sehingga dalam upaya mencapai kesehatan, manusia seharusnya dalam keadaan sejahtera baik fisik, mental dan spiritual karena sejahtera merupakan keharmonisan antara pikiran, badan dan jiwa sehingga untuk mencapai keadaan tersebut keperawatan harus berperan dan meningkatkan status kesehatan, mencegah terjadinya penyakit, mengobati berbagai penyakit dan penyembuhan kesehatan dan fokusnya pada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit (Hidayat, 2007).

Model Watson dibentuk dalam rangka melingkupi proses asuhan keperawatan, pemberi bantuan bagi klien dalam mencapai atau mempertahankan kesehatan atau mencapai kematian yang damai. Intervensi keperawatan berkaitan

dengan proses perawatan manusia membutuhkan perawat yang memahami perilaku dan respon manusia terhadap masalah yang aktual maupun potensial, kebutuhan manusia dan bagaimana berespon dengan orang lain dan memahami kelebihan dan kekurangan klien dan keluarganya, sekaligus pemahaman pada dirinya sendiri. Selain itu perawat juga memberikan kenyamanan, perhatian dan empati pada klien dan keluarganya. Asuhan keperawatan tergambar pada seluruh faktor-faktor yang digunakan dalam memberikan pelayanan pada klien. Aplikasi teori Watson dapat membuat perubahan secara sadar dengan tujuan untuk meningkatkan interaksi dengan klien, interaksi *caring-healing*, menginspirasi klien untuk sembuh secara fisik, emosi dan spiritual, menggabungkan pengetahuan ilmiah dan filosofis, serta perlu banyak *humancare* dalam masyarakat dan pelayanan kesehatan serta memilih untuk hidup sebagai makhluk yang *caring* dan penuh kasih sayang untuk meningkatkan asuhan keperawatan (Watson 1987, dikutip dari Potter & Perry, 2005).

Jean Watson dalam memahami konsep keperawatan terkenal dengan "*Theory of Human Caring*", mempertegas jenis hubungan dan transaksi yang diperlukan antara pemberi dan penerima asuhan untuk meningkatkan dan melindungi klien sebagai manusia yang mempengaruhi kesanggupan klien untuk sembuh (Sartika, 2011).

Theori keperawatan yang dikembangkan oleh Faye Abdellah et all (1960) meliputi pemberian asuhan keperawatan bagi seluruh manusia untuk memenuhi kebutuhan fisik, emosi, intelektual, sosial dan spiritual baik klien maupun keluarga. Dalam memberikan asuhan keperawatan perawat harus memiliki

pengetahuan dan ketrampilan dalam hubungan interpersonal, psikologi, pertumbuhan dan perkembangan manusia, komunikasi, dan sosiologi serta pengetahuan tentang ilmu-ilmu dasar dan keterampilan keperawatan tertentu. Perawat adalah pemberi jalan dalam menyelesaikan masalah dan pembuat keputusan serta merumuskan gambaran tentang kebutuhan klien secara individual. (Potter & Perry, 2005).

2.1.3 Faktor-faktor Pembentuk *Caring*

Watson juga menekankan dalam sikap *caring* ini harus tercermin sepuluh *faktor caratif* yang berasal dari perpaduan nilai-nilai humanistik dengan ilmu pengetahuan dasar dalam memberikan asuhan. Oleh karena itu, perawat perlu mengembangkan filosofi humanistik dan nilai serta seni yang kuat. *faktor caratif* membantu perawat untuk menghargai manusia dari dimensi pekerjaan perawat, kehidupan, dan dari pengalaman nyata berinteraksi dengan orang lain sehingga tercapai kepuasan dalam melayani dan membantu klien. Dasar dalam praktik keperawatan menurut (Watson 1979, dalam Asmadi, 2008), dibangun dari sepuluh *faktor caratif* sebagai berikut :

1. Pembentukan faktor nilai humanistik dan altruistik.

Watson mengemukakan bahwa asuhan keperawatan didasarkan pada nilai-nilai kemanusiaan (humanistik) dan perilaku yang mementingkan kepentingan orang lain diatas kepentingan sendiri (altruistik). Hal ini dapat dikembangkan melalui pemahaman nilai yang ada pada diri seseorang, keyakinan, interaksi dan kultur serta pengalaman pribadi. Pemikiran tersebut sebenarnya untuk mematangkan pribadi perawat agar dapat bersikap altruistik terhadap orang lain.

2. Menanamkan keyakinan dan harapan (*faith-hope*).

Faktor ini menjelaskan tentang peran perawat dalam mengembangkan hubungan timbal balik perawat-klien yang efektif dan meningkatkan kesejahteraan dengan membantu klien mengadopsi perilaku hidup sehat. Perawat mendorong penerimaan klien terhadap pengobatan yang dilakukan dan membantu memahami alternatif terapi yang diberikan, memberikan keyakinan akan adanya kekuatan penyembuhan atau kekuatan spiritual dengan penuh pengharapan. Dengan mengembangkan hubungan perawat-klien yang efektif, perawat harus mampu memfasilitasi perasaan optimis, harapan dan rasa percaya diri pada klien.

3. Menanamkan sensitifitas terhadap diri sendiri dan orang lain.

Seorang perawat dituntut untuk mampu meningkatkan *sensitibilitas* terhadap diri pribadi dan orang lain. Dengan memiliki sensitifitas/kepekaan terhadap diri sendiri, maka perawat menjadi lebih apa adanya dan terlebih lagi sensitif kepada orang lain serta menjadi lebih tulus dalam memberikan bantuan kepada orang lain. Perawat juga perlu memahami bahwa pikiran dan emosi seseorang merupakan jendela jiwanya.

4. Membina hubungan saling percaya dan saling membantu (*helping-trust*).

Pengembangan hubungan saling percaya antara perawat dan klien adalah sangat krusial bagi tercapainya *caring*. Hubungan saling percaya akan meningkatkan dan menerima ekspresi perasaan positif dan negative. Pengembangan hubungan saling percaya menerapkan bentuk komunikasi untuk menjalin hubungan dalam bentuk keperawatan. Ciri hubungan *helping-trust* adalah harmonisasi hubungan yang dilakukan secara jujur dan terbuka, tidak

dibuat-buat. Perawat menunjukkan sikap empati dengan berusaha merasakan apa yang dirasakan oleh klien dan sikap hangat dengan menerima orang lain secara positif.

5. Meningkatkan dan menerima ekspresi perasaan positif dan negatif

Perasaan mempengaruhi pikiran seseorang hal ini perlu menjadi pertimbangan dalam memelihara hubungan. Oleh sebab itu, perawat harus menerima perasaan orang lain serta memahami perilaku mereka dan juga perawat mendengarkan segala keluhan klien.

6. Menggunakan metode pemecahan masalah yang sistematis dalam pengambilan keputusan.

Perawat harus menerapkan proses keperawatan secara sistematis. Praktik yang efektif adalah memecahkan masalah secara ilmiah dalam menyelenggarakan pelayanan yang berfokus pada klien. Proses keperawatan seperti halnya proses penelitian yaitu sistematis dan terstruktur, metode pemecahan masalah secara ilmiah merupakan metode yang memberi control dan prediksi serta memungkinkan koreksi diri sendiri.

7. Meningkatkan proses belajar mengajar interpersonal.

Faktor ini merupakan konsep yang penting dalam keperawatan untuk membedakan *caring* dan *curing*. Bagaimana perawat menciptakan situasi yang nyaman dalam memberikan pendidikan kesehatan. Perawat memberi informasi kepada klien, peran perawat dalam memfasilitasi proses ini yaitu dengan memberi pendidikan kesehatan yang didesain supaya dapat memungkinkan klien memenuhi kebutuhan pribadinya dan alternatif pengobatan lain. Dalam hal ini, perawat harus

mampu memahami persepsi klien dan mengurangi situasi yang menegangkan agar proses belajar-mengajar ini berjalan lebih efektif.

8. Menyediakan lingkungan yang mendukung, melindungi, memperbaiki mental, sosiokultural dan spiritual.

Perawat harus menyadari bahwa lingkungan internal dan eksternal berpengaruh terhadap kesehatan dan kondisi penyakit klien. Konsep yang relevan dengan lingkungan internal meliputi kepercayaan, sosial budaya, mental dan spiritual klien. Lingkungan eksternal meliputi kenyamanan, privasi, keamanan, kebersihan, dan lingkungan yang estetik. Melalui pengkajian perawat dapat menentukan penilaian seseorang terhadap situasi dan dapat mengatasinya. Perawat dapat memberikan dukungan situasional, membantu individu mengembangkan persepsi yang lebih akurat dan memberikan informasi sehingga klien dapat mengatasi masalahnya.

9. Membantu dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia.

Dalam membantu memenuhi kebutuhan dasar klien, perawat harus melakukan dengan gembira. Hierarki kebutuhan dasar Watson hampir sama dengan Maslow, yakni kebutuhan untuk bertahan hidup, fungsional, integrasi, untuk tumbuh dan mencari bantuan ketika individu kesulitan memenuhi kebutuhan dasarnya.

10. Mengembangkan faktor kekuatan eksistensial-fenomologis.

Membantu seseorang untuk mengerti kehidupan dan kematian, keduanya dapat membantu seseorang untuk menemukan kekuatan atau keberanian untuk menghadapi kehidupan dan kematian.

Kesepuluh faktor *caratif* di atas perlu selalu dilakukan oleh perawat agar semua aspek dalam diri klien dapat ditangani dengan baik sehingga asuhan keperawatan yang professional dan bermutu dapat diwujudkan. Melalui penerapan faktor *caratif* ini diharapkan perawat juga dapat belajar untuk lebih memahami diri sendiri sebelum memahami orang lain (Nurahmah, 2006).

2.1.4 Aplikasi Perilaku *Caring* dalam Praktik Keperawatan

Lyndia Hall mengemukakan sebagai seorang perawat, kemampuan *care*, *core*, dan *cure* harus dipadukan secara seimbang sehingga menghasilkan asuhan keperawatan yang optimal untuk klien. Lyndia Hall mengemukakan bahwa perpaduan tiga aspek tersebut dalam teorinya. *Core* merupakan dasar dari ilmu sosial yang terdiri dari kemampuan terapeutik, dan kemampuan bekerja sama dengan tenaga kesehatan lain. Sedangkan *cure* merupakan dasar dari ilmu patologi dan terapeutik. Dalam memberikan asuhan keperawatan secara total kepada klien, maka ketiga unsur ini harus dipadukan (Julia, 1995), dalam Sartika, 2011). *Care* merupakan komponen penting yang berasal dari naluri seorang ibu. *Care* mendasari kejujuran, autonomi dan keadilan serta etik dan moral yang penting sekali bagi keperawatan (Basford & Slevin, 2006). Dalam melakukan asuhan keperawatan (askep) yang harus dilakukan yaitu: sikap caring, hubungan perawat klien yang terapeutik, kolaborasi dengan anggota tim kesehatan lain, kemampuan dalam memenuhi kebutuhan klien, dan kegiatan jaminan mutu pelayanan.

Aplikasi *caring* oleh perawat adalah (a) memperkenalkan diri serta membulat kontrak hubungan, (b) memanggil klien dengan namanya, (c)

menggunakan sentuhan, (d) mengkaji lebih lanjut keinginan klien, (e) menyakinkan klien bahwa perawat akan membantu klien dalam memberikan askep, (f) memenuhi kebutuhan dasar klien dengan ikhlas, (g) menjelaskan setiap tindakan yang akan dilakukan (*inform Consent*), (h) mendengarkan dengan penuh perhatian, (i) bersikap jujur, (j) bersikap empati, (k) dapat mengendalikan perasaan, (l) selalu mendahulukan kepentingan klien, (m) tidak menerima uang dari klien, (n) memberi waktu dan perhatian, (o) bekerja dengan trampil, (p) dan cermat berdasarkan ilmu, (q) kompeten dalam melakukan tindakan keperawatan, (r) berespon dengan cepat dan tanggap, (s) mengidentifikasi secara dini perubahan status kesehatan klien, (t) serta memberikan rasa aman dan nyaman (Kozier, 2007).

2.1.5 Menumbuhkan Perilaku *Caring* Perawat

Setiap perawat harus memahami *caring*, tulus dan berusaha memahami apa yang dirasakan klien dengan perilaku yang berbeda-beda sehingga perawat dapat memberikan asuhan keperawatan bermutu yang diberikan perawat. Hal itu dapat dicapai apabila perawat dapat memperlihatkan sikap *caring* kepada klien seperti memberikan kenyamanan, kasih sayang, kepedulian, empati, memfasilitasi, minat, keterlibatan, tindakan konsultasi kesehatan, tindakan instruksi kesehatan, tindakan pemeliharaan kesehatan, perilaku menolong, cinta, kehadiran, perilaku protektif, berbagi, perilaku stimulasi, penurunan stress, bantuan, dukungan, surveilands, kelembutan, sentuhan dan kepercayaan Leininger (1988 dalam Creasia & Parker, 2001).

2.1.6 Pentingnya Aplikasi *Caring*

Bersikap “*caring*” sebagai media dalam memberi asuhan perawatan merupakan “*caring for*”(merawat) dan “*caring about*” (peduli) pada orang lain. “*Caring for*” adalah kegiatan-kegiatan dalam memberikan asuhan keperawatan seperti mengatur pemberian obat, prosedur-prosedur keperawatan, membantu memenuhi kebutuhan dasar klien seperti membantu dalam pemberian makanan. “*Caring about*” berkaitan dengan kegiatan-kegiatan sharing atau membagi pengalaman-pengalaman seseorang dan keberadaannya.

Perawat perlu menampilkan sikap empati, jujur dan tulus dalam melakukan *caring about*. Kegiatan perawat harus ekspresif dan merupakan cerminan aktivitas yang menciptakan hubungan dengan klien. Sifat-sifat aktivitas ini menimbulkan keterlibatan hubungan saling percaya (Kozier, 2007).

Caring mempunyai manfaat yang begitu besar dalam keperawatan dan seharusnya tercermin dalam setiap interaksi perawat dengan klien, bukan dianggap sebagai sesuatu yang sulit diwujudkan dengan alasan beban kerja yang tinggi, atau pengaturan manajemen asuhan keperawatan ruangan yang kurang baik. Pelaksanaan *caring* akan meningkatkan mutu asuhan keperawatan, memperbaiki image perawat di masyarakat dan membuat profesi keperawatan memiliki tempat khusus di mata para pengguna jasa pelayanan kesehatan (Sartika, 2011).

2.1.7 Pengukuran Perilaku *Caring*

Pengukuran perilaku *caring* dengan mengacu pada pengembangan dari *caratif factor* (Watson, 1979) menjelaskan bahwa pembentukan *caring* adalah

pembentukan nilai humanistik dan altruistik, menanamkan sikap penuh harapan, menanamkan sensitifitas terhadap diri sendiri dan orang lain, hubungan saling percaya dan saling membantu, meningkatkan dan menerima ekspresi perasaan positif dan negatif, menggunakan metode pemecahan masalah yang sistematis dalam pengambilan keputusan, meningkatkan proses belajar mengajar interpersonal, menyediakan lingkungan yang mendukung, melindungi, memperbaiki mental, sosiokultural dan spiritual, membantu dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia dan mengembangkan faktor kekuatan eksistensial-fenomologis (Asmadi, 2008).

Valentine (1997) menyatakan bahwa perilaku *caring* perawat adalah bagian dari praktik keperawatan professional yang holistik. Di dalam penelitiannya ia mengemukakan bahwa pilihan klien dalam mencari pusat pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh pengalaman positif terhadap perilaku *caring* perawat (Valentine, 1997, dalam Wolf, Miller&Devine, 2003). Felgen (2003) juga menyatakan bahwa klien mengharapkan perawat memiliki perilaku *caring* dalam memberikan pelayanan kesehatan.

2.2 Konsep Transkultur

2.2.1 Pengertian Transkultural

Bila ditinjau dari makna kata, transkultural berasal dari kata *trans* dan *culture*, *Trans* berarti alur perpindahan, jalan lintas atau penghubung. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia *trans* berarti melintang, melintas, menembus, melalui. Sedangkan *Culture* berarti budaya. Menurut Kamus Besar Bahasa

Indonesia *Culture* berarti kebudayaan, cara pemeliharaan, pembudidayaan. kepercayaan, nilai-nilai dan pola perilaku yang umum berlaku bagi suatu kelompok dan diteruskan pada generasi berikutnya.

Cultural berarti sesuatu yang berkaitan dengan kebudayaan. Budaya sendiri berarti akal budi, hasil dan adat istiadat. Kebudayaan berarti, hasil kegiatan dan penciptaan batin (akal budi) manusia seperti kepercayaan, kesenian dan adat istiadat.

- a) Budaya *caring* merupakan keseluruhan pengetahuan manusia sebagai makhluk sosial yang digunakan untuk menjadi pedoman tingkah lakunya.

Jadi, transkultural dapat diartikan sebagai:

- a) Lintas budaya yang mempunyai efek bahwa budaya yang satu mempengaruhi budaya yang lain.
- b) Pertemuan kedua nilai-nilai budaya yang berbeda melalui proses interaksi sosial, dan
- c) *Transcultural Nursing* merupakan suatu area kajian ilmiah yang berkaitan dengan perbedaan maupun kesamaan nilai-nilai budaya (nilai budaya yang berbeda, ras, yang mempengaruhi pada seorang perawat saat melakukan asuhan keperawatan kepada klien/pasien (Leininger, 1991).

2.2.2 Konsep Transkultural

Kazier Barbara (1983) dalam bukunya yang berjudul *Fundamentals of Nursing Concept and Procedures* mengatakan bahwa konsep keperawatan adalah tindakan perawatan yang merupakan konfigurasi dari ilmu kesehatan dan seni merawat yang meliputi pengetahuan ilmu humanistik, filosofi perawatan,

praktik klinis keperawatan, komunikasi dan ilmu sosial. Konsep ini ingin memberikan penegasan bahwa sifat seorang manusia yang menjadi target pelayanan dalam perawatan adalah bersifat *bio-psycho-social-spiritual*. Oleh karena itu, tindakan perawatan harus didasarkan pada tindakan yang komperhensif sekaligus holistik.

Budaya merupakan salah satu dari perwujudan atau bentuk interaksi yang nyata sebagai manusia yang bersifat sosial. Budaya yang berupa norma, adat istiadat menjadi acuan perilaku manusia dalam kehidupan dengan yang lain. Pola kehidupan yang berlangsung lama dalam suatu tempat, selalu diulangi, membuat manusia terikat dalam proses yang dijalannya. Keberlangsungan terus-menerus dan lama merupakan proses internalisasi dari suatu nilai-nilai yang mempengaruhi pembentukan karakter, pola pikir, pola interaksi perilaku yang kesemuanya itu akan mempunyai pengaruh pada pendekatan intervensi keperawatan (*cultural nursing approach*).

2.2.3 Peran dan Fungsi Keperawatan Transkultural

Budaya mempunyai pengaruh luas terhadap kehidupan individu. Oleh sebab itu, penting bagi perawat mengenal latar belakang budaya orang yang dirawat (Pasien). Misalnya kebiasaan hidup sehari-hari, seperti tidur, makan, kebersihan diri, pekerjaan, pergaulan social, praktik kesehatan, pendidikan anak, ekspresi perasaan, hubungan kekeluargaan, peranan masing-masing orang menurut umur. Kultur juga terbagi dalam sub-kultur. Sub-kultur adalah kelompok pada suatu kultur yang tidak seluruhnya menganut pandangan kelompok kultur

yang lebih besar atau memberi makna yang berbeda. Kebiasaan hidup juga saling berkaitan dengan kebiasaan cultural.

Nilai-nilai budaya Timur, menyebabkan sulitnya wanita yang hamil mendapat pelayanan dari dokter pria. Dalam beberapa tempat dan suasana, lebih mudah menerima pelayanan kesehatan pre-natal dari dokter wanita dan bidan, dalam terapi bermain yang dilakukan di RS pun dianggap bahwa tidak berguna untuk anak sakit. Hal ini menunjukkan bahwa budaya Timur masih kental dengan hal-hal yang dianggap tabu. Khususnya daerah Madura yang dikenal dengan berbagi latar budaya didalamnya dan sebagian besar masyarakatnya belum paham dengan terapi bermain sebagai intervensi yang dilakukan perawat untuk mengurangi kecemasan anak. Mereka seakan-akan tidak peduli karena terapi untuk menyembuhkan anak hanya terapi medis saja. Masyarakat menganggap terapi bermain yang dilakukan,, mengganggu dan menghambat penyembuhan anak karena dengan terapi bermain anak akan banyak beraktivitas.

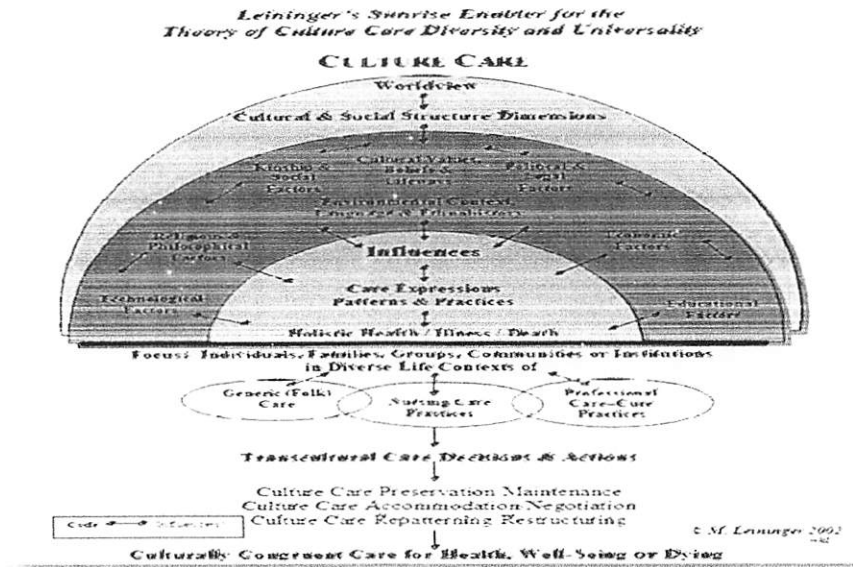
Menurut Madelini Leininger, studi praktik pelayanan kesehatan transkultural berfungsi untuk meningkatkan pemahaman atas tingkah laku manusia dalam kaitan dengan kesehatannya. Dengan mengidentifikasi praktik kesehatan dalam berbagai budaya (kultur), baik di masa lampau maupun zaman sekarang akan terkumpul persamaan-persamaan. Lininger berpendapat bahwa kombinasi pengetahuan tentang pola praktik transkultural dengan kemajuan teknologi dapat menyebabkan makin sempurnanya pelayanan perawatan dan kesehatan orang banyak dan berbagai kultur.

Tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien harus tetap memperhatikan tiga prinsip asuhan keperawatan, yaitu :

1. Culture care preservation/maintenance yaitu prinsip membantu, memfasilitasi, atau memperhatikan fenomena budaya guna membantu individu menentukan tingkat kesehatan dan gaya hidup yang di inginkan.
2. Culture care accommodation/negotiation yaitu prinsip membantu, memfasilitasi, atau memperhatikan fenomena budaya, yang merefleksikan cara-cara untuk beradaptasi, atau bernegosiasi atau mempertimbangkan kondisi kesehatan dan gaya hidup individu atau klien.
3. Culture care repatterning/restructuring yaitu prinsip merekonstruksi atau mengubah desain untuk membantu memperbaiki kondisi kesehatan dan pola hidup klien ke arah lebih baik.

2.2.4 Proses keperawatan Transkultural.

Model konseptual yang dikembangkan oleh Leininger dalam menjelaskan asuhan keperawatan dalam konteks budaya digambarkan dalam bentuk matahari terbit (Sunrise Model)



Gambar 2.2.4: Sunrise Model (Model konseptual asuhan keperawatan dalam konteks budaya yang di kembangkan oleh Leininger)

Geisser (1991) menyatakan bahwa proses keperawatan ini digunakan oleh perawat sebagai landasan berpikir dan memberikan solusi terhadap masalah klien (Andrew and Boyle, 1995). Pengelolaan asuhan keperawatan dilaksanakan dari dan mulai tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Pengkajian adalah proses mengumpulkan data untuk mengidentifikasi masalah kesehatan klien sesuai dengan latar belakang budaya klien (Giger and Davidhizar, 2004).

Pengkajian dirancang berdasarkan tujuh komponen yang ada pada "Sunrise Model" yaitu:

1. Faktor teknologi (*technological factors*)

Teknologi kesehatan memungkinkan individu untuk memilih atau mendapat penawaran menyelesaikan masalah dalam pelayanan kesehatan.

Perawat perlu mengkaji hal-hal sebagai berikut.

- a. Persepsi sehat-sakit
- b. Kebiasaan berobat atau mengatasi masalah kesehatan
- c. Alasan mencari bantuan/pertolongan medis
- d. Alasan memilih pengobatan alternatif
- e. Persepsi penggunaan dan pemanfaatan teknologi dalam mengatasi masalah kesehatan

2. Faktor agama dan falsafah hidup (*religious and philosophical factors*)

Agama adalah suatu symbol yang mengakibatkan pandangan yang amat realistis bagi para pemeluknya. Agama memberikan motivasi yang sangat kuat untuk mendapatkan kebenaran di atas segalanya, bahkan diatas kehidupannya sendiri. Faktor agama yang harus dikaji oleh perawat adalah:

- a. Agama yang dianut
- b. Status pernikahan
- c. Cara pandang terhadap penyebab penyakit
- d. Cara pengobatan / kebiasaan agama yang positif terhadap kesehatan

3. Faktor sosial dan keterikatan keluarga (*kinshop and Social factors*)

Perawat pada tahap ini harus mengkaji faktor-faktor antara lain.

- a. Nama lengkap & nama panggilan
- b. Umur & tempat lahir, jenis kelamin

- c. Status, tipe keluarga, hubungan klien dengan keluarga
 - d. Pengambilan keputusan dalam keluarga
4. Nilai-nilai budaya dan gaya hidup (*cultural value and life ways*)

Nilai-nilai budaya adalah sesuatu yang dirumuskan dan ditetapkan oleh penganut budaya yang dianggap baik atau buruk. Norma –norma budaya adalah suatu kaidah yang mempunyai sifat penerapan terbatas pada penganut budaya terkait. Yang perlu di kaji pada faktor ini adalah sebagai berikut.

- a. Posisi / jabatan yang dipegang dalam keluarga dan komunitas
 - b. Bahasa yang digunakan
 - c. Kebiasaan yang berhubungan dengan makanan & pola makan
 - d. Persepsi sakit dan kaitannya dengan aktifitas kebersihan diri dan aktifitas sehari-hari
5. Faktor kebijakan dan peraturan yang berlaku (*political and legal factors*)

Kebijakan dan peraturan rumah sakit yang berlaku adalah segala sesuatu yang mempengaruhi kegiatan individu dalam asuhan keperawatan lintas budaya (Andrew and Boyle, 1995). Yang perlu dikaji pada tahap ini adalah sebagai berikut:

- a. Peraturan dan kebijakan jam berkunjung
- b. Jumlah anggota keluarga yang boleh menunggu
- c. Cara pembayaran

6. Faktor ekonomi (*economical factors*)

Klien yang dirawat dirumah sakit memanfaatkan sumber-sumber material yang dimiliki untuk membiayai sakitnya agar segera sembuh. Faktor ekonomi yang harus dikaji oleh perawat antara lain adalah

- a. Tabungan yang dimiliki oleh keluarga
- b. Sumber biaya pengobatan
- c. Sumber lain ; penggantian dari kantor, asuransi dll.
- d. Patungan antar anggota keluarga

7. Faktor pendidikan (*educational factors*)

Latar belakang pendidikan klien adalah pengalaman klien dalam menempuh jalur formal tertinggi saat ini. Semakin tinggi pendidikan klien menjadikan tingkat keyakinan klien tinggi pula, hal ini tentu harus didukung oleh bukti-bukti ilmiah yang rasional, dan individu tersebut dapat belajar beradaptasi terhadap budaya yang sesuai dengan kondisi kesehatannya. Hal yang perlu dikaji pada tahap ini adalah sebagai berikut.

- a. Tingkat pendidikan klien
- b. Jenis pendidikan
- c. Tingkat kemampuan untuk belajar secara aktif
- d. Pengetahuan tentang sehat-sakit

2.2.5 Perawatan Kehamilan dan Kelahiran

Kehamilan dan kelahiran bayi pun dipengaruhi oleh aspek sosial dan budaya dalam suatu masyarakat. Dalam ukuran-ukuran tertentu, fisiologi kelahiran pada umumnya sama, Namun proses kelahiran sering ditanggapi dengan

cara-cara yang berbeda oleh berbagai macam kelompok masyarakat (Jordan, 1993). Berbagai kelompok yang memiliki penilaian terhadap aspek kultural tentang kehamilan dan kelahiran menganggap peristiwa itu merupakan tahapan yang harus dijalani di dunia. Seperti misalnya, antara lain

a. Di Provinsi Jambi

Mitos Wanita hamil dilarang makan Rebung karena menurut masyarakat setempat jika wanita hamil makan rebung maka bayinya akan berbulu seperti rebung.

Fakta di lapangan, Masih banyak para wanita hamil yang masih percaya dengan mitos yang berkembang di daerahnya.

Studi literatur, Rebung merupakan bambu yang masih muda dan mempunyai bulu yang sangat lebat di bagian luarnya, maka dari itu masyarakat Jambi beranggapan jika wanita hamil mengkonsumsi rebung maka bayinya akan mempunyai bulu seperti rebung tersebut. Padahal hal tersebut tidak berpengaruh sama sekali.

b. Di Provinsi Jambi

Mitos Makan jantung pisang diyakini menurut keyakinan mereka akan membuat bayi lahir dengan ukuran yang kecil.

Fakta di lapangan Hampir sebagian masyarakat Jambi mempercayai hal tersebut. Diperkuat dengan adanya bayi yang lahir dengan ukuran kecil karena pada waktu hamil mereka mengkonsumsi jantung pisang.

Studi literatur Ukuran jantung pisang yang kecil membuat mereka beranggapan bila wanita hamil jika mengkonsumsinya maka lahirnya akan sama

ukurannya dengan jantung pisang tersebut. Padahal hal tersebut sama sekali tidak benar, ukuran bayi ditentukan oleh asupan gizi yang di konsumsi oleh wanita ketika hamil. Mungkin karena wanita hamil tersebut kekurangan asupan gizi dan lebih sering memakan jantung pisang, sehingga anak yang dilahirkan menjadi kecil maka jantung pisang yang dianggap mengakibatkan hal tersebut.

c. Di Daerah Jawa

Mitos Ibu hamil tidak boleh menyiksa atau membunuh binatang karena bayi akan menyerupai binatang yang disiksa atau dibunuh tersebut.

Fakta di lapangan Masih banyak masyarakat terutama di Daerah Jawa yang masih mempercayai hal tersebut.

Studi literature Secara medis hal ini tidak teruji kebenarannya karena rupa bayi diturunkan oleh faktor genetik kedua orang tuanya. Namun dibalik mitos ini perlu diambil pesan moralnya, yaitu: Perilaku ibu dan suami dihimbau untuk dapat mengendalikan emosi agar tidak menjadi contoh yang buruk bagi anak.

d. Di Daerah Madura

Mitos Jangan makan nanas dan jeruk, bisa keguguran.

Fakta di lapangan sebagian masih banyak yang mempercayai hal tersebut karena didukung dengan fakta yang terjadi setelah mengkonsumsi makanan tersebut.

Studi literature Nanas dan jeruk penuh dengan vitamin C, serat dan dapat membantu penyerapan zat besi, serta dapat menurunkan resiko infeksi prematuritas. Namun jika berlebih (lebih dari 1000mg/hari) dapat mengakibatkan maag.

e. Di Daerah Madura

Mitos Berhubungan seks saat hamil bisa menyakiti janin dan membuat janin kotor terkena sperma.

Fakta di lapangan banyak masyarakat yang masih mempercayai hal tersebut

Studi literature Hubungan seks saat hamil tidak akan menyakiti dan tidak akan membahayakan janin. FYI (For Your Information) menjelaskan bahwa di dalam perut terdapat tujuh lapisan perut, rahim, ketuban dan air ketuban. Sehingga janin terlindungi dari guncangan.

f. Di Daerah Madura

Mitos Ibu hamil tidak boleh menyiapkan perlengkapan bayi sebelum melahirkan.

Fakta di lapangan Konon katanya sebelum melahirkan tapi sudah membeli perlengkapan bayi, maka anaknya akan lahir sebelum waktunya atau bahkan akan keguguran.

Studi literatur Menyiapkan perlengkapan bayi sebenarnya perlu dilakukan sebelum lahir, supaya ibu nantinya tidak kerepotan. Mungkin maksud larangan tersebut, yaitu ibu dan suami harus lebih fokus mempersiapkan keperluan persalinan, salah satunya adalah dana persalinan.

Pantangan dan simbol yang terbentuk dari kebudayaan hingga kini masih dipertahankan dalam suatu komunitas dan masyarakat. Dalam menghadapi situasi ini, pelayanan yang terampil dan memperhatikan budaya masyarakat sangat diperlukan bagi seorang perawat untuk menghilangkan perbedaan dalam

pelayanan, bekerja sama dengan budaya berbeda, serta berupaya mencapai pelayanan yang optimal bagi klien dan keluarga. Perawat juga harus mampu memahami kondisi kliennya yang memiliki budaya berbeda. Perawat juga dituntut untuk memiliki keterampilan dalam pengkajian budaya yang akurat dan komprehensif sepanjang waktu berdasarkan warisan etnik dan riwayat etnik, riwayat biokultural, organisasi sosial, agama dan kepercayaan serta pola komunikasi. Semua budaya mempunyai dimensi lampau, sekarang dan mendatang. Untuk itu penting bagi perawat memahami orientasi waktu yang terus mengalami transisi dari aspek kehidupan dan sensitif terhadap warisan budaya keluarganya. Pentingnya pendekatan *trancultural nursing* pada perawat dalam melakukan intervensi bermain dikarenakan perawat tidak hanya melihat kondisi pasien, tetapi juga kondisi budaya pasien dan keluarga. Pendekatan model transcultural sangat dibutuhkan di Sumenep dalam rangka meningkatkan fungsi perawat dan kesembuhan pasien toddler. Persepsi penyembuhan penyakit di Sumenep akhir-akhir ini sangat mengkhawatirkan, karena masyarakat beranggapan bahwa berobat juga bisa selain medis, baik pada dukun maupun yang lainnya. Hal inilah yang harus diluruskan oleh seorang perawat kepada pasien maupun keluarganya.

2.3 Konsep Terapi Bermain

2.3.1 Pengertian Bermain

Bermain merupakan cerminan kemampuan fisik, intelektual, emosional, dan sosial. 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).

Bermain adalah suatu kegiatan yang dilakukan dengan atau tanpa mempergunakan alat yang menghasilkan atau memberikan informasi, memberi kesenangan maupun mengembangkan imajinasi anak (Sudono, 2000).

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 (Chambell dan Glaser, 1995).

Bermain tidak sekedar mengisi waktu tetapi merupakan kebutuhan anak seperti halnya makanan, perawatan dan cinta kasih. Dengan bermain, anak akan menemukan kekuatan serta kelemahannya sendiri, minatnya, cara menyelesaikan tugas-tugas dalam bermain (Soetjningsih, 1995).

Dari beberapa pengertian di atas, maka dapat disimpulkan bahwa bermain merupakan aspek penting dalam kehidupan anak yang mencerminkan kemampuan fisik, intelektual, emosional, dan social anak tersebut. Walaupun tanpa mempergunakan alat yang menghasilkan atau memberikan informasi, memberi kesenangan maupun mengembangkan imajinasi anak, dalam bermain anak akan menemukan kekuatan serta kelemahannya sendiri, minatnya, serta cara menyelesaikan tugas-tugas dalam bermain.

2.3.2 Fungsi Bermain

Fungsi utama bermain adalah merangsang perkembangan sensoris-motorik, perkembangan intelektual, perkembangan social, perkembangan kreativitas, perkembangan kesadaran diri, perkembangan moral dan bermain sebagai terapi.

1. Perkembangan Sensoris–Motorik

Pada saat melakukan permainan, aktivitas sensoris-motorik merupakan komponen terbesar yang digunakan anak dan bermain aktif sangat penting untuk perkembangan fungsi otot. Misalnya, alat permainan yang digunakan untuk bayi yang mengembangkan kemampuan sensoris-motorik dan alat permainan untuk anak usia toddler dan toddler yang banyak membantu perkembangan aktivitas motorik baik kasar maupun halus.

2. Perkembangan Intelektual

Pada saat bermain, anak melakukan eksplorasi dan manipulasi terhadap segala sesuatu yang ada di lingkungan sekitarnya, terutama mengenal warna, bentuk, ukuran, tekstur dan membedakan objek. Pada saat bermain pula anak akan melatih diri untuk memecahkan masalah. Pada saat anak bermain mobil-mobilan, kemudian bannya terlepas dan anak dapat memperbaikinya maka ia telah belajar memecahkan masalahnya melalui eksplorasi alat mainannya dan untuk mencapai kemampuan ini, anak menggunakan daya pikir dan imajinasinya semaksimal mungkin. Semakin sering anak melakukan eksplorasi seperti ini akan semakin terlatih kemampuan intelektualnya.

3. Perkembangan Sosial

Perkembangan sosial ditandai dengan kemampuan berinteraksi dengan lingkungannya. Melalui kegiatan bermain, anak akan belajar memberi dan menerima. Bermain dengan orang lain akan membantu anak untuk mengembangkan hubungan social dan belajar memecahkan masalah dari hubungan tersebut. Pada saat melakukan aktivitas bermain, anak belajar berinteraksi dengan teman, memahami bahasa lawan bicara, dan belajar tentang nilai social yang ada pada kelompoknya. Hal ini terjadi terutama pada anak usia sekolah dan remaja. Meskipun demikian, anak usia toddler dan toddler adalah tahapan awal bagi anak untuk meluaskan aktivitas sosialnya dilingkungan keluarga.

4. Perkembangan Kreativitas

Berkreasi adalah kemampuan untuk menciptakan sesuatu dan mewujudkannya kedalam bentuk objek dan/atau kegiatan yang dilakukannya. Melalui kegiatan bermain, anak akan belajar dan mencoba untuk merealisasikan ide-idenya. Misalnya, dengan membongkar dan memasang satu alat permainan akan merangsang kreativitasnya untuk semakin berkembang.

5. Perkembangan Kesadaran Diri

Melalui bermain, anak mengembangkan kemampuannya dalam mengatur mengatur tingkah laku. Anak juga akan belajar mengenal kemampuannya dan membandingkannya dengan orang lain dan menguji kemampuannya dengan mencoba peran-peran baru dan mengetahui dampak tingkah lakunya terhadap orang lain. Misalnya, jika anak mengambil mainan temannya sehingga temannya

menangis, anak akan belajar mengembangkan diri bahwa perilakunya menyakiti teman. Dalam hal ini penting peran orang tua untuk menanamkan nilai moral dan etika, terutama dalam kaitannya dengan kemampuan untuk memahami dampak positif dan negatif dari perilakunya terhadap orang lain.

6. Perkembangan Moral

Anak mempelajari nilai benar dan salah dari lingkungannya, terutama dari orang tua dan guru. Dengan melakukan aktivitas bermain, anak akan mendapatkan kesempatan untuk menerapkan nilai-nilai tersebut sehingga dapat diterima di lingkungannya dan dapat menyesuaikan diri dengan aturan-aturan kelompok yang ada dalam lingkungannya. Melalui kegiatan bermain anak juga akan belajar nilai moral dan etika, belajar membedakan mana yang benar dan mana yang salah, serta belajar bertanggung-Jawab atas segala tindakan yang telah dilakukannya. Misalnya, merebut mainan teman merupakan perbuatan yang tidak baik dan membereskan alat permainan sesudah bermain adalah membelajarkan anak untuk bertanggung-Jawab terhadap tindakan serta barang yang dimilikinya. Sesuai dengan kemampuan kognitifnya, bagi anak usia toddler, permainan adalah media yang efektif untuk mengembangkan nilai moral dibandingkan dengan memberikan nasihat. Oleh karena itu, penting peran orang tua untuk mengawasi anak saat melakukan aktivitas bermain dan mengajarkan nilai moral, seperti baik/buruk atau benar/salah.

7. Bermain Sebagai Terapi

Pada saat dirawat di rumah sakit, anak akan mengalami berbagai perasaan yang sangat tidak menyenangkan, seperti marah, takut, cemas, sedih, dan nyeri.

Perasaan tersebut merupakan dampak dari hospitalisasi yang dialami anak karena menghadapi beberapa tekanan yang ada di lingkungan rumah sakit. Untuk itu, dengan melakukan permainan anak akan terlepas dari ketegangan dan stress yang dialaminya karena dengan melakukan permainan anak akan dapat mengalihkan rasa sakitnya pada permainan yang ada (distraksi) dan relaksasi melalui kesenangan anak dalam melakukan permainan. Dengan demikian, permainan adalah media komunikasi antaranak dengan orang lain, termasuk dengan perawat atau petugas kesehatan di rumah sakit. Perawat dapat mengkaji perasaan dan pikiran anak melalui ekspresi nonverbal yang ditunjukkan selama melakukan permainan atau melalui interaksi yang ditunjukkan anak dengan orang tua dan teman kelompok bermainnya.

2.3.3 Jenis-jenis Bermain

Karakteristik bermain dapat diperhatikan dalam kehidupan keseharian anak-anak ketika melakukan kegiatan tersebut ternyata dapat dibedakan, yaitu permainan yang memerlukan aktivitas tinggi dan permainan yang memerlukan aktivitas rendah, atau dapat dibedakan menjadi permainan aktif dan pasif.

Pada waktu melakukan permainan hendaknya anak mampu menggunakan kemampuan gerak dan intelektualnya secara bersama-sama sehingga ia mampu bermain sambil belajar. Berikut ini akan dijelaskan beberapa jenis bermain menurut ahli, seperti yang dijelaskan oleh Hurlock (Sugianto, 1992:40), Piaget (1992) dan Piaget & Inhelder (1999), Mildred Parten (2002) yaitu :

1. Menurut Hurlock (Sugianto, 1992:40)

- a. Bermain aktif, yaitu kegiatan yang memberikan kesenangan dan kepuasan kepada anak yang banyak melibatkan aktivitas tubuh yang meliputi bermain konstruktif, penjelajahan (eksplorasi), permainan (games), dan olahraga (sport).
- b. Bermain pasif, yaitu kegiatan yang tidak terlalu banyak melibatkan aktivitas fisik, diantaranya membaca, menonton film, mendengarkan radio, mendengarkan musik, dan lain-lain.

2. Piaget (1962) dan Piaget dan Inhelder (1969)

Menurut mereka tahapan bermain menurut dimensi kognitif adalah sebagai berikut:

- a. Bermain simbolik, yaitu saat anak mulai menggunakan makna simbolik benda-benda.
- b. Bermain dengan aturan, yaitu saat anak mulai bermain dengan menggunakan aturan.

3. Mildred Parten (1932)

- a. Bermain soliter, yaitu saat anak mulai bermain sendiri tanpa peduli apa yang dilakukan teman sekitarnya.
- b. Bermain pengamat, yaitu saat anak bermain sendiri dan mengamati bagaimana teman yang ada di sekitarnya bermain.
- c. Bermain paralel, yaitu saat beberapa anak mulai bermain dalam satu materi yang sama tetapi masing-masing bermain secara independen, apa yang dilakukan anak yang satu tidak mempengaruhi anak yang lain.

- d. Bermain asosiatif, yaitu saat beberapa anak bermain bersama dengan sedikit lebih terorganisasi.
- e. Bermain kooperatif, yaitu saat beberapa anak bermain bersama secara lebih terorganisasi dan masing-masing menjalani peran yang saling mempengaruhi satu sama lain.

2.3.4 Klasifikasi Bermain

Menurut Wong (1999), bahwa permainan dapat diklasifikasikan menjadi:

1. Berdasarkan Isi Permainan

a. *Social affective play*

Inti permainan ini adalah adanya hubungan interpersonal yang menyenangkan antara anak dan orang lain. Misalnya, bayi akan mendapatkan kesenangan dan kepuasan dari hubungan yang menyenangkan dengan orang tuanya atau orang lain. Permainan yang biasa dilakukan adalah “Cilukba”, berbicara sambil tersenyum dan tertawa, atau sekadar memberikan tangan pada bayi untuk menggenggamnya, tetapi dengan diiringi berbicara sambil tersenyum dan tertawa. Bayi akan mencoba merespon terhadap tingkah laku orang tuanya misalnya dengan tersenyum, tertawa, dan mengoceh.

b. *Sense of pleasure play*

Permainan ini menggunakan alat yang dapat menimbulkan rasa senang pada anak dan biasanya mengasyikkan. Misalnya, dengan menggunakan pasir, anak akan membuat gunung-gunungan atau benda-benda apa saja yang dapat dibentuknya dengan pasir. Bisa juga dengan menggunakan air anak akan melakukan macam-macam permainan, misalnya memindah-mindahkan air ke

botol, bak, atau tempat lain. Ciri khas permainan ini adalah anak akan semakin asyik bersentuhan dengan alat permainan ini dan dengan permainan yang dilakukannya sehingga susah dihentikan.

c. Skill play

Sesuai dengan sebutannya, permainan ini akan meningkatkan ketrampilan anak, khususnya motorik kasar dan halus. Misalnya, bayi akan terampil memegang benda-benda kecil, memindahkan benda dari satu tempat ke tempat yang lain, dan anak akan terampil naik sepeda. Jadi, keterampilan tersebut diperoleh melalui pengulangan kegiatan permainan yang dilakukan. Semakin sering melakukan latihan, anak akan semakin terampil.

d. Games atau permainan

Games atau permainan adalah jenis permainan yang menggunakan alat tertentu yang menggunakan perhitungan atau skor. Permainan ini bisa dilakukan oleh anak sendiri atau dengan temannya. Banyak sekali jenis permainan ini mulai dari yang sifatnya tradisional maupun yang modern. Misalnya, ular tangga, congklak, puzzle, dan lain-lain.

e. Unoccupied behaviour

Pada saat tertentu, anak sering terlihat mondar-mandir, tersenyum, tertawa, menjinjit, membungkuk, memainkan kursi, meja, atau apa saja yang ada di sekelilingnya. Jadi, sebenarnya anak tidak memainkan alat permainan tertentu, dan situasi atau obyek yang ada di sekelilingnya yang digunakan sebagai alat permainan. Anak tampak senang, gembira, dan asyik dengan situasi serta lingkungannya tersebut .

f. Dramatic play

Sesuai dengan sebutannya, pada permainan ini anak memainkan peran sebagai orang lain melalui permainannya. Anak berceloteh sambil berpakaian meniru orang dewasa, misalnya ibu guru, ibunya, ayahnya, kakaknya, dan sebagainya yang ingin ia tiru. Apabila anak bermain dengan temannya, akan terjadi percakapan di antara mereka tentang peran orang yang mereka tiru. Permainan ini penting untuk proses identifikasi anak terhadap peran tertentu .

2. Berdasarkan Karakter Social

a. Onlooker play

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

b. Solitary play

Pada permainan ini, anak tampak berada dalam kelompok permainan, tetapi anak bermain sendiri dengan alat permainan yang dimilikinya, dan alat permainan tersebut berbeda dengan alat permainan yang digunakan temannya, tidak ada kerja sama, ataupun komunikasi dengan teman sepermainannya.

c. Parallel play

Pada permainan ini, anak dapat menggunakan alat permainan yang sama, tetapi antara satu anak dengan anak lainnya tidak terjadi kontak satu sama lain sehingga antara anak satu dengan anak lain tidak ada sosialisasi satu sama lain. Biasanya permainan ini dilakukan oleh anak usia toddler.

d. Associative play

Pada permainan ini sudah terjadi komunikasi antara satu anak dengan anak lain, tetapi tidak terorganisasi, tidak ada pemimpin atau yang memimpin permainan, dan tujuan permainan tidak jelas. Contoh permainan jenis ini adalah bermain boneka, bermain hujan-hujan dan bermain masak-masakan.

e. Cooperative play

Aturan permainan dalam kelompok tampak lebih jelas pada permainan jenis ini, juga tujuan dan pemimpin permainan. Anak yang memimpin permainan mengatur dan mengarahkan anggotanya untuk bertindak dalam permainan sesuai dengan tujuan yang diharapkan dalam permainan tersebut. Misalnya, pada permainan sepak bola, ada anak yang memimpin permainan, aturan main harus dijalankan oleh anak dan mereka harus dapat mencapai tujuan bersama, yaitu memenangkan permainan dengan memasukkan bola ke gawang lawan mainnya.

2.3.5 Pinsip-prinsip dalam aktifitas bermain

Pada dasarnya aktivitas bermain pada anak tidak hanya dengan menggunakan alat permainan saja. Perhatian dan kasih sayang yang diberikan oleh orang tua terhadap anaknya, seperti sentuhan, bercanda, belaian, dan lainnya, merupakan aktivitas yang menyenangkan bagi anak, terutama pada tahun pertama kehidupannya. (Soetjiningsih, 1995) mengatakan bahwa ada beberapa hal yang perlu diperhatikan agar aktivitas bermain bisa menjadi stimulus yang efektif sebagaimana berikut ini :

1. Perlu ekstra energi,

Bermain memerlukan energi yang cukup, sehingga anak memerlukan nutrisi yang memadai. Asupan (intake) yang kurang dapat menurunkan gairah anak. Anak yang sehat memerlukan aktivitas bermain yang bervariasi, baik bermain aktif maupun bermain pasif, untuk menghindari rasa bosan atau jenuh.

Pada anak yang sakit, keinginan untuk bermain umumnya menurun karena energi yang ada digunakan untuk mengatasi penyakitnya. Aktivitas bermain anak sakit yang bisa dilakukan adalah bermain pasif, misalnya, dengan nonton TV, mendengar musik, dan menggambar.

2. Waktu yang cukup

Anak harus mempunyai cukup waktu untuk bermain sehingga stimulus yang diberikan dapat optimal. Selain itu, anak akan mempunyai kesempatan yang cukup untuk mengenal alat-alat permainannya.

3. Alat Permainan

Alat permainan yang digunakan harus disesuaikan dengan usia dan tahap perkembangan anak. Orang tua hendaknya memperhatikan hal ini, sehingga alat permainan yang diberikan dapat berfungsi dengan benar. Yang perlu diperhatikan adalah bahwa alat permainan tersebut harus aman dan mempunyai unsur edukatif bagi anak.

4. Ruang untuk bermain

Aktivitas bermain dapat dilakukan di mana saja, di ruang tamu, di halaman, bahkan di ruang tidur. Diperlukan suatu ruangan atau tempat khusus

untuk bermain bila memungkinkan, di mana ruangan tersebut sekaligus juga dapat menjadi tempat untuk menyimpan mainannya.

5. Pengetahuan cara bermain

Anak belajar bermain dari mencoba-coba sendiri, meniru teman-temannya, atau diberitahu oleh orang tuanya. Cara yang terakhir adalah yang terbaik karena anak lebih terarah dan lebih berkembang pengetahuannya dalam menggunakan alat permainan tersebut. Orang tua yang tidak pernah mengetahui cara bermain dari alat permainan yang diberikan umumnya membuat hubungannya dengan anak cenderung menjadi kurang hangat.

6. Teman bermain

Dalam bermain, anak memerlukan teman, bisa teman sebaya, saudara, atau orang tuanya. Ada saat-saat tertentu di mana anak bermain sendiri agar dapat menemukan kebutuhannya sendiri.

Bermain yang dilakukan bersama dengan orang tuanya akan mengakrabkan hubungan dan sekaligus memberikan kesempatan kepada orang tua untuk mengetahui setiap kelainan yang dialami oleh anaknya. Teman diperlukan untuk mengembangkan sosialisasi anak dan membantu anak dalam memahami perbedaan.

2.3.6 Mainan untuk toddler

1. Mainan yang dapat ditarik dan didorong
2. Alat masak
3. Malan, lilin

4. Boneka, telephone, gambar dalam buku, bola, drum yang dapat dipukul, krayon, kertas.

2.3.7 Bermain di Rumah Sakit

1. Prinsip kegiatan

- a. Tidak banyak energi, singkat dan sederhana
- b. Mempertimbangkan keamanan dan infeksi silang
- c. Kelompok umur sama
- d. Melibatkan keluarga atau orang tua

2.3.8 Rancangan bermain

Permainan yang kita lakukan adalah menggambar. Setiap anak diberikan kertas kosong dan krayon atau spidol masing-masing satu. Kemudian perawat memimpin jalannya permainan dengan mengintruksikan kepada anak-anak untuk menggambar sesuai dengan apa yang diinginkan. Co leader, fasilitator, observer melakukan tugas masing-masing.

2.3.9 Hambatan bermain

1. Anak kurang kooperatif
2. Orang tua tidak mendukung
3. Jam-jam tertentu seperti kunjungan dokter, terapi dan waktu istirahat
4. Tidak semua rumah sakit mempunyai fasilitas bermain.

2.3.10 Antisipasi hambatan bermain

1. Pendekatan kepada anak lebih ditingkatkan
2. Memberikan penjelasan yang mudah dimengerti orang tua, sehingga timbul rasa percaya

3. Membatasi waktu bermain
4. Bermain dilakukan dirawat inap tanpa mengganggu proses terapi pengobatan

RSUD dr. Moh. Anwar Sumenep, kaitannya dengan penerapan terapi bermain dalam meminimalkan stres hospitalisasi anak toddler dengan pendekatan model caring dan transcultural nursing masih belum pernah dilakukan karena begitu rumit dan membutuhkan biaya yang mahal, sehingga menyebabkan setiap anak yang melalui rawat inap akan mengalami cemas dan stres. Mengurangi cemas dan stres ketika anak di rawat di rumah sakit perlu sebuah inovasi yaitu terapi bermain dengan pendekatan model caring dan transcultural nursing. Mengapa harus menggunakan pendekatan transkultural nursing? karena setiap anak berbeda pola hidupnya, keluarga, dan masyarakatnya

2.4 Konsep Kenyamanan Kolcaba

2.4.1 Definisi Middle Range Theories

Middle range theories dapat didefinisikan sebagai serangkaian ide/gagasan yang saling berhubungan dan berfokus pada suatu dimensi terbatas yaitu pada realitas keperawatan (Smith dan Liehr, 2008).

Theori-theori ini terdiri dari beberapa konsep yang saling berhubungan dan dapat digambarkan dalam suatu model. Middle range theories dapat dikembangkan pada tatanan praktek dan riset untuk menyediakan pedoman dalam praktik dan riset/penelitian yang berbasis pada disiplin ilmu keperawatan.

2.4.2 Konsep Mayor dan Definisi

Theori Comfort dari Kolcaba ini menekankan pada beberapa konsep utama beserta definisinya, antara lain,

1. Health Care Needs

Kolcaba mendefinisikan kebutuhan pelayanan kesehatan sebagai suatu kebutuhan akan kenyamanan, yang dihasilkan dari situasi pelayanan kesehatan yang stressful, yang tidak dapat dipenuhi oleh penerima support system tradisional. Kebutuhan ini meliputi kebutuhan fisik, psikospiritual, sosial dan lingkungan, yang kesemuanya membutuhkan monitoring, laporan verbal maupun non verbal, serta kebutuhan yang berhubungan dengan parameter patofisiologis, membutuhkan edukasi dan dukungan serta kebutuhan akan konseling financial dan intervensi.

2. Comfort

Comfort merupakan sebuah konsep yang mempunyai hubungan yang kuat dalam keperawatan. *Comfort* diartikan sebagai suatu keadaan yang dialami oleh klien yang dapat didefinisikan sebagai suatu pengalaman yang *immediate* yang menjadi sebuah kekuatan melalui kebutuhan akan keringanan (*relief*), ketenangan (*ease*), dan (*transcedence*) yang dapat terpenuhi dalam empat konteks pengalaman yang meliputi aspek fisik, psikospiritual, sosial dan lingkungan.

Beberapa tipe *Comfort* dibagi menjadi beberapa bagian yaitu,

- a. *Relief*, suatu keadaan dimana seorang penerima (*recipient*) memiliki pemenuhan kebutuhan yang spesifik
- b. *Ease*, suatu keadaan yang tenang dan kesenangan
- c. *Transedence*, suatu keadaan dimana seorang individu mencapai diatas masalahnya.

Kolcaba, (2003) kemudian menderivasi konteks diatas menjadi beberapa hal sebagai berikut :

- a. Fisik, berkenaan dengan sensasi tubuh
- b. Psikospiritual, berkenaan dengan kesadaran internal diri, yang meliputi harga diri, konsep diri, seksualitas, makna kehidupan hingga hubungan terhadap kebutuhan lebih tinggi.
- c. Lingkungan, berkenaan dengan lingkungan, kondisi, pengaruh dari luar.
- d. Sosial, berkenaan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan hubungan sosial

3. *Comfort Measures*

Tindakan kenyamanan diartikan sebagai suatu intervensi keperawatan yang didesain untuk memenuhi kebutuhan kenyamanan yang spesifik dibutuhkan oleh penerima jasa, seperti fisiologis, sosial, financial, psikologis, spiritual, lingkungan, dan intervensi fisik.

Kolcaba menyatakan bahwa perawatan untuk kenyamanan memerlukan sekurangnya tiga tipe intervensi *comfort* yaitu :

- a. Standart *comfort intervention* yaitu Teknis pengukuran kenyamanan, merupakan *intervensi* yang dibuat untuk mempertahankan *homeostasis* dan mengontrol nyeri yang ada, seperti memantau tanda-tanda vital, hasil kimia darah, juga termasuk pengobatan nyeri. Teknis tindakan ini didesain untuk membantu mempertahankan atau mengembalikan fungsi fisik dan kenyamanan, serta mencegah komplikasi.

- b. *Coaching* (mengajarkan) meliputi intervensi yang didesain untuk menurunkan kecemasan, memberikan informasi, harapan, mendengarkan dan membantu perencanaan pemulihan (*recovery*) dan integrasi secara realistis atau dalam menghadapi kematian dengan cara yang sesuai dengan budayanya. Agar *Coaching* ini efektif, perlu dijadwalkan untuk kesiapan pasien dalam menerima pengajaran baru.
- c. *Comfort food for the soul*, meliputi intervensi yang menjadikan penguatan dalam sesuatu hal yang tidak dapat dirasakan. Terapi untuk kenyamanan psikologis meliputi pemijatan, adaptasi lingkungan yang meningkatkan kedamaian dan ketenangan, *guided imagery*, terapi musik, mengenang, dan lain lain. Saat ini perawat umumnya tidak memiliki waktu untuk memberikan *comfort food* untuk jiwa (kenyamanan jiwa/psikologis), akan tetapi tipe *intervensi comfort* tersebut difasilitasi oleh sebuah komitmen oleh institusi terhadap perawatan kenyamanan.

4. *Enhanced Comfort*

Sebuah hasil yang langsung diharapkan pada pelayanan keperawatan, mengacu pada teori *comfort* ini.

5. *Intervening variables*

Didefinisikan sebagai variabel-variabel yang tidak dapat dimodifikasi oleh perawat. Variabel ini meliputi pengalaman masa lalu, usia, sikap, status emosional, support sistem, prognosis, financial atau ekonomi, dan keseluruhan elemen dalam pengalaman si pasien.

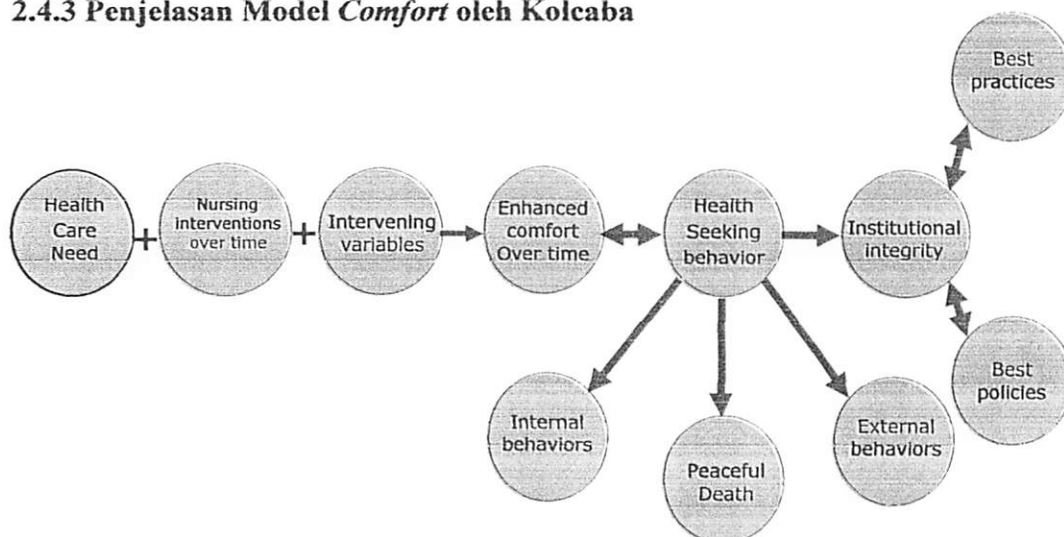
6. *Health Seeking Behavior (HSBs)*

Merupakan sebuah kategori yang luas dari hasil berikutnya yang berhubungan dengan pencarian kesehatan yang didefinisikan oleh resipien saat konsultasi dengan perawat. HSBs ini dapat berasal dari eksternal (aktivitas yang terkait dengan kesehatan), internal (penyembuhan, fungsi imun, dll.)

7. *Institutional integrity*

Didefinisikan sebagai nilai nilai, stabilitas financial, dan keseluruhan dari organisasi pelayanan kesehatan pada area local, regional, dan nasional. Pada sistem rumah sakit, definisi institusi diartikan sebagai pelayanan kesehatan umum, agensi home care, dll.

2.4.3 Penjelasan Model *Comfort* oleh Kolcaba



Gambar 2.4.3: Bagan model *comfort* Colcaba

Dalam perspektif pandangan Kolcaba *Holistic comfort* didefinisikan sebagai suatu pengalaman yang *immediate* yang menjadi sebuah kekuatan melalui kebutuhan akan pengurangan *relief*, *ease*, and *transcendence* yang dapat terpenuhi dalam empat konteks pengalaman yang meliputi aspek fisik, psikospiritual, sosial dan lingkungan (Ruddy, 2007).

Asumsi-asumsi lain yang dikembangkan oleh Kolcaba bahwa Kenyamanan adalah suatu konsep yang mempunyai suatu hubungan yang kuat dengan ilmu perawatan. Perawat menyediakan kenyamanan ke pasien dan keluarga-keluarga mereka melalui intervensi dengan orientasi pengukuran kenyamanan. Tindakan penghiburan yang dilakukan oleh perawat akan memperkuat pasien dan keluarga-keluarga mereka yang dapat dirasakan seperti mereka berada di dalam rumah mereka sendiri. Kondisi keluarga dan pasien diperkuat dengan tindakan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh perawat dengan melibatkan perilaku (Tomey, Alligood, 2006).

Peningkatan kenyamanan adalah sesuatu hasil ilmu perawatan yang merupakan bagian penting dari teori comfort. Hal lain adalah saat intervensi kenyamanan dikirimkan secara konsisten atau terus-menerus, maka mereka secara teoritis dihubungkan dengan suatu kecenderungan ke arah kenyamanan yang ditingkatkan setiap saat. Klien dengan sendirinya akan mencapai kesehatan yang diinginkan dalam mencari kesembuhan (HSBS).

2.4.4 Asumsi Mayor terkait Paradigma Keperawatan

Kolcaba menjabarkan definisinya sebagai berikut: Keperawatan adalah penilaian kebutuhan akan kenyamanan, perancangan kenyamanan yang digunakan untuk mengukur suatu kebutuhan, dan penilaian kembali digunakan untuk mengukur kenyamanan setelah dilakukan tindakan. Pengkajian dan evaluasi dapat dinilai secara subjektif, seperti ketika perawat menanyakan kenyamanan pasien, atau secara objektif, misalnya observasi terhadap penyembuhan luka, perubahan nilai laboratorium, atau perubahan perilaku. Penilaian juga dapat dilakukan

melalui rangkaian penilaian skala (VAS) atau daftar pertanyaan (kuesioner), di mana keduanya telah dikembangkan oleh Kolcaba.

Pasien adalah penerima perawatan seperti individu, keluarga, institusi, atau masyarakat yang membutuhkan perawatan kesehatan.

Lingkungan adalah aspek dari pasien, keluarga, atau institusi yang dapat dimanipulasi oleh perawat atau orang tercinta untuk meningkatkan kenyamanan.

Kesehatan adalah fungsi optimal, seperti yang digambarkan oleh pasien atau kelompok, dari pasien, keluarga, atau masyarakat.

Dari asumsi tersebut, Kolcaba mengasumsikan hal-hal di bawah ini:

- a. Manusia mempunyai tanggapan/respon holistik terhadap stimulus yang kompleks.
- b. Kenyamanan adalah suatu hasil holistik yang diinginkan yang mengacu pada disiplin keperawatan
- c. Manusia bekerja keras untuk memenuhi kebutuhan dasar kenyamanan mereka.
- d. Kenyamanan yang akan ditingkatkan pada pasien harus melibatkan *health-seeking behaviors* (HSBs) pilihan mereka.
- e. Pasien yang dianjurkan secara aktif untuk HSBs, merasa puas dengan pelayanan kesehatan mereka.
- f. Integritas kelembagaan berdasar pada sistem nilai yang berorientasi pada penerima perawatan.

2.4.5 Penerimaan oleh Keperawatan

1. *Praktik Keperawatan*

Theori ini masih baru. Dan terus dikenalkan dan dipelajari oleh para siswa yang memilih teori ini untuk kerangka studi mereka, seperti di dalam keperawatan kebidanan, katheterisasi jantung, perawatan kritis, pekerja rumah sakit, ketidaksuburan/kemandulan, terapi radiasi, keperawatan bedah tulang, keperawatan perioperatif, keperawatan lanjut usia, dan infeksi saluran kemih. Bidang studi yang tidak diterbitkan, tetapi dibahas oleh Kolcaba melalui websitenya, antara lain unit luka bakar, klinik keperawatan, perawatan rumah, nyeri kronis, terapi pijatan, pediatrik, oncology, dan perioperative. Untuk praktek klinik kolkaba menyatakan bahwa skala kenyamanan pada pasien dengan skor 0 – 10, dimana 10 adalah nilai tertinggi dari kenyamanan tersebut. Skala kenyamanan ini dapat diterapkan untuk pengkajian nyeri atau untuk tujuan pendokumentasian serta harus diterapkan dan digunaskan secara komunikatif.

Theori *Comfort* telah dimasukkan oleh perawat anestesi kedalam praktik klinik mereka untuk pedoman manajemen kenyamanan pasien. Theori *Comfort* dapat dibagi menjadi,

- a. Pengkajian kebutuhan kenyamanan pasien selama pembedahan, nyeri akut, kesakitan
- b. Menciptakan kenyamanan dengan meminta persetujuan pasien sebelum dilakukan pembedahan, intervensi yang spesifik
- c. Memfasilitasi yang nyaman, temperature tubuhdan factor factor yang dihubungkan dengan kenyamanan selama pembedahan.

- d. Melanjutkan dengan manajemen kenyamanan dan pengukuran periode setelah operasi.

2. Pendidikan

Sesuai dengan pengajaran kenyamanan pada Program Sarjana Keperawatan, teori kenyamanan telah diterapkan pada dunia keperawatan terhadap pasien yang mendapatkan terapi radiasi (Cox pada tahun 1998). Teori ini sangat mudah untuk dipahami dan diterapkan pada mahasiswa program keperawatan yang menyajikan suatu metode efektif untuk menilai kebutuhan kenyamanan holistik pada orang tua yang membutuhkan perawatan intensif. Teori ini tidak hanya menginformasikan masalah gerontologikal atau pendidikan praktik lanjutan saja. Terapi juga cocok digunakan mahasiswa yang praktik klinik serta aplikasinya dapat difasilitasi dengan menggunakan web colcaba tentang care plan kenyamanan. Teori ini juga memberikan informasi pada mahasiswa dalam memperoleh kemudahan mereka (by knowing). Untuk memelihara ease dengan kurikulum mereka (melalui kepercayaan anggota fakultas mereka), maka diharapkan dapat mencapai transcendentce dari stressor mereka dengan menggunakan teknik self comforting.

3. Riset

The Encyclopedia of Nursing Research menyebutkan pentingnya mengukur kenyamanan sebagai tujuan keperawatan. Perawat dapat memberikan bukti untuk mempengaruhi keputusan institusi, masyarakat, dan tingkatan legislasi yang hanya sampai pada studi kenyamanan yang menunjukkan efektivitas keperawatan yang holistik/menyeluruh. Akhir-akhir ini, pengukuran kenyamanan

di rumah sakit besar dan perawatan rumah telah banyak ditetapkan sebagai penelitian untuk menambah literatur untuk tujuan riset keperawatan.

Penggunaan struktur *taxonomi* kenyamanan sebagai panduan yang dapat digunakan untuk mengembangkan *kuesioner* secara umum digunakan untuk mengukur kenyamanan secara *holistic*. Hal ini dapat dilihat sampel di rumah sakit dan pada partisipan sebuah komunitas. Untuk dapat melakukan hal ini item positif dan negatif harus dikembangkan secara berimbang pada tiap sel dalam kotak yang tersedia. Secara umum ada dua puluh empat hal positif dan dua puluh empat hal negatif yang mengacu pada format skala Likert dengan rentang dari sangat setuju sampai sangat tidak setuju. Skor yang tinggi menandakan tingginya kenyamanan. Pada studi akhir instrumentasi dengan 206 orang pada suatu waktu peserta dari semua jenis unit di dua rumah sakit dan 50 orang dari masyarakat, dengan menggunakan kuesioner kenyamanan umum menunjukkan hasil suatu Cronbach alfa 0,88. Pendekatan kualitatif digunakan untuk desain penelitian dengan mendeskripsikan kenyamanan dari strategi hasil perspektif holistik diruang emergensi, orthopedi, area post operasi, port partum, perawatan kritis dan invertilitas.

Tabel 2.1 Struktur *Taxonomi Comfort Care Plan*.

<i>Tipe Comfort</i>	<i>Relief</i>	<i>Ease</i>	<i>Transcendence</i>
Fisik	Kondisi pasien yang membutuhkan tindakan perawatan fisik segera terkait dengan kenyamanan pasien	Bagaimana kondisi ketentraman dan kepuasan hati pasien yang berkaitan dengan kenyamanan fisik	Pernyataan tentang bagaimana kondisi pasien dalam mengatasi masalah yang terkait dengan kenyamanan
Psikospritual	Kondisi pasien yang membutuhkan tindakan perawatan Psikospiritual segera terkait dengan kenyamanan pasien	Bagaimana kondisi ketentraman dan kepuasan hati pasien yang berkaitan dengan kenyamanan Psikospiritual	Pernyataan tentang bagaimana kondisi pasien dalam mengatasi masalah yang terkait dengan kenyamanan
Lingkungan	Kondisi pasien yang membutuhkan tindakan perawatan lingkungan segera terkait dengan kenyamanan pasien	Bagaimana kondisi ketentraman dan kepuasan hati pasien yang berkaitan dengan kenyamanan berdasarkan lingkungan	Pernyataan tentang bagaimana kondisi pasien dalam mengatasi masalah yang terkait dengan kenyamanan

Sosiokultural	Kondisi pasien	Bagaimana kondisi	Pernyataan
	yang membutuhkan tindakan perawatan social segera terkait dengan kenyamanan pasien	ketentraman dan kepuasan hati pasien yang berkaitan dengan kenyamanan berdasarkan social	tentang bagaimana kondisi pasien dalam mengatasi masalah yang terkait dengan kenyamanan

Nama Pasien : Diagnosis Medis : Mahasiswa :

Tipe dari Kenyamanan

1. *Relief* yaitu suatu keadaan seorang pasien yang menemukan kebutuhan spesifiknya
2. *Ease* yaitu keadaan tenang atau senang
3. *Transcendence* adalah keadaan dimana satu kenaikan masalah dari satu masalah atau yang mengakibatkan nyeri pada pasien.

Adapun cara menggunakan tabel ini adalah:

1. Pada kolom *relief* dituliskan pernyataan tentang kondisi pasien yang membutuhkan tindakan perawatan spesifik dan segera terkait dengan kenyamanan pasien, meliputi empat konteks kenyamanan yaitu fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial.
2. Pada kolom *ease* dituliskan pernyataan yang menjelaskan tentang bagaimanakondisi ketentraman dan kepuasan hati pasien yang berkaitan dengankenyamanan, meliputi empat konteks kenyamanan antara lain fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial.

3. Pada kolom *transcendence* dituliskan pernyataan tentang bagaimana kondisi pasien dalam mengatasi masalah yang terkait dengan kenyamanan, meliputi tempat konteks kenyamanan sebagai berikut fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial.

Kolcaba telah mendaftar untuk mengadaptasikan daftar pertanyaan kenyamanan yang umum untuk permasalahan riset yang baru pada halaman webnya. Oleh karena itu sangatlah mudah bagi peneliti untuk menyediakan daftar pertanyaan kenyamanan yang dikhususkan untuk riset. Skala analog visual dan format daftar pertanyaan dapat di download dari website Kolcaba.

2.4.6 Penggunaan middle range theory

Middle Range Theory telah digunakan dalam bidang praktik dan penelitian. Theori ini mampu menstimulasi dan mengembangkan pemikiran rasional dari penelitian. Serta mampu membimbing untuk memilih variable dan pertanyaan penelitian (Lenz,1998.p.26). Middle Range Theori dapat membantu praktikan dengan memfasilitasi pemahaman terhadap perilaku klien dan memungkinkan untuk menjelaskan beberapa efektifitas dari intervensi.

Review terhadap beberapa penelitian yang dipublikasikan mengungkapkan penggunaan Middle Range Theori dalam penelitian keperawatan masih cukup luas. Dan sebagian besar Middle Range Theori berasal dari disiplin ilmu lain. Hal ini sangat jelas ketika kita membandingkan seberapa sering Middle Range Theori dan Grand Theori dikutip dalam literatur penelitian keperawatan. Dari 173 penelitian, yang diidentifikasi menggunakan theori adalah 79 (45%). Dan dari 79 penelitian tersebut diidentifikasi hanya 25 penelitian yang benar-benar

menggunakan teori keperawatan dan 54 lainnya menggunakan cara mengadopsi dari disiplin ilmu lain dan mayoritas dari ilmu psikologi.

2.4.7 Ciri Middle Range Theory

a. Menurut Mc. Kenna h.p. (1997) membagi ciri Middle Range Theori sebagai berikut,

1. Bisa digunakan secara umum pada berbagai situasi
2. Sulit mengaplikasikan konsep ke dalam teori
3. Tanpa indikator pengukuran
4. Masih cukup abstrak
5. Konsep dan proposisi yang terukur
6. Inklusif
7. Memiliki sedikit konsep dan variabel
8. Dalam bentuk yang lebih mudah diuji
9. Memiliki hubungan yang kuat dengan riset dan praktik
10. Dapat dikembangkan secara deduktif, retroduktif. Lebih sering secara induktif menggunakan studi kualitatif
11. Mudah diaplikasikan ke dalam praktik, dan bagian yang abstrak merupakan hal ilmiah yang menarik
12. Berfokus pada hal-hal yang menjadi perhatian perawat.
13. Beberapa di antaranya memiliki dasar dari grand teori
14. Mid-range theory tumbuh langsung dari praktik.

b. Menurut Meleis, A. I. (1997) menjelaskan ciri Middle Range Theori sebagai berikut,

1. Ruang lingkup terbatas,
 2. Memiliki sedikit abstrak,
 3. Membahas fenomena atau konsep yang lebih spesifik, dan
 4. Merupakan cerminan praktik (administrasi, klinik, pengajaran)
- c. Menurut Whall (1996) kaitannya dengan Middle Range Theori adalah
1. Konsep dan proposisi spesifik tentang keperawatan
 2. Mudah diterapkan
 3. Bisa diterapkan pada berbagai situasi
 4. Proposisi bisa berada dalam suatu rentang hubungan sebab akibat

2.4.8 Kontroversi Tentang Middle Range Theori

Identifikasi Middle Range Theori telah cukup jelas. Disisi lain, Chenitz, seorang penulis utama dari *Entry Into a Nursing Home as Status Passage* memasukan theori ini ke dalam praktikal teorinya, sedangkan yang lainnya memasukkan ke dalam Middle Range Theori. Dalam analisis dasar Middle Range Theori “ Pertanyaan tentang Middle Range theori bukanlah merupakan sesuatu pernyataan hitam dan putih namun memiliki definisi yang jelas. Middle Range Theori mengandung nilai abstrak, tidak terlalu luas namun juga tidak terlalu sempit, tetapi berada pada kondisi dipertengahan. Untuk mencegah salah penafsiran dalam pemahaman terhadap theori, para penemu theori harus memberikan identitas theori terhadap komponen konsep dalam theori tersebut.

Ketidakakuratan dari Middle Range Theori hanya salah satu dari sekian banyak kritik terhadap theori ini. Selain hal tersebut, ketidakjelasan definisi

Middle Range Theori telah dikritisi untuk membedakannya dengan Grand Theori, karena mampu untuk diuji menggunakan ide postif-logis.

2.4.9 Perbandingan dengan Level Theori yang lain

Dalam lingkup dan tingkatan abstrak, *middle range theory* cukup spesifik untuk memberikan petunjuk riset dan praktik, cukup umum pada populasi klinik dan mencakup fenomena yang sama. Sebagai petunjuk riset dan praktik, *middle range theory* lebih banyak digunakan dari pada *grand theory*, dan dapat diuji dalam pemikiran empiris.

Theori Middle-Range memiliki hubungan yang lebih kuat dengan penelitian dan praktik. Hubungan antara penelitian dan praktik menurut Merton (1968), menunjukkan bahwa Theori Mid-Range amat penting dalam disiplin praktik, selain itu Walker and Avant (1995) mempertahankan bahwa mid-range theories menyeimbangkan kespesifikannya dengan konsep secara normal yang nampak dalam Grand Theori.

Midle Range Theori memberikan manfaat bagi perawat, mudah diaplikasikan dalam praktik dan cukup abstrak secara ilmiah. Theori Middle Range, tingkat keabstrakannya pada level pertengahan, inklusif, diorganisasi dalam lingkup terbatas, memiliki sejumlah variabel terbatas, dapat diuji secara langsung.

Kramer (1995) mengatakan bahwa mid-range theory sesuai dengan lingkup fenomena yang relatif luas tetapi tidak mencakup keseluruhan fenomena yang ada dan merupakan masalah pada disiplin ilmu.

Bila dibandingkan dengan grand teori, middle range theory ini lebih konkrit. Merton (1968) yang berberperan dalam pengembangan middle range theory, mendefinisikan teori ini sebagai sesuatu yang minor tetapi penting dalam penelitian dan pengembangan suatu teori.

Sependapat dengan Merton, beberapa penulis keperawatan mengemukakan Middle Range Theory jika dibandingkan dengan Grand Theory,

- a. Ruang lingkupnya lebih sempit
- b. Lebih konkrit, fenomena yang disajikan lebih spesifik
- c. Terdiri dari konsep dan proposisi yang lebih sedikit
- d. Merepresentasikan bidang keperawatan yang lebih spesifik/ terbatas
- e. Lebih dapat diuji secara empiris
- f. Lebih dapat diaplikasikan secara langsung dalam tatanan praktik

Kolcaba mengembangkan Teori Kenyamanan melalui tiga jenis pemikiran logis antara lain,

1. Induksi

Induksi terjadi ketika penyamarataan dibangun dari suatu kejadian yang diamati secara spesifik. Di mana perawat dengan sungguh-sungguh melakukan praktik dan dengan sungguh-sungguh menerapkan keperawatan sebagai disiplin, sehingga mereka menjadi terbiasa dengan konsep implisit atau eksplisit, terminologi, dalil, dan asumsi pendukung praktik mereka. Ketika perawat lulus sekolah, mereka mungkin diminta untuk menjelaskan diagram praktiknya, padahal tugas tersebut sangatlah mudah.

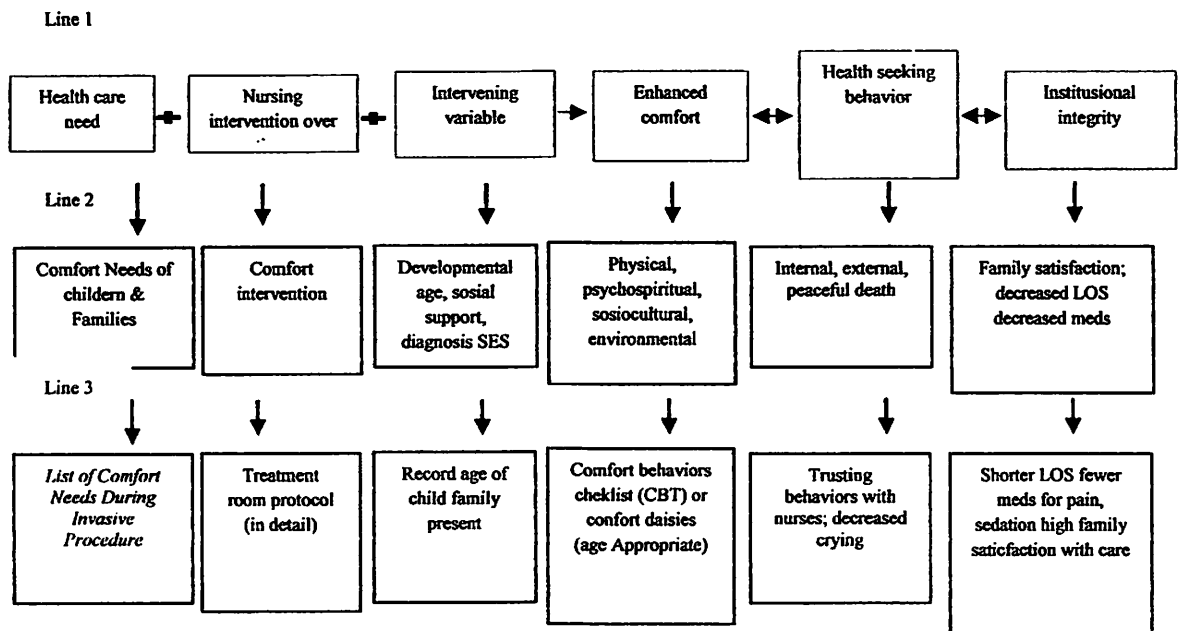
2. Deduksi

Deduksi adalah suatu format dari pemikiran logis yang kesimpulan spesifiknya berasal dari prinsip atau pendapat yang lebih umum; prosesnya dari yang umum ke yang spesifik. Langkah mengurangi pengembangan teori mengakibatkan teori kenyamanan dapat dihubungkan dengan konsep lain untuk menghasilkan suatu teori. Kerja dari tiga ahli teori keperawatan diperlukan untuk mendefinisikan kenyamanan. Oleh karena itu Kolcaba lebih dulu melihat di tempat lain untuk bekerja secara bersama untuk menyatukan kebutuhan seperti keringanan, ketentraman dan hal lain yang penting. Apa yang dibutuhkan, Colcaba merealisasi dengan suatu yang abstrak dan kerangka konseptual umum yang sama dengan kenyamanan dan berisi dalam jumlah banyak dan bersifat abstrak.

3. Retroduksi

Retroduksi adalah suatu format pemikiran untuk memulai ide. Bermanfaat untuk memilih suatu fenomena yang dapat dikembangkan lebih lanjut dan diuji. Pemikiran jenis ini diterapkan di (dalam) bidang yang cakupannya tersedia sedikit teori. Seperti pada kasus hasil riset, hal itu saat ini memusatkan pada pengumpulan database besar untuk mengukur hasil dan berhubungan dengan pengeluaran untuk jenis keperawatan, medis, institusi, dan protokol masyarakat. Penambahan suatu kerangka teori keperawatan untuk riset hasil akan meningkatkan area penelitian keperawatan karena praktik dasar teori memungkinkan perawat untuk mendesain intervensi yang sama dan selaras dengan hasil yang diinginkan.

Kemudian perawat perlu menyusun intervensi yang tepat untuk memenuhi kenyamanan pasien sesuai tahap tumbuh kembang anak. Pemenuhan rasa nyaman pada suatu area akan mendukung pemenuhan rasa nyaman pada area yang lain (Kolcaba & DiMarco, 2005). Untuk aplikasi *comfort theory* pada keperawatan anak digambarkan oleh Kolcaba dalam bentuk skema di bawah ini.



Skema 2.1 Aplikasi *Comfort Theory* pada Keperawatan Anak

Dalam skema tersebut terlihat penerapan *comfort theory* dari konsep umum hingga aplikasinya pada keperawatan anak. Pada line 1 digambarkan konsep umum *comfort theory* yang merupakan level tertinggi dari abstraksi konsep. Line 2 merupakan tingkatan yang lebih praktis pada keperawatan anak. Sementara itu, line 3 merupakan cara operasionalisasi dari setiap konsep pada garis sebelumnya.

Pada anak usia toddler yang mengalami hospitalisasi akan mengalami kecemasan yang berupa gangguan rasa nyaman. Perawat anak mengkaji kebutuhan rasa nyaman anak tersebut dan keluarga selama hospitalisasi (*health care needs*) dan juga menentukan intervensi yang tepat untuk memenuhi rasa nyaman anak.

2.5 Konsep Hospitalisasi pada Anak

2.5.1 Pengertian Konsep Hospitalisasi pada Anak

Hospitalisasi adalah suatu keadaan krisis pada anak, saat anak sakit dan dirawat di rumah sakit. Keadaan ini terjadi karena anak berusaha untuk beradaptasi dengan lingkungan asing dan baru yaitu rumah sakit, sehingga kondisi tersebut menjadi faktor *stressor* bagi anak maupun orang tua dan keluarga (Wong, 2000).

Hospitalisasi merupakan suatu proses karena alasan sementara atau darurat yang mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit dan menjalani terapi serta perawatan. Dengan demikian dirawat di rumah sakit tentu saja merupakan masalah besar dan menimbulkan ketakutan dan kecemasan, bagi anak (Supartini, 2004). Hospitalisasi juga dapat diartikan adanya beberapa perubahan psikis yang dapat menjadi sebab anak dirawat di rumah sakit (Stevens, 1999).

Berdasarkan pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa hospitalisasi adalah suatu proses karena alasan terencana dan bersifat darurat yang mengharuskan anak dirawat atau tinggal di rumah sakit untuk mendapatkan perawatan yang baik dan dapat menyebabkan beberapa perubahan psikis pada

anak. Perubahan psikis pada anak terjadi dikarenakan adanya suatu tekanan atau krisis pada anak. Jika seorang anak di rawat di rumah sakit, maka anak tersebut akan mudah mengalami krisis yang disebabkan oleh stress akibat perubahan suasana baik dari status kesehatannya maupun lingkungan rumah sakit dalam beradaptasi sehari-hari. Selain itu, anak mempunyai keterbatasan dalam mekanisme koping untuk mengatasi masalah maupun kejadian-kejadian yang sifatnya menekan (Nursalam, Susilaningrum, dan Utami, 2005).

2.5.2 Cemas pada anak yang dirawat di rumah sakit

Menurut *Townsend (2009)*, kecemasan merupakan perasaan gelisah yang tidak jelas, akan timbulnya ketidaknyamanan atau ketakutan yang disertai respon otonom. Sumber cemas sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu, perasaan takut terhadap sesuatu karena mengantisipasi bahaya. Kecemasan (ansietas) adalah perasaan aneh dan kacau, sumbernya sering tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu (*Martin Tucker, 2007*).

Pada anak yang sedang mengalami kecemasan, anak akan menunjukkan berbagai perilaku sebagai reaksi terhadap pengalaman hospitalisasi. Reaksi tersebut bersifat individual, dan sangat bergantung pada tahapan usia perkembangan anak, pengalaman sebelumnya terhadap sakit, sistem pendukung yang tersedia, dan kemampuan koping yang dimilikinya. Pada umumnya, reaksi anak terhadap rasa sakit merupakan kecemasan karena adanya perpisahan, kehilangan perlukaan tubuh dan rasa nyeri (*Supartini, 2004*).

Beberapa perilaku anak dalam upaya beradaptasi terhadap masalahnya selama dirawat di rumah sakit, antara lain dengan penolakan (*avoidence*). Anak

akan berusaha menghindari situasi yang membuatnya tertekan. Biasanya anak bersikap tidak kooperatif terhadap petugas medis. Selain itu anak akan berusaha mengalihkan perhatian (*distraction*) dari pikiran atau sumber yang membuat anak sakit menjadi tertekan. Perilaku yang dilakukan anak di rumah sakit misalnya membaca buku cerita, menonton televisi, atau bermain mainan yang disukai. Anak akan berusaha untuk aktif (*active*), mencari jalan keluar dengan melakukan sesuatu secara aktif. Perilaku yang sering dilakukan seperti menanyakan kondisi sakitnya kepada petugas medis atau orang tuanya, bersikap kooperatif, minum obat secara teratur, dan mau beristirahat sesuai dengan peraturan.akhirnya, anak akan berusaha mencari dukungan dari orang lain (*support seeking*) untuk melepaskan tekanan yang dialaminya. Perilaku ini biasanya ditandai dengan permintaan anak untuk ditunggu selama dirawat di rumah sakit, didampingi saat menjalani *treatment*, dan minta dipeluk saat merasa kesakitan. (Supartini, 2004).

2.5.3 Penyebab kecemasan

Penyebab kecemasan pada anak akibat hospitalisasi menurut Wong (2008) adalah perpisahan dengan keluarga, stres akibat perubahan dari keadaan sehat biasa dan rutinitas lingkungan, cedera tubuh dan nyeri. Reaksi anak terhadap krisis-krisis tersebut dipengaruhi oleh usia perkembangan mereka, pengalaman mereka sebelumnya dengan penyakit, keterampilan koping yang mereka miliki dan mereka terima, keparahan diagnosis, dan sistem pendukung lain yang ada.

2.5.4 Manifestasi kecemasan

Manifestasi kecemasan pada anak terdiri dari beberapa fase (Nursalam, 2008):

1. *Fase protes (Phase of Protest)*

Tahap ini dimanifestasikan dengan menangis kuat, menjerit, dan memanggil ibunya atau menggunakan tingkah laku agresif, seperti menendang, menggigit, memukul, mencubit, mencoba untuk membuat orang tuanya tetap tinggal, dan menolak perhatian orang lain. Secara verbal, anak menyerang dengan rasa marah, seperti mengatakan “pergi!”. Perilaku tersebut dapat berlangsung dari beberapa jam sampai beberapa hari. Perilaku protes tersebut, seperti menangis, akan terus berlanjut dan hanya akan berhenti bila anak merasa kelelahan. Pendekatan dengan orang asing yang tergesa-gesanya akan meningkatkan protes.

2. *Fase putus asa (Phase of Despair)*

Pada tahap ini, anak tampak tegang, tangisnya berkurang, tidak aktif, kurang berminat untuk bermain, tidak ada nafsu makan, menarik diri, tidak mau berkomunikasi, sedih, apatis, dan regresi, misalnya, mengompol atau mengisap jari. Pada tahap ini, kondisi anak mengkhawatirkan karena menolak untuk makan atau bergerak.

3. *Fase menolak (Phase of Denial)*

Pada tahap ini secara samar-samar anak menerima perpisahan dan mulai tertarik pada apa yang ada di sekitarnya. Anak mulai membina hubungan apa adanya dengan orang lain. Anak sudah mulai kelihatan gembira. Fase ini biasanya terjadi setelah perpisahan yang lama dengan orang tua.

2.5.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pada anak

Menurut Moersintowarti (2008) faktor yang mempengaruhi kecemasan pada anak yang dirawat di rumah sakit antara lain:

- a. Lingkungan rumah sakit
- b. Bangunan rumah sakit
- c. Bau khas rumah sakit
- d. Obat-obatan
- e. Alat-alat medis
- f. Tindakan medis yang dilakukan pada anak, dan
- g. Petugas kesehatan

Reaksi Hospitalisasi pada anak yang timbul ketika hospitalisasi:

- a. Sering bertanya
- b. Menangis perlahan
- c. Tidak kooperatif terhadap petugas kesehatan
- d. Kehilangan kontrol
- e. Pembatasan aktivitas

Sering kali hal itu dipersepsikan anak sekolah sebagai bentuk hukuman, sehingga ada perasaan malu, takut yang menimbulkan reaksi agresif, marah, berontak, dan tidak mau bekerja sama dengan perawat.

2.5.6 Upaya yang di lakukan untuk mengatasi kecemasan pada anak

Menurut *Wong (2008)*, upaya untuk mengatasi kecemasan pada anak antara lain,

1. Melibatkan orang tua anak

Melibatkan orang tua setiap tindakan yang akan di lakukan kepada anak merupakan upaya dalam mengurangi kecemasan pada anak karena anak akan merasa terlindungi dengan kehadiran orang tua di samping mereka, terutama pada

anak berusia 1 – 3 tahun.

2. Modifikasi lingkungan rumah sakit

Upaya ini diharapkan agar anak tetap merasa nyaman dan tidak asing dengan lingkungan rumah sakit.

3. Peran dari petugas kesehatan rumah sakit (dokter, perawat, dan sebagainya)

Peran dari petugas kesehatan rumah sakit (dokter, perawat, dan sebagainya) khususnya perawat merupakan petugas yang paling dekat dengan anak selama perawatan di rumah sakit. Meskipun anak menolak kehadiran perawat namun perawat harus tetap memberikan dukungan dalam bentuk meluangkan waktu secara fisik dekat dengan anak, dan selalu menggunakan suara bernada menenangkan dan disertai sentuhan dengan kasih sayang.

2.5.7 Klasifikasi tingkat kecemasan

Menurut *Martin Tucker (2007)* klasifikasi tingkat kecemasan di bagi menjadi empat tingkatan yaitu,

1. Kecemasan ringan

Kecemasan ringan adalah kecemasan secara normal yang dapat memotivasi individu setiap hari agar melakukan aktivitas dan mampu menangani masalah. Batasan karakteristik kecemasan ringan meliputi, ketidaknyamanan ringan, gelisah, insomnia ringan, perubahan ringan pada nafsu makan, iritabilitas, mengulang pertanyaan, perilaku mencari perhatian, peningkatan kesiagaan, peningkatan persepsi dan pemecahan masalah, mudah marah, berfokus pada masalah masa depan, dan gerakan tidak tenang.

2. Kecemasan sedang

Kecemasan sedang adalah kecemasan yang mengganggu pembelajaran baru dengan pola menyempitkan area persepsi anak sehingga individu tersebut hanya mampu menangkap lebih sedikit, tetapi mampu mengikuti pembelajaran dengan arahan dari orang lain.

Batasan karakteristik kecemasan sedang ini meliputi perkembangan ansietas ingan, perhatian selektif pada lingkungan, konsentrasi pada hanya tugas individual, ketidaknyamanan subjektif sedang, peningkatan jumlah waktu yang digunakan pada situasi masalah, suara gemetar, perubahan puncak suara, takipnea, takikardia, tremor, peningkatan tegangan otot, menggigit kuku, mengetukkan jari, mengetukkan ibu jari kaki, atau mengayunkan kaki, peningkatan pikiran obsesif dan merenung, ketidakmampuan berkonsentrasi, panik, rasa bersalah, malu, menangis, dan iritabilitas.

3. Kecemasan berat

Selama episode kecemasan berat, dengan persepsi individu menyempit sampai titik ketika anak tidak dapat memecahkan masalah atau belajar. Fokusnya adalah pada detail yang kecil atau menyebar, dan pola komunikasi terganggu, pasien dapat menunjukkan banyak cara yang masih gagal untuk mengurangi ansietas dan biasanya mengungkapkan distress subjektif berat.

Batasan karakteristik kecemasan berat meliputi, rasa akan mengalami malapetaka, ketegangan otot luas (sakit kepala, spasme otot), diaforesis, perubahan pernapasan: mengeluarkan napas panjang dan dalam, *hiperventilasi*, *dispnea*, pusing, perubahan GI seperti mual, muntah, heartburn, bersendawa, anoreksia, dan diare atau konstipasi, perubahan kardiovaskuler misalnya,

takikardia, palpitasi, ketidaknyamanan prekordium, penurunan rentang persepsi hebat, ketidakmampuan belajar, ketidakmampuan berkonsentrasi, rasa terisolasi, kesulitan atau ketidaktepatan verbalisasi, aktivitas tanpa tujuan, dan rasa bermusuhan.

4. Tingkat panik

Kecemasan telah meningkat sampai tingkat individu tersebut sekarang membahayakan diri dan atau orang lain dan dapat menjadi imobilisasi atau menyerang secara acak. Batasan karakteristik kecemasan tingkat panik meliputi, hiperaktivitas atau imobilitas berat, rasa terisolasi yang ekstrem, kehilangan identitas disintegrasi kepribadian, gemeteran dan ketegangan otot yang hebat, ketidakmampuan berkomunikasi dalam kalimat yang lengkap, distorsi persepsi dan penilaian yang tidak realitas pada lingkungan dan atau ancaman, perilaku kacau dalam upaya melarikan diri, perilaku menyerang, perilaku menghindar, fobia, dan agorafobia.

2.5.8 Stressor pada Anak yang Dirawat di Rumah Sakit

Sakit dan dirawat di rumah sakit merupakan krisis utama yang tampak pada anak (Nursalam, Susilaningrum, dan Utami, 2005). Jika seorang anak dirawat di rumah sakit, maka anak tersebut akan mudah mengalami krisis karena anak mengalami stres akibat perubahan suasana yang dialaminya. Perubahan tersebut dapat berupa perubahan status kesehatan anak, perubahan lingkungan, maupun perubahan kebiasaan sehari-hari. Selain itu anak juga mempunyai keterbatasan dalam mekanisme koping untuk mengatasi masalah maupun kejadian-kejadian yang bersifat tekanan pada dirinya.

Stresor atau pemicu timbulnya stres pada anak yang dirawat di rumah sakit dapat berupa perubahan yang bersifat fisik, psiko-sosial, maupun spiritual. Perubahan lingkungan fisik ruangan seperti fasilitas tempat tidur yang sempit dan kurang nyaman, tingkat kebersihan kurang, dan pencahayaan yang terlalu terang atau terlalu redup dapat mempengaruhi stress pada anak. Selain itu suara yang gaduh dapat membuat anak merasa terganggu atau bahkan menjadi ketakutan. Keadaan dan warna dinding maupun tirai juga dapat membuat anak merasa kurang nyaman (Keliat, 1998).

Beberapa perubahan lingkungan fisik selama dirawat di rumah sakit dapat membuat anak merasa asing. Hal itu menjadikan anak merasa tidak aman dan tidak nyaman. Ditambah lagi, anak mengalami perubahan fisiologis yang tampak melalui tanda dan gejala yang dialaminya saat sakit. Adanya perlukaan dan rasa nyeri membuat anak terganggu. Reaksi anak usia toddler terhadap rasa nyeri sama seperti sewaktu masih bayi. Anak akan bereaksi terhadap nyeri dengan menyeringaikan wajah, menangis, mengatupkan gigi, menggigit bibir, membuka mata dengan lebar, atau melakukan tindakan agresif seperti menendang dan memukul. Namun, pada akhir periode balita anak biasanya sudah mampu mengkomunikasikan rasa nyeri yang mereka alami dan menunjukkan lokasi nyeri (Nursalam, Susilaningrum, dan Utami, 2005).

Selain perubahan pada lingkungan fisik, stressor pada anak yang dirawat di rumah sakit dapat berupa perubahan lingkungan psiko-sosial. Sebagai akibatnya, anak akan merasakan tekanan dan mengalami kecemasan, baik kecemasan yang bersifat ringan, sedang, hingga kecemasan yang bersifat berat.

Pada saat anak menjalani masa perawatan, anak harus berpisah dari lingkungannya yang lama serta orang-orang yang terdekat dengannya. Anak biasanya memiliki hubungan yang sangat dekat dengan ibu, akibatnya perpisahan dengan ibu akan menimbulkan rasa kehilangan pada anak. Ibu merupakan orang yang terdekat bagi dirinya dan akan meninggalkan lingkungan yang dikenalnya, sehingga pada akhirnya akan menimbulkan perasaan tidak aman dan rasa cemas (Nursalam, Susilaningrum, dan Utami, 2005).

Pada kondisi cemas akibat dari perpisahan, anak akan memberi respon berupa perubahan perilaku. Respon perilaku anak akibat perpisahan di bagi menjadi tiga tahap, yaitu tahap protes (*phase of protest*), tahap putus asa (*phase of despair*), dan tahap menolak (*phase of denial*).

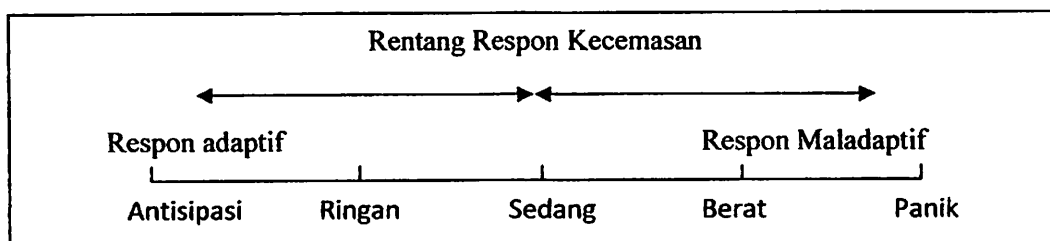
Pada tahap protes, reaksi anak ditunjukkan dengan tanda-tanda menangis sekeras-kerasnya, menjerit, memanggil orang tuanya atau menggunakan tingkah laku agresif agar orang lain tahu bahwa ia tidak ingin ditinggalkan orang tuanya dan menolak perhatian orang asing atau orang lain. Tahap putus asa menunjukkan adanya perilaku anak yang cenderung tampak tenang, tidak aktif, menarik diri, menangis berkurang, kurang minat untuk bermain, tidak nafsu makan, sedih, dan apatis.

Tahap berikutnya adalah tahap menolak biasanya anak samar-samar menerima perpisahan, membina hubungan dangkal dengan orang lain serta terlihat menyukai lingkungan. Anak mulai kelihatan gembira. Fase ini biasanya terjadi setelah anak berpisah lama dengan orang tua. Selain kecemasan akibat perpisahan, anak juga mengalami cemas akibat kehilangan kendali atas dirinya. Akibat sakit

dan dirawat di rumah sakit, anak akan kehilangan kebebasan dalam mengembangkan kemampuannya sendiri. Anak akan bereaksi negatif terhadap ketergantungan yang dialaminya, terutama anak sering menjadi cepat marah dan agresif (Nursalam, Susilaningrum, dan Utami, 2005).

Kecemasan yang tersebut muncul merupakan respon emosional terhadap penilaian sesuatu yang berbahaya, berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya (Stuart & Sundeen, 1998). Sedangkan menurut Gunarso (1995), kecemasan juga dapat diartikan rasa khawatir dan takut yang tidak jelas sebabnya. Sebuah penelitian yang dilakukan di Badan RSD Kepanjen dengan 20 responden untuk mengukur tingkat kecemasan klien yang menjalani rawat inap. Didapatkan skor tertinggi dari tingkat kecemasan klien yang dirawat di BRSD Kepanjen ruang A dan D adalah 83,3%, sedangkan tingkat kecemasan terendah adalah 52,1%. Hasil tersebut dianggap sebagai kategori berat dan persentase tingkat kecemasan klien rata-rata adalah 67,25%. Data tersebut termasuk klien yang mengalami peningkatan kecemasan selama masa perawatan (Sukoco, 2002).

Seseorang yang mengalami kecemasan memiliki rentang respon dan tingkatan yang berbeda-beda. Menurut Suliswati (2005), ada empat tingkat kecemasan yang dialami individu, yaitu kecemasan ringan, kecemasan sedang, kecemasan berat, serta panik.



Seseorang dapat dikatakan mengalami cemas ringan (*mild anxiety*) apabila dalam kehidupan sehari-hari seseorang kelihatan waspada ketika terdapat permasalahan. Pada kategori ini seseorang dapat menyelesaikan masalah secara efektif dan cenderung untuk belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreativitas. Pada kecemasan sedang (*moderat anxiety*) yang biasa terlihat pada seseorang adalah menurunnya penerimaan terhadap rangsangan dari luar karena individu cenderung fokus terhadap apa yang menjadi pusat perhatiannya. Sementara itu pada kategori kecemasan berat (*severe anxiety*) lahan persepsi seseorang sangat menyempit sehingga perhatian seseorang hanya tertuju pada hal-hal yang kecil dan tidak bisa berfikir hal lainnya. Kategori terakhir dari tingkat kecemasan adalah panik (*panic*). Panik merupakan tahap kecemasan yang paling berat. Pada kategori ini, biasanya seseorang tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Biasanya berhubungan dengan terperangah, ketakutan, dan teror. Dengan panik, terjadi peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional.

Rentang respon kecemasan dapat dikonseptualisasikan dalam rentang respon. Respon ini dapat digambarkan dalam rentang respon adaptif sampai maladaptif. Reaksi terhadap kecemasan dapat bersifat konstruktif dan destruktif. Konstruktif adalah motivasi seseorang untuk belajar memahami terhadap perubahan-perubahan terutama perubahan terhadap perasaan yang tidak nyaman dan berfokus pada kelangsungan hidup. Sedangkan reaksi destruktif adalah reaksi yang dapat menimbulkan tingkah laku maladaptif serta disfungsi yang

berhubungan dengan kecemasan berat atau panik (Suliswati, 2005).

Pada seseorang yang memiliki tanda dan gejala kecemasan dapat ditemukan dalam batasan karakteristik kecemasan yang berbeda (Tucker, 1998). Pada kecemasan tingkat ringan biasanya ditandai dengan perasaan agak tidak nyaman, gelisah, insomnia ringan akibat perubahan pola perilaku, dan terjadi perubahan nafsu makan ringan. Sementara itu pada kecemasan tingkat sedang merupakan pengembangan dari kecemasan tingkat ringan. Seseorang akan terlihat lebih terfokus pada lingkungan, konsentrasinya hanya pada tugas individu, dan jumlah waktu yang digunakan dalam mengatasi masalah menjadi bertambah. Selain hal itu, terjadi takipneu, takikardi, serta terjadi peningkatan ketegangan otot karena tindakan fisik yang berlebihan (Tarwoto dan Wartolah, 2004).

Tanda dan gejala pada kecemasan berat merupakan lanjutan dari kecemasan sedang. Seseorang yang mengalami kecemasan berat akan mengalami perasaan terancam, terjadi perubahan pernafasan, perubahan gastrointestinal, dan perubahan kardiovaskuler. Selain itu, seseorang yang mengalami kecemasan berat juga akan kehilangan kemampuan untuk berkonsentrasi (Stuart & Sundeen, 1998). Sementara itu, tanda dan gejala klinis dari kategori panik menurut Townsend (1998), merupakan gambaran dari kecemasan tingkat yang sangat berat dengan tanda hiperaktifitas atau imobilisasi berat.

Kecemasan yang timbul baik akibat perubahan fisik maupun psiko-sosial pada anak yang dirawat di rumah sakit membuat anak merasa tidak nyaman dan tertekan. Kondisi tersebut akan menimbulkan stress anak meningkat dan selama masa perawatan di rumah sakit itu anak akan cemas.

2.6 Konsep Usia Toodler

2.6.1 Pengertian anak usia toodler

Anak usia Toddler adalah anak pada periode 12-36 bulan. Masa ini merupakan masa eksplorasi lingkungan yang intensif karena anak berusaha mencari tahu bagaimana semua terjadi. (Wong, 2009).

Masa toddler berada dalam rentang dari masa kanak-kanak mulai berjalan sendiri sampai mereka berjalan dan berlari dengan mudah, yaitu mendekati usia 12 sampai 36 bulan. (Potter & Perry, 2005).

Anak usia toddler adalah masa lucu-lucunya anak, tetapi sekaligus masa yang melelahkan bagi orang tua. Banyak hal yang harus diketahui oleh orang tua karena tingkah laku “Toddler” sangat beragam seperti: agresif, menarik rambut, banyak kemauan, berbohong dan lain-lain, yang bila kita salah menyikapinya maka akan berdampak tidak baik bagi anak dalam perkembangan selanjutnya.

2.6.2 Perkembangan anak usia toddler

Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan. Perkembangan ini menyangkut adanya proses diferensiasi dari sel-sel tubuh, jaringan tubuh, organ-organ dan sistem organ yang berkembang secara optimal sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya. Termasuk juga perkembangan emosi, intelektual dan tingkah laku sebagai hasil interaksi dengan lingkungannya (Soetjiningsih, 1998, & Tanuwijaya, S. 2003).

Whaley dan Wong's (2000) mengemukakan pertumbuhan merupakan

bertambah jumlah dan besarnya sel seluruh bagian tubuh yang secara kuantitatif dapat diukur. Sedangkan perkembangan merupakan bertambahnya sempurnanya fungsi alat tubuh yang dapat dicapai melalui pertumbuhan pada kematangan belajar.

Usia 1 tahun merupakan usia yang penuh berbagai hal yang menarik antara lain berubah dalam cara makan, cara bergerak, juga dalam keinginan dan sikap atau perasaan si kecil apabila disuruh melakukan sesuatu yang tidak ia sukai, ini akan menyatakan sikap dan nalurinya mengatakan "tidak" baik dengan kata-kata maupun perbuatan, meskipun sebetulnya hal itu di sukai (Psikolog menyebutnya Negatifisme). Kenyataan ini berbeda pada saat usia di bawah satu tahun, si kecil akan menjadi seorang penyidik yang sangat menjengkelkan, mereka akan menyelinap keluar masuk setiap sudut rumah, menyentuh semua benda yang ditemukannya, menggoyangkan meja dan kursi, menjatuhkan benda apapun yang dapat dijatuhkan, memanjat apa yang bisa dipanjat, memasukkan benda-benda kecil kedalam benda yang lebih besar dan sebagainya. Dengan kata lain tangannya tidak bisa diam setiap hari (Hurlock, 2005).

Pada usia 2 tahun si kecil akan cenderung mengikuti orang tuanya kesana-kemari, ikut-ikutan menyapu, mengepel, menyiram tanaman, semua ini di lakukan dengan penuh kesungguhan. Pada usia 2 tahun anak sudah mulai belajar bergaul, ia senang sekali menonton anak lain bermain, perasaan takut dan cemas sering terjadi apabila orang tuanya meninggalkan anak sendiri. Seandainya orang tua harus bepergian lama atau memutuskan untuk kembali bekerja dan meminta bantuan orang lain untuk mengawasi anaknya, biasanya anak tidak rewel pada

saat orang tua pergi tetapi pada saat mereka kembali anak akan terus-menerus melekat pada ayah dan ibunya dan tidak mengizinkan siapapun juga mendekatinya, karena ia takut orang tuanya akan pergi lagi. Perasaan takut akan semakin menghambat pada saat tidur ia mau berbaring jika ayah atau ibunya duduk di sampingnya (Hurlock, 2005).

Anak pada usia 3 tahun biasanya lebih mudah dikendalikan karena anak sudah dalam perkembangan emosi, sehingga mereka menganggap ayah dan ibunya sebagai orang yang istimewa. Sikap permusuhan dan kebandelan yang muncul pada usia antara 2 ½ - 3 tahun tampaknya makin berkurang, Sikap pada orang tua bukan saja bersahabat tetapi sangat ramah dan hangat. Anak menjadi sangat patuh pada orang tuanya, sehingga mereka akan bertingkah laku baik dan menurut sekali. Jika keinginan mereka bertentangan dengan kehendak orang tuanya karena mereka tetap makhluk hidup yang mempunyai pendapat sendiri. Pada usia 3 tahun anak cenderung meniru apa pun yang dilakukan orang tuanya sehari-hari disebut proses identifikasi. Dalam proses inilah karakter anak dibentuk jauh lebih banyak dari petunjuk yang diterima dari orang tuanya, seperti membentuk model diri mereka, membina kepribadian, membentuk sikap dasar, baik terhadap pekerjaan, orang tua dan dirinya sendiri (Hurlock, 2005).

2.6.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak

1. Faktor herediter

Faktor ini merupakan faktor yang dapat diturunkan sebagai dasar dalam mencapai tumbuh kembang anak disamping faktor lain. Faktor herediter adalah

bawaan, jenis kelamin, ras, suku bangsa.

2. Faktor lingkungan

Faktor ini merupakan faktor yang memegang peranan penting dalam menentukan tercapai dan tidaknya potensi yang sudah dimiliki antara lain :

a) *Lingkungan pranatal*

Merupakan lingkungan dalam kandungan, mulai konsepsi lahir sampai yang meliputi gizi pada waktu ibu hamil, zat kimia atau toksin, kebiasaan merokok dan lain-lain.

b) *Lingkungan postnatal*

Seperti sosial ekonomi orang tua, nutrisi, iklim atau cuaca, olahraga, posisi anak dalam asuhan orang tua dan status kesehatan.

2.6.4 Perkembangan Kognitif

Kognitif adalah operasi-operasi atau prosedur-prosedur mental yang bisa digunakan individu untuk mendapatkan, menahan, serta mengambil kembali berbagai pengetahuan dan kepandaian (Rigney,1978 dalam Jonassen, 1987). Strategi kognitif mencerminkan bagaimana seseorang belajar, mengingat, dan berfikir serta bagaimana memotivasi diri mereka sendiri (Weinstein dan mayer, 1985 dalam Jonassen (1987). Jonassen (1987) menyimpulkan bahwa strategi-strategi kognitif merepresentasikan kegiatan-kegiatan kognitif yang sangat luas yang mendukung pembelajaran seseorang. Dengan demikian, jelas bahwa strategi kognitif sangat penting bagi siapa pun untuk mencapai kompetensi yang baik.

1. Sifat-sifat kognitif yang umumnya pada bayi toddler :

Menurut Jean Piaget pada usia 1-3 tahun anak sudah mampu untuk,

- a. Membedakan diri sendiri dengan setiap objek.
 - b. Mengenal diri sebagai pelaku kegiatan dan mulai bertindak dengan tujuan tertentu contohnya : menarik seutas tali untuk menggerakkan sebuah mobil atau menggerakkan mainan agar bersuara.
 - c. Menguasai keadaan tetap dari objek, misalnya : menyadari bahwa benda tetap ada meskipun tidak terjangkau oleh mata.
2. Sifat-sifat fisik kognitif yang umumnya pada bayi toddler :
- a. Sewaktu lahir, berat otak anak sekitar 27% berat otak orang dewasa. Sedangkan pada usia 2 tahun, berat otak anak sudah mencapai 90% dari berat otak orang dewasa (sekitar 1200 gram). Hal ini menunjukkan bahwa pada usia ini, masa perkembangan otak sangat pesat. Pertumbuhan ini memberikan implikasi terhadap kecerdasan anak.
 - b. Pada usia 1 – 2 tahun, anak memiliki rasa ingin tahu yang sangat besar. Pada usia ini, anak mengembangkan rasa keingintahuannya melalui beberapa hal sebagai berikut,
 1. Memahami kalimat yang terdiri dari beberapa kata. Pada usia 12–17 bulan, anak sudah dapat memahami kalimat yang terdiri atas rangkaian beberapa kata. Selain itu, anak juga sudah dapat mengembangkan komunikasi dengan menggunakan gerak tubuh, tangisan dan mimik wajah. Pada usia 13 bulan, anak sudah mulai dapat mengucapkan kata-kata sederhana seperti “mama” atau “papa”. Pada usia 17 bulan, umumnya anak sudah dapat mengucapkan kata ganti diri dan

merangkainya dengan beberapa kata sederhana dan mengutarakan pesan-pesan seperti: “ Adik mau susu.”

2. Cepat menangkap kata-kata baru. Pada usia 18 – 23 bulan, anak mengalami perkembangan yang pesat dalam mengucapkan kata-kata. Perbendaharaan kata anak-anak pada usia ini mencapai 50 kata. Selain itu, anak sudah mulai sadar bahwa setiap benda memiliki nama sehingga hal ini mendorong untuk mengasah kemampuan bahasanya dan belajar kata-kata baru lebih cepat.
3. Belajar melalui pengamatan / mengamati. Mulai usia 13 bulan, anak sudah mulai mengamati hal-hal di sekitarnya. Banyak “keajaiban” di sekitarnya mendorong rasa ingin tahu anak. Anak kemudian melakukan hal-hal yang sering dianggap bermain, padahal anak sedang mencari tahu apa yang akan terjadi kemudian setelah anak melakukan suatu hal sebagai pemuas rasa ingin tahunya. Pada usia 19 bulan, anak sudah dapat mengamati lingkungannya lebih detail dan menyadari hal-hal yang tidak semestinya terjadi berdasarkan pengalamannya.

2.6.5 Perkembangan Psikoseksual

Theori perkembangan psikoseksual yang dikemukakan oleh Freud mengatakan bahwa setiap makhluk hidup pasti mengalami pertumbuhan dan perkembangan, begitu pula dengan manusia. Freud mengatakan bahwa seksualitas adalah faktor pendorong terkuat untuk melakukan sesuatu dan bahwa pada masa anak-anak pasti akan mengalami ketertarikan akan kebutuhan seksual. Apabila tahap-tahap psikoseksual selesai dengan sukses, hasilnya adalah kepribadian yang sehat. Jika masalah tertentu tidak diselesaikan pada tahap yang tepat, fiksasi dapat terjadi. fiksasi adalah fokus yang gigih pada tahap awal psikoseksual. Sampai konflik ini diselesaikan, individu akan tetap “terjebak” dalam tahap ini. Misalnya, seseorang yang terpaku pada tahap oral mungkin terlalu bergantung pada orang lain dan dapat mencari rangsangan oral melalui merokok, minum, atau makan.

a. Sifat-sifat umum Perkembangan Psikoseksual Anak Pada Usia 1-3 Tahun dapat dibagi dua fase, yaitu,

1) Fase Anal

Pada fase ini fungsi tubuh yang memberi kepuasan berkisar pada sekitar anus. Tugas perkembangan yang harus dilalui anak adalah melakukan kontrol terhadap BAB dan BAK, dan apabila anak puas maka akan senang melakukan sendiri. Sedangkan bila tugas perkembangan tidak tercapai akan muncul beberapa masalah seperti anak akan menahan dan melakukannya dengan mempermainkan. Peran lingkungan disini adalah membantu anak untuk belajar mengontrol pengeluaran (melakukan Toilet Training), yaitu suatu konsep bersih dimana anak

belajar mengontrol pengeluaran tepat waktu dan tempat serta dapat melakukan dengan mandiri.

Adapun kriteria yang umumnya ditemukan pada masa ini antara lain :

- a. Kehidupan anak berpusat pada kesenangan anak terhadap dirinya sendiri, sangat egoistik, mulai mempelajari struktur tubuhnya.
- b. Pada fase ini tugas yang dapat dilaksanakan anak adalah latihan kebersihan.
- c. Anak senang menahan feses, bahkan bermain-main dengan fesesnya sesuai dengan keinginannya. Untuk itu *toilet training* adalah waktu yg tepat dilakukan dalam periode ini.
- d. Masalah yang dapat diperoleh pada tahap ini adalah bersifat obsesif (gangguan pikiran) dan bersifat impulsif yaitu dorongan membuka diri, tidak rapi, kurang pengendalian diri.

2) Fase Perkembangan Moral

Menurut Kohlberg, tingkatan pertama dari perkembangan moral adalah prekonvensional ketika anak merespon pada label “baik” atau “buruk”. Selama tahun kedua kehidupan, anak mulai belajar mengetahui beberapa aktifitas yang mendatangkan pengaruh dan persetujuan. Mereka juga mengenal ritual-ritual tertentu, seperti mengulang bagian dari doa-doa. Saat usia dua tahun, toddler belajar pada perilaku orang tua mereka yang berkaitan dengan urusan moral.

Pola disiplin mempengaruhi perkembangan moral toddler :

- a. Hukuman fisik dan pengambilan hak-hak khusus cenderung membentuk moral yang negatif.

- b. Menghilangkan cinta dan perasaan sebagai bentuk dari hukuman menimbulkan perasaan bersalah pada toddler.
- c. Disiplin diukur secara tepat dengan memberikan penjelasan yang sederhana mengapa perbuatannya tidak diperbolehkan, memberikan pujian terhadap perbuatan yang baik.

2.6.6 Perkembangan Psikososial

Menurut Erik H. Erikson teori perkembangan psikososial ini adalah salah satu teori kepribadian terbaik dalam psikologi. Seperti Sigmund Freud, Erikson percaya bahwa kepribadian berkembang dalam beberapa tingkatan. Salah satu bagian penting dari teori tingkatan psikososial Erikson adalah perkembangan persamaan ego. Persamaan ego adalah perasaan sadar yang kita kembangkan melalui interaksi sosial. Menurut Erikson, perkembangan ego selalu berubah berdasarkan pengalaman dan informasi baru yang kita dapatkan dalam berinteraksi dengan orang lain. Erikson juga percaya bahwa kemampuan memotivasi sikap dan perbuatan dapat membantu perkembangan menjadi positif, inilah alasan mengapa teori Erikson disebut sebagai teori perkembangan psikososial.

Erikson memaparkan teorinya melalui konsep polaritas yang bertingkat/bertahapan. Ada delapan tingkat perkembangan yang akan dilalui oleh manusia. Menariknya bahwa tingkatan ini bukanlah sebuah gradualitas. Manusia dapat naik ke tingkat berikutnya walau ia tidak tuntas pada tingkat sebelumnya. Setiap tingkatan dalam teori Erikson berhubungan dengan kemampuan dalam bidang kehidupan. Jika tingkatannya tertangani dengan baik, orang itu akan lebih

merasa pandai. Jika tingkatan itu tidak tertangani dengan baik, orang itu akan tampil dengan perasaan tidak selaras.

Dalam setiap tingkat, Erikson percaya bahwa setiap orang akan mengalami konflik/krisis yang merupakan titik balik dalam perkembangan psikosialnya. Erikson berpendapat, konflik-konflik ini berpusat pada perkembangan kualitas psikologi atau kegagalan untuk mengembangkan kualitas itu. Selama masa ini, potensi pertumbuhan pribadi meningkat. Begitu juga dengan potensi kegagalan.

2.6.7 Perkembangan Bahasa

Bahasa adalah alat berkomunikasi berdasarkan visual daripada rangsangan pendengaran, dan penglihatan, yang mempunyai tiga bentuk secara umum yaitu bahasa lisan, tulisan, dan bahasa isyarat.

Lev Vygotsky Tokoh psikologi Rusia menyatakan bahwa bahasa memegang peranan kunci dalam perkembangan kognitif anak. Bahasa adalah "alat" menuju kecerdasan-kecerdasan lain karena bahasa adalah alat untuk berkomunikasi. Misalnya saja, jika si kecil belajar matematika ia perlu memahami soal-soalnya. Itu berarti ia perlu memahami bahasa. Begitu juga dengan kecerdasan lainnya.

Pemerolehan bahasa pada anak usia 1 – 3 tahun merupakan proses yang bersifat fisik dan psikhis. Secara fisik, kemampuan anak dalam memproduksi kata-kata ditandai oleh perkembangan bibir, lidah, dan gigi mereka yang sedang tumbuh. Pada tahap tertentu pemerolehan bahasa (kemampuan mengucapkan dan memahami arti kata juga tidak lepas dari kemampuan mendengarkan, melihat, dan mengartikan simbol-simbol bunyi dengan kematangan otaknya. Sedangkan secara

psikis, kemampuan memproduksi kata-kata dan variasi ucapan sangat ditentukan oleh situasi emosional anak saat berlatih mengucapkan kata-kata itu sendiri. Anak-anak yang mendapat bimbingan dan dorongan moral yang sangat kuat akan memperoleh kata-kata yang banyak dan bervariasi dibandingkan anak-anak lainnya. Makalah ini menguraikan secara singkat dan sederhana proses pemerolehan bahasa tersebut secara pragmatis dan memaparkan beberapa contoh ucapan anak untuk fonem-fonem tertentu yang secara umum mengalami kesulitan dalam pengucapan (ditinjau secara fonologis).

Dari berbagai macam keuniversalan serta proses pemerolehan seperti yang baru saja digambarkan tampak bahwa pemerolehan bahasa seorang anak berkaitan erat dengan keuniversalan bahasa. Bahkan keterkaitan ini lebih menjurus lagi dalam arti bahwa ada elemen-elemen bahasa yang urutan pemerolehannya bersifat universal absolut, ada yang universal statistik, dan ada pula yang universal implikasional. (Soenjono Dardjowidjojo: 2003).

2.6.8 Perkembangan Fisik

Perkembangan fisik (motorik) merupakan proses tumbuh kembang sistem gerak seorang anak. Setiap gerakan yang dilakukan anak merupakan sistem interaksi yang kompleks dari berbagai bagian dan sistem dalam tubuh yang dikontrol oleh otak.

Perkembangan fisik ini terbagi menjadi dua yaitu, sistem motorik halus dan kasar :

1. Motorik Halus

a. Pengertian

Kemampuan motorik halus adalah kemampuan yang berhubungan dengan keterampilan fisik yang melibatkan otot kecil dan koordinasi mata-tangan. Saraf motorik halus ini dapat dilatih dan dikembangkan melalui kegiatan dan rangsangan yang rutin. Seperti, bermain puzzle, menyusun balok, memasukan benda ke dalam lubang sesuai bentuknya, membuat garis, melipat kertas dan sebagainya.

b. Kemampuan dasar motorik halus anak usia toddler secara umum sebagai berikut,

1. menggambar mengikuti bentuk
2. menarik garis vertikal, menjiplak bentuk lingkaran
3. membuka menutup kotak
4. menggunting kertas mengikuti pola garis lurus

2. Perkembangan Motorik Kasar

a. Pengertian

Kemampuan motorik kasar adalah kemampuan yang berhubungan dengan gerak-gerak kasar yang melibatkan sebagian besar organ tubuh seperti berlari, dan melompat. Perkembangan motorik kasar anak sangat dipengaruhi oleh proses kematangan anak itu sendiri karena proses kematangan anak juga dapat berbeda.

b. Kemampuan dasar motorik halus anak usia toddler secara umum

1. Berjalan dan berlari kecil di sekitar rumah
2. Mengangkat dan mengambil benda disekitarnya
3. Menari dengan gerakan kecil tangan dan kaki

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL &
HIPOTESIS PENELITIAN

3.2 Penjelasan kerangka konseptual

Kerangka konseptual di atas dapat dijabarkan bahwa kondisi anak usia toddler yang mengalami sakit dan dimasukkan RS, akan berdampak pada tekanan fisik dan mental anak. Tekanan fisik dan mental inilah yang diupayakan untuk diminimalisasi oleh perawat agar mudah diintervensi secara tepat. Usaha ini juga digunakan untuk membantu pasien agar lebih beradaptasi dengan situasi RS.

Jean Watson menjelaskan bahwa dalam memahami konsep keperawatan terkenal dengan teori pengetahuan manusia dan merawat manusia. Tolak ukur dalam pandangan Watson tersebut didasari pada unsur teori kemanusiaan. Pandangan teori Watson memandang manusia memiliki empat cabang kebutuhan manusia yang saling berhubungan diantaranya: (a) kebutuhan dasar biofisikal (kebutuhan untuk hidup) berupa kebutuhan makanan dan cairan, (b)kebutuhan eliminasi dan kebutuhan ventilasi, (c) kebutuhan psikofisikal (kebutuhan fungsional) yang meliputi kebutuhan aktifitas dan istirahat, kebutuhan seksual, kebutuhan psikososial (kebutuhan untuk integrasi) yang meliputi kebutuhan untuk berprestasi, kebutuhan organisasi, dan (d) kebutuhan intra dan interpersonal (kebutuhan untuk pengembangan) yaitu kebutuhan aktualisasi diri (Hidayat, 2007).

Model konsep Middle Range theory menjelaskan bahwa *Tipe dari* kenyamanan antara lain adalah *Relief, Ease, Transcendence*. Relief yaitu keadaan seorang pasien yang menemukan kebutuhan spesifiknya. Sedangkan ease adalah keadaan tenang atau senang dan Transcendence adalah Keadaan dimana satu kenaikan di atas satu masalah atau nyeri.

Karakteristik ini mempengaruhi perilaku caring atau perilaku perawatan yakni 10 faktor carative caring watson dalam memberikan terapi bermain pada anak, karakteristik anak meliputi usia, jenis kelamin, lama rawat, pengalaman dirawat sebelumnya, pengalaman dilakukan tindakan invasive dan karakteristik keluarga antara lain status sosial ekonomi keluarga dan pendidikan ibu.

Terapi bermain yang diberikan oleh perawat berdasarkan perilaku caring perawat 10 Carative Caring Watson diharapkan akan dapat menurunkan aktivitas amigdala sehingga memberikan persepsi dan respon emosi yang positif serta mekanisme coping yang positif pada anak terhadap lingkungan rumah sakit.

3.3 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini adalah

1. Terdapat hubungan antara karakteristik perawat dengan perilaku *caring dan transcultural nursing* terapi bermain pada anak usia toddler di RSUD dr.Moh. Anwar Sumenep.
2. Terdapat hubungan antara karakteristik anak dan karakteristik keluarga (orang tua) dengan stress hospitalisasi anak usia toddler di RSUD Moh. Anwar Sumenep.
3. Terdapat perbedaan model *caring dan transcultural nursing* terapi bermain sebelum dan setelah intervensi di RSUD dr.Moh. Anwar Sumenep.
4. Terdapat pengaruh model *caring dan transcultural nursing* terapi bermain terhadap stress hospitalisasi anak usia toddler di RSUD dr. Moh. Anwar Sumenep.

BAB 4

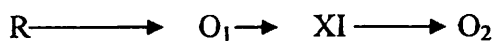
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah *pra-eksperimental design* dengan menggunakan rancangan penelitian *One-group pra post test design* yaitu mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subjek. Penelitian ini hanya melakukan intervensi pada satu kelompok tanpa pembandingan. Kelompok Subjek diobservasi sebelum dilakukan intervensi kemudian diobservasi setelah intervensi (Nursalam, 2003). Penelitian ini menganalisis upaya meminimalisasi stres hospitalisasi pada anak toddler melalui terapi bermain dengan pendekatan model caring dan transcultural nursing. Kelompok responden perawat dikenai intervensi model caring dan transkultural nursing terapi bermain melalui sosialisasi dan pelatihan. Perawat mengimplementasikan model tersebut kepada anak usia toddler yang dirawat di ruang anak setelah mendapatkan sosialisasi dan pelatihan model caring dan transcultural nursing dengan terapi bermain. Pengukuran ulang pada kelompok responden perawat pelaksana dilakukan setelah implementasi ke anak observasi kenyamanan hospitalisasi pada anak setelah mendapatkan perlakuan. Sedangkan pada anak hospitalisasi sebelum dilakukan intervensi diobservasi kecemasannya terlebih dahulu kemudian setelah dilakukan intervensi terapi bermain oleh perawat maka dilakukan observasi setelah intervensi. Dengan desain penelitian sebagai berikut:



Gambar 4.1 desain penelitian

Keterangan :

R1 : Responden penelitian

O₁ : *pretest* kelompok perlakuan

XI : Intervensi perlakuan

O₂ : *post test* kelompok perlakuan

4.2 Populasi, sampel, dan Teknik Sampling

4.2.1. Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah

Semua anak toddler dan orang tua anak di ruang rawat inap anak RSUD dr. Moh Anwar Sumenep sebanyak 12 orang.

Semua perawat yang bertugas di di ruang rawat inap anak RSUD dr. Moh Anwar Sumenep sebanyak 12 orang perawat.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel dalam penelitian sebagai berikut :

Semua anak toddler dan orang tua anak di ruang rawat inap anak RSUD dr. Moh Anwar Sumenep dengan ketentuan:

- a. Kriteria inklusi untuk sampel anak: Klien yang saat penelitian mengalami sakit yang tidak kritis atau kesadaran composmetis minimal telah dirawat 1 hari dan telah dinyatakan dokter dapat mengikuti terapi bermain.

Kriteria inklusi orang tua anak sesuai dengan kriteria inklusi anak yang memiliki hubungan darah dengan anak atau yang merawatnya sejak kecil sampai sekarang.

- b. Kriteria eksklusi: Anak yang kesadarannya menurun atau dokter menyatakan untuk tidak diikuti menjadi responden, untuk orang tua anak yaitu orang tua yang tidak memiliki hubungan darah atau yang tidak tinggal se rumah dengan anak, responden tidak bersedia menjadi responden.

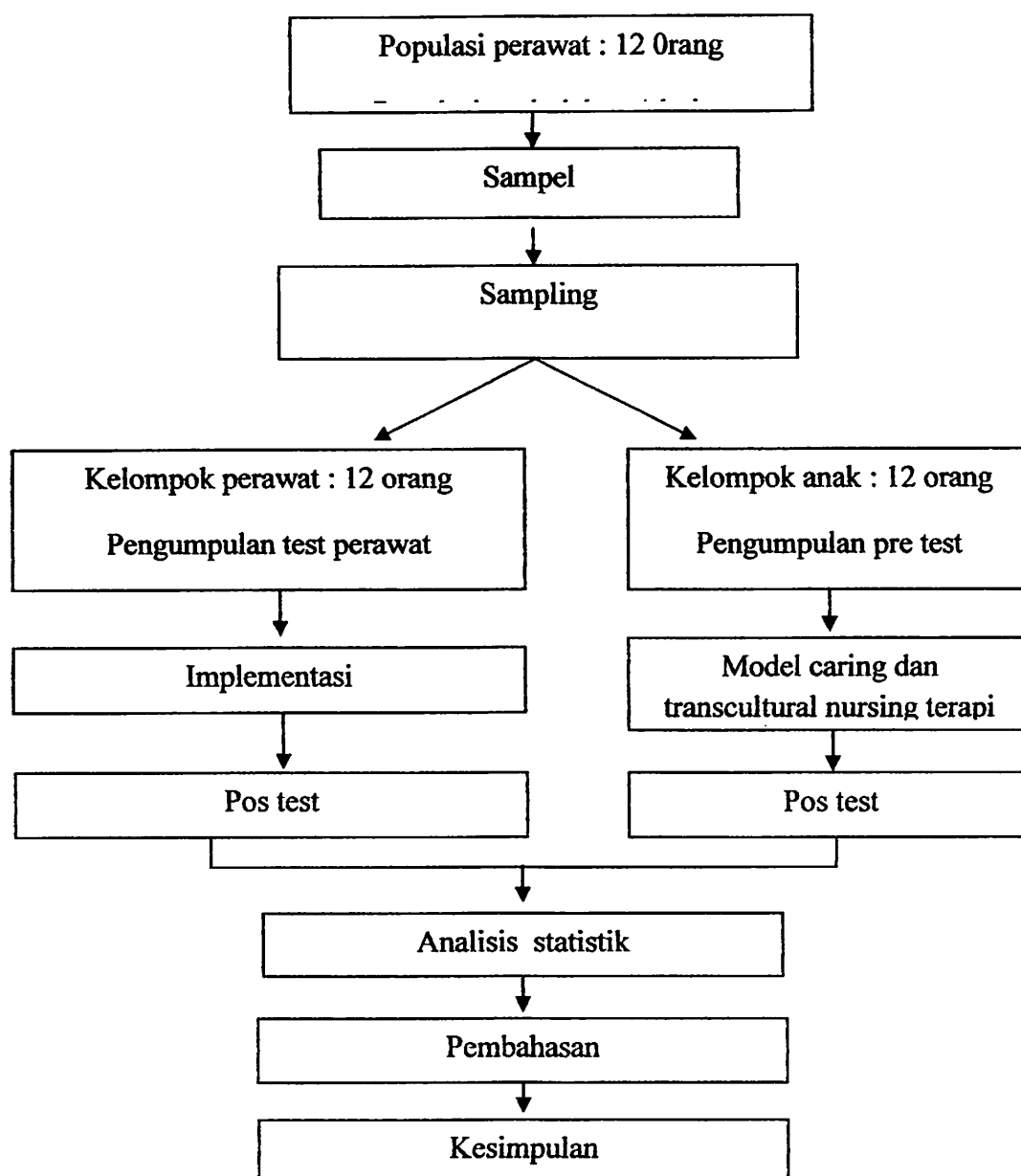
Semua perawat yang bertugas di di ruang rawat inap anak RSUD dr. Moh Anwar Sumenep sebanyak 12 orang perawat. Sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

- a. Perawat diruang anak tidak sedang cuti
- b. Perawat yang mengikuti pelatihan terapi bermain
- c. Bersedia menjadi responden penelitian dengan menandatangani *inform consent* baik anak, orang tua anak maupun perawat

4.2.3. Teknik sampling

Teknik pengambilan sampel yang dilakukan pada anak dan orang tua anak dengan cara *consecutive sampling* adalah pemilihan sampel dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria penelitian kemudian dimasukkan dalam penelitian ini sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah klien yang diperlukan terpenuhi (Nursalam, 2013). Untuk teknik pengambilan sampel perawat menggunakan *total sampling* yaitu cara pengambilan sampel dengan mengambil seluruh anggota populasi perawat menjadi sampel yaitu 12 orang. Cara ini digunakan karena populasinya kecil, kurang dari 40 orang.

4.3. Kerangka Operasional



Gambar 4.3 Kerangka operasional penelitian model caring dan transcultural nursing terapi bermain dalam meminimalkan stress hospitalisasi pada anak toddler di ruang anak RSUD dr.Moh. Anwar Sumenep.

4.4 Variabel Penelitian dan Definisi operasional

4.4.1. Variabel Penelitian

4.4.1.1 Variabel Independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah model caring dan model transcultural nursing terapi bermain. Model caring terapi bermain edukatif yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah pelaksanaan 10 faktor caratif caring dari Watson dan model transcultural nursing teorinya Leinenger dengan melihat nilai budaya dan karekteristik pasien yang dirawat dengan terapi bermain diberikan oleh perawat kepada pasien anak toddler yang hospitalisasi di ruang anak RSUD dr. Moh Anwar Sumenep dan melihat dari karekteristik perawat dalam memberikan intervensi saat melakukan tindakan

4.4.1. 2. Variabel Dependen

Variabel Dependen penelitian ini adalah kecemasan (stres hospitalisasi) dan kenyamanan pada anak toddler yang di rawat di ruang anak RSUD Dr. Moh Anwar Sumenep.

4.5 Definisi operasional

Tabel 4.5 Definisi operasional

Variabel Penelitian	Devinisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
		Variabel Independen			
Model caring terapi bermain	Persepsi orang tua terhadap perawat tentang perilaku memberikan asuhan keperawatan dengan caring terapi bermain kepada pasien anak usia toddler yang terdiagnosis penyakit dengan menggunakan kategori 10 faktor carative caring Watson	Model perawatan terapi bermain pada anak toddler: 10 faktor carative caring Watson 2. Pembentukan faktor nilai humanistik dan altruistik. 3. Menanamkan keyakinan dan harapan (faith-hope). 4. Menanamkan sensitifitas terhadap diri sendiri dan orang lain. 5. Membina hubungan saling percaya dan saling membantu (helping-trust). 6. Meningkatkan dan menerima ekspresi perasaan positif dan negatif 7. Menggunakan metode pemecahan masalah yang sistematis dalam pengambilan keputusan. 8. Meningkatkan proses belajar mengajar interpersonal. 9. Menyediakan lingkungan yang mendukung, melindungi, memperbaiki mental, sosiokultural dan spiritual. 10. Membantu dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia. 11. Mengembangkan faktor kekuatan eksistensial-fenomologis.	Observasi terhadap perilaku caring perawat pada intervensi terapi bermain dengan penilaian dilakukan oleh orang tua anak yang sakit	Ordinal	Menggunakan skala linker: pernyataan (+) 1: tidak pernah 2: jarang 3: sering 4: selalu Pernyataan (-) berlaku sebaliknya. Rentang skor komulatif adalah 36-144 Parameter perawatan terapi bermain berdasarkan nilai mean: Pre 1: Kurang: < 88,90 2: Baik : ≥ 88,90 Post 1: Kurang: < 88,90 2: Baik : ≥ 88,90
Transcultural nursing "sunrice care"	suatu pelayanan keperawatan yang berfokus pada analisis dan studi perbandingan tentang perbedaan budaya sesuai dengan tujuh komponen dimensi	Tiga prinsip asuhan keperawatan transkultural, yaitu : 1. culture care preservation / maintenance, 2. Culture care accommodation /	Kuesioner yang berisi tentang yang diisi oleh orang tua anak tentang perilaku perawat		Menggunakan skala linker: pernyataan (+) 1: tidak pernah 2: jarang 3: sering 4: selalu Pernyataan (-) berlaku sebaliknya.

	budaya dan struktur sosial yang saling berinteraksi <i>Leininger</i>	3.	negatiation, culture repatterning restructuring,	care /	dengan model transcultural nursing	Rentang skor kumulatif adalah 36-144 Parameter perawatan bermain berdasarkan nilai mean: Pre 1:Kurang : < 88,90 2:Baik : ≥ 88,90 Post 1:Kurang : < 88,90 2:Baik : ≥ 88,90
Variabel Dependen						
Stres Hospitalisasi anak toddler	Stress adalah bentuk ketegangan dari fisik, psikis, emosi maupun mental.	Tanda-tanda atau gejala yang tampak saat anak dirawat dirumah sakit berupa respon perasaan terhadap sesuatu yang dibayangkan akan terjadi yang timbul sebagai akibat stres hospitalisasi	Observasi terhadap perilaku yang ditampilkan oleh anak yang didapatkan dari hasil pengamatan orangtua dengan menggunakan lembar observasi yang terdiri dari 15 item.	Interval	Menjumlahkan hasil ukur yang dinyatakan dalam skor dengan nilai minimal 15 dan nilai maksimal 60 a.Selalu : menunjukkan respon 76-100% b.sering : menunjukkan respon perilaku 51-75% c.kadang:menunjukkan respon perilaku 26-50% d.tidak pernah : menunjukkan respon perilaku 0-25%	

4.6 Alat dan Bahan Penelitian

Penelitian ini membutuhkan bahan penelitian antara lain: alat tulis, lembar kuesioner, dan tempat yang nyaman untuk responden pada saat sesi terapi bermain dengan menggunakan permainan dengan teknik pendekatan *caring* dan *transcultural nursing* sesuai dengan usia toddler boneka tangan dengan wujud pak sakira dan istrinya dengan buku cerita masyarakat madura. Boneka yang digunakan bisa disterilkan sehingga aman digunakan pasien.

4.7 Instrumen Penelitian

Instrumen Penelitian ini menggunakan instrument penelitian sebagai berikut:

1. Kuesioner skala likert yang memuat variabel yang diukur yaitu intervensi terapi bermain dengan pendekatan model *caring* dan *transcultural nursing* yang dimodifikasi dengan 10 faktor *caratif caring watson* dan *transcultural nursing leininger*. Kuesioner dibutuhkan untuk mengetahui perilaku *caring* dan *transcultural nursing* perawat dalam memberikan terapi bermain sebelum dan setelah diberikan intervensi. Kuesioner perilaku *caring* ada 32 item dan *transcultural nursing* perawat dalam memberikan terapi bermain terdiri dari 11 pernyataan, Kuesioner diberikan pada orang tua anak untuk diisi dan dinilai bagaimana perilaku perawat pada saat memberikan intervensi tersebut.
2. Observasi dilakukan pada variabel kecemasan dan kenyamanan hospitalisasi anak dengan menggunakan lembar observasi, lembar observasi dimodifikasi dengan *check list* pengukuran stres hospitalisasi. Lembar observasi terdiri dari 11 item yang diobservasi untuk menilai stres hospitalisasi anak sebelum dan setelah diberikan intervensi oleh perawat yaitu berupa *check list*.
3. Untuk perawat sendiri dilakukan pelatihan tentang terapi bermain yang sesuai pendekatan *caring watson* dan *transcultural nursing* Leinenger. Proses pemberian intervensi terapi bermain akan dilakukan dalam dua kali pertemuan atau 2 hari setelah *pre test*, pemberian intervensi dilaksanakan selama 30 menit.

4.8 Uji Instrumen

1) uji validitas

Validitas menunjukkan berapa dekat alat ukur menyatakan apa yang seharusnya diukur, untuk mendapatkan data yang relevan dengan apa yang sedang diukur (Dempsey & Dempsey, 2006; Sastroasmoro & Ismael, 2011). Terdapat 3 pendekatan utama untuk menilai validitas terdiri dari validitas isi, validitas standar dan validitas konsep.

Uji validitas pada penelitian ini menggunakan 2 cara yaitu uji validitas isi dan uji validitas standar. Uji validitas isi dilakukan dengan konsultasi kepada para pakar bidang keperawatan anak berkenaan dengan isi dan kedalaman pertanyaan yang pada hal ini dilakukan pada pembimbing, sedangkan uji validitas standar dilakukan dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor totalnya. Suatu pertanyaan dalam variabel dinyatakan valid jika skor variabel tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya. Suatu pernyataan dalam variabel dinyatakan valid jika skor variabel tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya. Teknik korelasi yang digunakan adalah *korelasi Pearson Product Moment* dengan membandingkan nilai r tabel dan r hitung. Pernyataan dinyatakan valid jika nilai r tabel maka pernyataan dinyatakan tidak valid. Pengujian validitas instrumen pada penelitian ini dilakukan terhadap 12 responden. Hasil pengujian validitas dan reliabilitas terlampir.

2) Uji Reliabilitas

Reliabilitas menunjukkan keandalan seandainya alat pengukur yang sama itu digunakan oleh orang yang sama dalam waktu yang berlainan atau digunakan

oleh orang-orang yang berlainan dalam waktu yang bersamaan ataupun berlainan, yang secara implisit juga mengandung objektivitas. Uji reliabilitas item instrumen diuji dengan menggunakan uji *Cronbach Alpha*, (Uyanto, 2006). Prinsip pengujian pada *Cronbach Alpha* adalah membandingkan nilai r hasil dengan r tabel. Jika nilai r *Cronbach Alpha* \geq nilai r tabel maka pernyataan tersebut reliabel, sebaliknya jika nilai r *Cronbach Alpha* \leq nilai r tabel maka pernyataan tersebut reliabel. Kuesioner telah diuji reliabilitas dengan perolehan nilai r *Cronbach Alpha* untuk instrumen model caring dan transcultural nursing dalam memberikan terapi bermain = $0,958 \geq$ nilai r tabel = $0,514$ maka pernyataan tersebut reliabel.

4.9 Lokasi dan waktu penelitian

4.9.1 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian ini adalah di ruang anak Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moh Anwar Sumenep.

4.9.2 Waktu penelitian

Pengambilan data pada penelitian ini dilaksanakan pada bulan Maret–Mei 2014

4.10 Prosedur Pengambilan/Pengumpulan Data

Peneliti meminta surat permohonan pengambilan data dari dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga setelah lulus uji *ethical clearance* untuk diserahkan ke Kesbanglinmaspol Kabupaten Sumenep. Kesbanglinmaspol Kabupaten Sumenep mengeluarkan surat ijin penelitian untuk diserahkan kepada

RSUD dr. Moh Anwar Sumenep. Peneliti melapor diri kemudian mulai melakukan Pengumpulan data dimulai dengan menentukan sampel diruang anak RSUD Dr. Moh Anwar Sumenep, dengan tehnik *total sampling*, yaitu responden yang dirawat di ruang anak dengan usia toddler pada saat itu dan semua perawat ruangan anak. Prosedur pengumpulan data dengan diberikan penjelasan tentang penelitian ini kemudian diberikan inform consent, sampel yang bersedia dan menandatangani inform consent dijadikan sampel penelitian kemudian responden mengisi kuesioner oleh perawat dan orang tua dari pascin anak. Observasi dilakukan pada anak toddler untuk mengetahui stres hospitalisasi atau ketidaknyamanan hospitalisasi anak, prosesnya sebagai berikut :

- 1) Pre test pada perawat dengan membagikan kuisisioner caring perawat dan transcultural nursing terapi bermain untuk diisi oleh perawat, Untuk pre test pada anak yaitu kuesioner kecemasan dengan diisi oleh orang tua pasien kemudian merekap hasil pre test.
- 2) Observasi stres hospitalisasi (kecemasan) anak dilakukan peneliti dan implementasi dilakukan oleh perawat kepada pasien anak toddler. Observasi kecemasan (stres hospitalisasi) dan kenyamanan hospitalisasi anak dilakukan sebelum dan setelah dilakukan implementasi model caring transcultural nursing perawat dengan menggunakan lembar observasi. Observasi awal tepatnya pada anak yang baru masuk RS yang mendapatkan tindakan pemasangan infuse. Observasi akhir dilakukan 24 jam setelah mendapatkan terapi bermain berupa permainan APE usia toddler.

- 3) Post test responden kelompok perawat dilakukan 24 jam setelah perawat mengaplikasikan model perawatan terapi bermain pada anak toddler.
- 4) Rekomendasi prosedur pelaksanaan model *caring* dan *transcultural nursing* terapi bermain ditanda tangani oleh direktur RSUD Moh Anwar Sumenep untuk mensosialisasikan dan diterapkan oleh perawat ruang anak. Sosialisasi dan latihan model *caring* dan *transcultural nursing* terapi bermain oleh peneliti kepada perawat ruangan anak.

4.11. Pengolahan Data dan Cara Analisis Data

4.11.1 Pengolahan Data

Data dikumpulkan kemudian dilakukan proses pengolahan data yang dimulai dengan editing untuk memeriksa kembali data yang terkumpul dan coding yaitu memberikan kode tertentu pada setiap data sehingga memudahkan dalam melakukan analisa data, scoring yaitu mengelompokkan data berdasarkan skor tertentu mulai dari model *caring* dan *transcultural nursing* terapi bermain, karakteristik perawat, karakteristik anak, karakteristik orang tua dan stres hospitalisasi. Tahap lanjutan adalah entry data dan tabulasi data.

4.9.2 Analisis data

Hasil pengolahan data akan dianalisis dengan bantuan perangkat lunak SPSS. Analisis data dalam penelitian ini dengan tahapan sebagai berikut :

1. Analisis deskriptif

Analisis deskriptif bertujuan untuk menjelaskan karakteristik setiap variabel penelitian (notoatmojo. Analisis univariat dalam penelitian ini berbentuk data kategorik dan untuk mendeskripsikan variabel karakteristik perawat terdiri

dari umur, gender, pendidikan, jenis kelamin, lama dirawat, pengalaman dirawat sebelumnya, pengalaman dilakukan tindakan tindakan invasive sebelumnya dan karakteristik orang tua terdiri dari umur, gender, pendidikan, status perkawinan, masa kerja, pelatihan. Karakteristik anak meliputi : usia, jenis kelamin, lama dirawat, pengalaman dirawat sebelumnya, pengalaman dilakukan tindakan invasive sebelumnya dan karakteristik orang tua terdiri dari status social ekonomi orang tua dan pendidikan, serta variabel transcultural nursing berupa Tiga prinsip asuhan keperawatan transkultur, yaitu: *culture care preservation / maintenance*, *Culture care accommodation/negotiation*, *culture care repatterning / restructuring*, dan kemudian disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan persentasi.

2. Analisis analitik

Analisis analitik terdiri atas analisis bivariant dan analisis multivariate. Analisis bivariant dilakukan terhadap 2 variabel yang diduga berkorelasi (notoatmojo, 2010). Analisis bivariant yang digunakan dalam penelitian ini disesuaikan dengan data yang ada pada variabel yang diteliti yaitu variabel independent, variabel dependen. Variabel berskala ordinal menggunakan uji *wilcoxon* untuk melihat perbedaan sebelum dan sesudah dilakukan perlakuan dari masing-masing variabel yaitu caring dan transcultural nursing terapi bermain dan kecemasan atau stres hospitalisasi. Variabel yang berskala nominal menggunakan uji *fixer's exact test* untuk melihat hubungan antara tiap variabel. Hipotesis alternatif diterima jika $p < 0.05$.

4.12.

4.13. Etika Penelitian

Untuk menjaga etika dalam penelitian dan tidak merugikan responden maka dilakukan beberapa hal sebagai berikut: Peneliti mengikuti uji laik etik dan telah mendapat sertifikat laik etik dari LPPM Universitas Airlangga. Mengajukan ijin permohonan kepada Direktur RSUD dr. Moh Anwar Sumenep untuk mendapatkan persetujuan. Memberikan penjelasan tentang penelitian dan Lembar persetujuan penelitian yang ditanda tangani responden, jika responden tidak menyetujui maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak-haknya. Responden juga dapat mengundurkan diri jika didalam pelaksanaan penelitian responden merasa dirugikan. *Anonimity* (tanpa nama) Untuk menjaga kerahasiaan identitas subyek, peneliti tidak akan mencantumkan nama subyek pada lembar pengumpulan data yang diisi oleh subyek, lembar tersebut hanya diberi kode tertentu. Responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini baik perawat maupun orang tua pasien bebas untuk memutuskan untuk berpartisipasi atau tidak setelah mendapatkan penjelasan penelitian. *Informed concent* (lembar persetujuan) diberikan setelah mereka tanpa ada perasaan ditipu atau dipaksa yang diharapkan dengan keterlibatan mereka mereka tanpa ada perasaan ditipu atau dipaksa untuk berpartisipasi dalam penelitian. *eneficiency* dan *non maleficiency* prinsip ini merefleksikan mengutamakan manfaat dan tidak merugikan responden. Dalam penelitian ini, perlakuan diberikan semata-mata untuk memberi manfaat pada responden perawat dalam memberikan model perawatan terapi bermain. Perlakuan di semua proses penelitian diterapkan dengan tidak menyebabkan cedera fisik maupun psikis dan ditujukan untuk mendapatkan manfaat. Model

caring dan transcultural nursing terapi bermain diberikan sesuai dengan jadwal yang telah disepakati dengan responden dan bertujuan untuk meningkatkan perilaku caring dan transcultural nursing perawat dalam memberikan terapi bermain pada anak sehingga out put adalah kenyamanan pasien pada saat hospitalisasi.

Confidentiality (kerahasiaan) informasi yang telah diberikan oleh subyek dijamin oleh peneliti. Data hanya akan disajikan kepada kelompok tertentu yang berhubungan dengan penelitian ini dan tanpa menyebutkan identitas responden.

BAB 5
ANALISIS HASIL PENELITIAN

BAB 5

HASIL DAN ANALISA PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum RSUD dr. Moh. Anwar Sumenep

Tempat pengambilan data untuk penelitian ini adalah ruang Anak RSUD. Dr. H. Moh. Anwar Sumenep. Rumah sakit ini merupakan rumah sakit milik Pemerintah Daerah Tingkat II dengan akreditasi rumah sakit tipe C+ non pendidikan.

Visi RSUD. Dr. H. Moh. Anwar Sumenep adalah yang Terbaik, Dikagumi dan Menjadi Pilihan Utama dalam Pelayanan Kesehatan di Wilayah Kabupaten Sumenep dan Sekitarnya, sedangkan misi RSUD. Dr. H. Moh. Anwar Sumenep adalah 1) Menjadi Rumah Sakit Terpercaya. 2) Menjadi Rumah Sakit yang paling sehat dan inovatif dalam memenuhi kebutuhan masyarakat. 3) Menjadi Rumah Sakit yang dikelola secara profesional.

Ruang Anak mempunyai 7 kamar pasien dengan 28 kapasitas tempat tidur. Ruang Anak mempunyai jumlah karyawan sebanyak 18 orang yang terdiri dari 1 orang kepala ruangan, 1 orang wakil kepala ruangan, 11 orang perawat, 1 orang administrasi dan dibantu oleh 5 orang tenaga kebersihan.

5.2 Analisa hasil Penelitian

5.2.1 Data Umum

5.1 Karakteristik Anak

Sampel penelitian ini adalah pasien yang dirawat inap di ruang anak berjumlah 12 orang meliputi :

Tabel 5.1. Karakteristik anak hospitalisasi di Ruang Anak RSUD dr. H. Moh. Anwar Sumenep pada Bulan Maret – Mei 2014 (n=12)

Karakteristik	Frekuensi	Persentase
Umur		
1 – 2 Thn	2	16.7 %
2- 3 Thn	6	50 %
3-4 Thn	4	33.3 %
Total	12	100 %
Jenis kelamin		
Laki-Laki	4	33.3 %
Perempuan	8	66.7 %
Total	12	100 %
Lama hari dirawat		
1-3 Hari	11	91.7 %
> 3 Hari	1	8.3 %
Total	12	100 %
Pengalaman dirawat sebelumnya		
Pernah	5	41.7 %
Tidak pernah	7	58.3 %
Total	12	100 %
Pengalaman invasive		
Pernah	5	41.7 %
Tidak pernah	7	58.3 %
Total	12	100 %

Distribusi Data Responden Berdasarkan Karakteristik anak

Berdasarkan tabel 5.1. dapat dilihat bahwa Karakteristik responden berdasarkan umur menunjukkan pasien berumur 1 tahun sebanyak 2 anak (16.7%), dan umur 2 tahun sebanyak 6 anak (50%) serta umur 3 tahun sebanyak 4 anak (33.3%)

Berdasarkan tabel 5.1. dapat dilihat bahwa Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin menunjukkan pasien laki-laki sebanyak 4 anak (33.3%), dan pasien perempuan sebanyak 8 anak (66.7%).

Berdasarkan tabel 5.1. dapat dilihat bahwa Karakteristik responden berdasarkan lama hari dirawat menunjukkan pasien yang dirawat selama 1-3 hari sebanyak 11 anak (91.7%), dan lebih dari 3 hari sebanyak 1 anak (8.3%).

Berdasarkan tabel 5.1. dapat dilihat bahwa Karakteristik responden berdasarkan Pengalaman dirawat sebelumnya menunjukkan pasien yang pernah dirawat sebelumnya sebanyak 5 anak (41.7%), dan yang belum pernah dirawat sebelumnya sebanyak 7 anak (58.3%).

Berdasarkan tabel 5.1. dapat dilihat bahwa Karakteristik responden berdasarkan Pengalaman pernah dilakukan invasive menunjukkan sebanyak 5 anak (41.7%), pernah dilakukan invasive dan sebanyak 7 anak (58.3%) belum pernah dilakukan invasive.

5.2 Karakteristik Orang tua

Berdasarkan tabel 5.2. dapat dilihat bahwa Karakteristik responden berdasarkan penghasilan orang tua menunjukkan sebanyak 12 orang (100%), berpenghasilan < 1 juta.

Berdasarkan tabel 5.2. dapat dilihat bahwa Karakteristik responden berdasarkan pendidikan orang tua menunjukkan sebanyak 8 orang tua (66.7%) lulusan SD, sebanyak 1 orang tua (8.3%) lulusan SMP, sebanyak 2 orang tua (16.7%) lulusan SMA dan sebanyak 1 orang tua (8.3%) lulusan PT.

Tabel 5.2. Karakteristik orang tua pada anak hospitalisasi di Ruang Anak RSUD dr. H. Moh. Anwar Sumenep pada Bulan Maret – Mei 2014 (n=12)

Karakteristik	Frekuensi	Persentase
Penghasilan		
< 1 juta	12	100 %
≥ 1 juta	0	
Total	12	100 %
Pendidikan		
SD	8	66.7 %
SMP	1	8.3 %
SMA	2	16.7 %
PT	1	8.3 %
Total	12	100 %
Pekerjaan		
Swasta	12	100 %
PNS	0	0
Total	12	100 %
Status ekonomi		
Rendah	12	100 %
Tinggi	0	
Total	12	100 %

Distribusi Data Responden Berdasarkan Karakteristik orang tua

Berdasarkan tabel 5.2. dapat dilihat bahwa Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan orang tua menunjukkan sebanyak 12 orang tua (100%) bekerja sebagai swasta.

Berdasarkan tabel 5.2. dapat dilihat bahwa Karakteristik responden berdasarkan status ekonomi orang tua menunjukkan sebanyak 12 orang tua (100%) berstatus ekonomi rendah.

5.2.1.3 Karakteristik perawat

Tabel 5.4. Karakteristik perawat di Ruang Anak RSUD dr. H. Moh. Anwar Sumenep pada Bulan Maret – Mei 2014 (n=12)

Karakteristik	Frekuensi	Persentase
Umur		
< 30 Thn	1	8,3%
31-45 Thn	11	91,7%
Total	12	100 %
Jenis kelamin		
Laki-laki	2	16,7%
Perempuan	10	83,3%
Total	12	100 %
Tingkat pendidikan		
SPK	1	8,3%
D III Kperawatan	10	83,3%
S1 Keperawatan	1	8,3%
Total	12	100 %
Masa kerja		
1-5 tahun	0	0%
6-10 tahun	8	66,7%
11-15 tahun	4	33,3%
Total	12	100 %
Keikutsertaan pelatihan		
Pernah	1	8,3%
Tidak pernah	11	91,7%
Total	12	100 %

Distribusi Data Responden Berdasarkan Umur

Berdasarkan tabel 5.4. dapat dilihat bahwa dari 12 orang responden. Karakteristik responden berdasarkan umur perawat menunjukkan sebagian besar berusia 31-45 tahun sebanyak 11 orang (91.7%) dan sebagian kecil berusia < 30 tahun sebanyak 1 orang (8.3%).

Berdasarkan tabel 5.4. dapat dilihat bahwa dari 12 orang responden. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin perawat menunjukkan sebagian besar berjenis kelamin perempuan sebanyak 10 orang (83.3%) dan sebagian kecil berjenis kelamin laki-laki sebanyak 2 orang (16.7%).

Berdasarkan tabel 5.4. dapat dilihat bahwa dari 12 orang responden. Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan perawat menunjukkan sebagian besar berpendidikan D III Keperawatan sebanyak 10 orang (83.3%) dan sebagian kecil berpendidikan SPK I sebanyak orang (8.3%) dan S1 Keperawatan sebanyak 1 orang (8.3%).

Berdasarkan tabel 5.4. dapat dilihat bahwa dari 12 orang responden. Karakteristik responden berdasarkan masa kerja perawat menunjukkan sebanyak 8 orang (66.7%) dengan masa kerja 6-10 tahun dan sebanyak 4 orang (33.3%) dengan masa kerja 11-15 tahun.

Berdasarkan tabel 5.4. dapat dilihat bahwa dari 12 orang responden. Karakteristik responden berdasarkan Keikutsertaan dalam pelatihan terapi bermain perawat menunjukkan sebagian besar belum pernah mengikuti sebanyak 11 orang (91,7%) dan sebagian kecil pernah mengikuti pelatihan terapi bermain sebanyak 1 orang (8,3%).

5.4 Analisa Hubungan Variabel Penelitian

1. Hubungan karakteristik perawat dengan caring terapi bermain dan transkultural nursing.

1) Pre

Tabel 5.4. menjelaskan hubungan karakteristik perawat dengan caring terapi bermain dan kultural nursing sebelum pelatihan.

Hubungan umur perawat dengan caring terapi bermain dan kultural nursing sebelum pelatihan, sebagian besar (83.3 %) berusia 31-45 tahun dengan kategori caring terapi bermain dan kultural nursing kurang. Hasil uji Fisher's

Exact Test (0.167) > 0.05 maka tidak ada hubungan usia perawat dengan caring terapi bermain dan kultural nursing sebelum pelatihan.

Tabel 5.4. Hubungan karakteristik perawat dengan model caring terapi bermain dan transkultural nursing di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar pada bulan Maret – Mei 2014 (n=12)

Karakteristik Perawat	Caring terapi bermain dan transkultural nursing				Total		Fisher's Exact Test
	Kurang		Baik		F	%	
	F	%	f	%			
Umur							
25-30 tahun	0	0	1	8.3	1	8.3	0.167
31-45 tahun	10	83.3	1	8.3	11	91.7	
Total	10	83.3	2	16.6	12	100	
Jenis kelamin							
Laki-laki	3	25	1	8.3	4	33.3	1.000
Perempuan	7	58.3	1	8.3	8	66.7	
Total	10	83.3	2	16.6	12	100	
Pendidikan							
SPK	1	8.3	0	0	1	8.3	0
DIII Keperawatan	8	66.7	2	16.7	10	83.3	
S1 Keperawatan	1	8.3	0	0	1	8.3	
Total	10	83.3	2	16.7	12	100	
Status Perkawinan							
Belum kawin	0	0	0	0	0	0	0
Sudah kawin	10	83.3	2	16.7	12	100	
Total	10	83.3	2	16.7	12	100	
Masa Kerja							
1-10 tahun	3	25	2	16.7	5	41.7	0.152
11-15 tahun	7	58.3	0	0	7	58.3	
Total	10	83.3	2	16.7	12	100	
Pelatihan terapi bermain							
Tidak pernah	11	91.7	0	0	11	91.7	0.083
Pernah	0	0	1	8.3	1	8.3	
Total	11	91.7	1	8.3	12	100	

Sumber Data Primer

Hubungan jenis kelamin perawat dengan caring terapi bermain dan kultural nursing sebelum pelatihan, sebagian besar (58.3 %) berjenis kelamin perempuan dengan kategori caring terapi bermain dan kultural nursing kurang. Hasil uji Fisher's Exact Test (1.000) > 0.05 maka tidak ada hubungan jenis

kelamin perawat dengan caring terapi bermain dan kultural nursing sebelum pelatihan.

Hubungan pendidikan perawat dengan caring terapi bermain dan kultural nursing sebelum pelatihan tidak dapat dihitung karena bernilai konstan.

Hubungan status perkawinan dengan caring terapi bermain dan kultural nursing sebelum pelatihan tidak dapat dihitung karena bernilai konstan.

Hubungan masa kerja perawat dengan caring terapi bermain dan kultural nursing sebelum pelatihan, sebagian besar (58.3%) masa kerja 11-15 tahun dengan kategori caring terapi bermain dan kultural nursing kurang dan sebagian kecil (16.7%) masa kerja 1-10 tahun dengan kategori caring terapi bermain dan kultural nursing baik. Hasil uji Fisher's Exact Test ($0.067 > 0.05$) maka tidak ada hubungan bermakna antar masa kerja perawat dengan caring terapi bermain dan kultural nursing sebelum pelatihan.

Hubungan pelatihan dengan caring terapi bermain dan kultural nursing sebelum pelatihan sebagian besar (91.7 %) tidak pernah mengikuti pelatihan dengan kategori caring terapi bermain dan kultural nursing kurang, dan sebagian kecil (8.3 %) pernah mengikuti pelatihan dengan kategori caring terapi bermain dan kultural nursing baik. Hasil uji Fisher's Exact Test ($0.152 > 0.05$) maka tidak ada hubungan pelatihan dengan caring terapi bermain dan kultural nursing sebelum pelatihan.

2) Post

Tabel 5.5. Menginformasikan hubungan karakteristik perawat dengan caring terapi bermain dan kultural nursing sesudah pelatihan.

Tabel 5.5. Hubungan karakteristik perawat dengan model caring terapi bermain dan transkultural nursing setelah pelatihan di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar pada bulan Maret – Mei 2014 (n=12)

Karakteristik Perawat	Caring terapi bermain dan transkultural nursing				Total		Fisher's Exact Test
	Kurang		Baik		f	%	
	f	%	f	%			
Umur							
30 tahun	0	0	1	8.3	1	8.3	1.000
31-45 tahun	3	25	8	66.7	11	91.7	
Total	3	25	9	75	12	100	
Jenis kelamin							
Laki-laki	0	0	4	33.3	4	33.3	0.491
Perempuan	3	25	5	41.7	8	66.7	
Total	3	25	9	75	12	100	
Pendidikan							
SPK	1	8.3	0	0	1	8.3	0.005
DIII Keperawatan	2	16.7	8	66.7	10	83.3	
S1 Keperawatan	0	0	1	8.3	1	8.3	
Total	3	25	9	75	12	100	
Status Perkawinan							
Belum kawin	0	0	0	0	0	0	0
Sudah kawin	3	25	9	75	12	100	
Total	3	25	9	75	12	100	
Masa Kerja							
1-10 tahun	1	8.3	5	41.7	6	50	1.000
11-15 tahun	2	16.7	4	33.3	6	50	
Total	3	25	9	75	12	100	
Pelatihan terapi bermain							
Tidak pernah	10	83.3	1	8.3	11	91.7	0.167
Pernah	0	0	1	8.3	1	8.3	
Total	10	83.3	2	16.7	12	100	

Sumber Data Primer

Hubungan umur perawat dengan caring terapi bermain dan kultural nursing sesudah pelatihan, sebagian besar (66.7 %) berusia 31-45 tahun dengan kategori caring terapi bermain dan kultural nursing baik. Hasil uji Fisher's Exact Test (1.000) > 0.05 maka tidak ada hubungan usia perawat dengan caring terapi bermain dan kultural nursing setelah pelatihan.

Hubungan jenis kelamin perawat dengan caring terapi bermain dan kultural nursing sesudah pelatihan, sebagian besar (41,7 %) berjenis kelamin perempuan dengan kategori caring terapi bermain dan kultural nursing Baik. Hasil uji Fisher's Exact Test (0.491) > 0.05 maka tidak ada hubungan jenis kelamin perawat dengan caring terapi bermain dan kultural nursing sesudah pelatihan.

Hubungan pendidikan perawat dengan caring terapi bermain dan kultural nursing sesudah pelatihan terdapat sebagian sebesar (66.7%) berpendidikan D3 Keperawatan dengan kategori caring terapi bermain dan kultural nursing baik, sebagian kecil (8.3%) berpendidikan SPK dan S1 Keperawatan dengan kategori caring terapi bermain dan kultural nursing kurang untuk yang SPK dan baik untuk S1 Keperawatan. Hasil uji Fisher's Exact Test (0.005) < 0.05 maka ada hubungan pendidikan perawat dengan caring terapi bermain dan kultural nursing sesudah pelatihan.

Hubungan status perkawinan dengan caring terapi bermain dan kultural nursing sebelum pelatihan tidak dapat dihitung karena bernilai konstan.

Hubungan masa kerja perawat dengan caring terapi bermain dan kultural nursing sesudah pelatihan, sebagian besar, (41.7%) masa kerja 1-10 tahun masa kerja dengan kategori caring terapi bermain dan kultural nursing baik. Hasil uji Fisher's Exact Test (1.000) > 0.05 maka tidak ada hubungan yang signifikan antar masa kerja perawat dengan caring terapi bermain dan kultural nursing sesudah pelatihan.

Hubungan pelatihan dengan caring terapi bermain dan kultural nursing sesudah pelatihan, sebagian besar (83.3%) pelatihan terapi bermain dengan

kategori caring terapi bermain dan kultural nursing kurang. Hasil uji Fisher's Exact Test (0.167) > 0.05 maka tidak ada hubungan yang signifikan antar pelatihan terapi bermain perawat dengan caring terapi bermain dan kultural nursing sesudah pelatihan.

2. Hubungan karakteristik anak dalam upaya meminimalkan stress anak usia toddler.

1) Pre

Tabel 5.6. Menjelaskan hubungan karakteristik anak dalam upaya meminimalkan stress anak usia toddler di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar sebelum dilakukan terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing oleh perawat.

Hubungan umur anak dalam upaya meminimalkan stress anak usia toddler sebagian besar (41.7%) berusia 2 tahun dengan kategori minimal stress negatif dan sebagian kecil (16.7%) kategori minimal stress negatif. Hasil uji Fisher's Exact Test diperoleh (1.000) > 0.05 maka tidak ada hubungan usia anak dalam upaya meminimalkan stress anak usia toddler sebelum dilakukan terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing.

Hubungan jenis kelamin dalam upaya meminimalkan stress anak usia toddler sebagian besar (58.3%) berjenis kelamin Perempuan dengan kategori minimal stress negatif dan sebagian kecil (8.3%) berjenis kelamin Perempuan. kategori minimal stress positif. Hasil uji Fisher's Exact Test diperoleh (1.000.) > 0.05 maka tidak ada hubungan antara jenis kelamin anak dengan upaya

meminimalkan stress anak usia toddler sebelum dilakukan terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing.

Tabel 5.6. Hubungan karakteristik anak dalam upaya meminimalkan stress hospitalisasi anak usia toddler sebelum terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar pada bulan Maret – Mei 2014 (n=12)

Karakteristik Anak	Stress hospitalisasi anak usia toddler				Total		Fisher's Exact Test
	Negatif		Positif		F	%	
	F	%	f	%			
Umur							
1 tahun	2	16.7	0	0	2	16.7	
2 tahun	5	41.7	1	8.3	6	50	1.000
3 tahun	3	25	1	8.3	4	33.3	
Total	10	100	2	16.7	12	100	
Jenis kelamin							
Laki-laki	4	33.3	0	0	4	33.3	1.000
Perempuan	7	58.3	1	8.3	8	66.7	
Total	11	91.7	1	8.3	12	100	
Opname dan tindakan invasive sebelumnya							1.000
Tidak pernah	4	33.3	1	8.3	5	41.7	
Pernah	6	50	1	8.3	7	58.3	
Total	10	83.3	2	16.7	12	100	
Lama dirawat							
1-3 hari	10	83.3	1	8.3	11	91.7	1.000
> 3 hari	1	8.3	0	0	1	8.3	
Total	11	91.7	1	8.3	12	100	

Sumber Data Primer

Hubungan pengalaman opname dan tindakan invasive sebelumnya dalam upaya meminimalkan stress anak usia toddler sebagian besar (50%) tidak pernah opname dan tidak pernah mendapatkan tindakan invasive sebelumnya dengan kategori minimal stress negatif dan sebagian kecil (8.3%) pernah dengan kategori minimal stress positif. Hasil uji Fisher's Exact Test diperoleh (1.000) > 0.05 maka tidak ada hubungan antara pengalaman opname dan tindakan invasive sebelumnya

dengan upaya meminimalkan stress anak usia toddler sebelum dilakukan terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing.

Hubungan lama hari rawat dengan upaya meminimalkan stress anak usia toddler sebagian besar (83.3%) lama hari rawat 10 hari dengan kategori minimal stress negatif. Hasil uji Fisher's Exact Test diperoleh $(1.000) > 0.05$ maka tidak ada hubungan antara lama hari rawat dengan upaya meminimalkan stress anak usia toddler sebelum dilakukan terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing.

2) Post

Tabel 5.7. Menjelaskan hubungan karakteristik anak dalam stress anak usia toddler di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar sesudah dilakukan terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing oleh perawat.

Hubungan umur anak dalam upaya meminimalkan stress anak usia toddler sebagian besar (33.3%) berusia 2 tahun dengan kategori minimal stress positif dan sebagian kecil (8.3%) berusia 3 tahun kategori minimal stress negatif. Hasil uji Fisher's Exact Test diperoleh $(0.083) < 0.05$ maka tidak ada hubungan usia anak dalam upaya meminimalkan stress anak usia toddler sesudah dilakukan terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing.

Hubungan jenis kelamin dalam upaya meminimalkan stress anak usia toddler sebagian besar (50%) berjenis kelamin perempuan dengan kategori minimal stress negatif dan sebagian kecil (8.3%) berjenis kelamin laki-laki kategori minimal stress positif. Hasil uji Fisher's Exact Test diperoleh $(1.000) > 0.05$ maka tidak ada hubungan antara jenis kelamin anak dengan upaya

meminimalkan stress anak usia toddler sesudah dilakukan terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing.

Tabel 5.7. Hubungan karakteristik anak dalam upaya meminimalkan stress hospitalisasi anak usia toddler sesudah terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar pada bulan Maret – Mei 2014 (n=12)

Karakteristik Anak	Stress hospitalisasi anak usia toddler				Total		Fisher's Exact Test
	Negatif		Positif		F	%	
	F	%	f	%			
Umur							
1 tahun	2	16.7	0	0	2	16.7	0.083
2 tahun	4	33.3	2	16.7	6	50	
3 tahun	1	8.3	3	25	4	33.3	
Total	7	58.3	5	41.7	12	100	
Jenis kelamin							
Laki-laki	3	25	1	8.3	4	33.3	1.000
Perempuan	6	50	2	16.7	8	66.7	
Total	9	75	3	25	12	100	
Opname dan tindakan invasive sebelumnya							
Tidak pernah	4	33.3	1	8.3	5	41.7	1.000
Pernah	4	33.3	3	25	7	58.3	
Total	8	66.7	4	33.3	12	100	
Lama dirawat							
1-3 hari	9	75	2	16.7	11	91.7	0.250
> 3 hari	0	0	1	8.3	1	8.3	
Total	9	75	3	25	12	100	

Sumber Data Primer

Hubungan pengalaman opname dan tindakan invasive sebelumnya dalam upaya meminimalkan stress anak usia toddler sebagian besar (33.3 %) pernah opname dan tidak pernah mendapatkan tindakan invasive sebelumnya dengan kategori minimal stress negatif dan sebagian kecil (8.3%) tidak pernah dengan kategori minimal stress positif. Hasil uji Fisher's Exact Test diperoleh (1.000) > 0.05 maka tidak ada hubungan antara pengalaman opname dan tindakan invasive

sebelumnya dengan upaya meminimalkan stress anak usia toddler sesudah dilakukan terapi berain dengan model caring dan transkultural nursing.

Hubungan lama hari rawat dengan upaya meminimalkan stress anak usia toddler sebagian besar (75 %) lama hari rawat 1-3 hari dengan kategori minimal stress negatif. Hasil uji Fisher's Exact Test diperoleh $(0.250) > 0.05$ maka tidak ada hubungan antara lama hari rawat dengan upaya meminimalkan stress anak usia toddler sesudah dilakukan terapi berain dengan model caring dan transkultural nursing.

3. Hubungan karakteristik keluarga dalam upaya meminimalkan stress anak usia toddler.

1) Pre

Tabel 5.8. Menjelaskan hubungan karakteristik keluarga dalam upaya meminimalkan stress anak usia toddler di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar sebelum dilakukan terapi berain dengan model caring dan transkultural nursing oleh perawat.

Hubungan penghasilan keluarga dalam upaya meminimalkan stress anak usia toddler tidak dapat dihitung karena bernilai konstan.

Hubungan pendidikan ibu dalam upaya meminimalkan stress anak usia toddler sebagian besar (66.7 %) berpendidikan rendah (SD, SLTP, SMA) dengan kategori minimal stress positif dan sebagian kecil (8.3 %) berpendidikan tinggi (perguruan tinggi) kategori minimal stress negatif. Hasil uji Fisher's Exact Test diperoleh p value $(0.018) > 0.05$ maka ada hubungan antara pendidikan ibu

dengan upaya meminimalkan stress anak usia toddler sebelum dilakukan terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing.

Tabel 5.8. Hubungan karakteristik keluarga dalam upaya meminimalkan stress hospitalisasi anak usia toddler sebelum terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar pada bulan Maret – Mei 2014 (n=12)

Karakteristik Keluarga	Upaya meminimalkan stress hospitalisasi anak usia toddler				Total		Fisher's Exact Test
	Negatif		Positif		F	%	
	F	%	f	%			
Penghasilan							
Tinggi	0	0	0	0	0	0	0
Rendah	11	91.7	1	8.3	12	100	
Total	11	91.7	1	8.3	12	100	
Pendidikan							
Tinggi	3	25	0	0	3	25	0.018
Rendah	1	8.3	8	66.7	9	75	
Total	11	91.7	1	8.3	12	100	

Sumber Data Primer

2) Post

Tabel 5.9. Menjelaskan hubungan karakteristik keluarga dalam upaya meminimalkan stress anak usia toddler di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar sesudah dilakukan terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing oleh perawat.

Hubungan penghasilan keluarga dalam upaya meminimalkan stress anak usia toddler tidak dapat dihitung karena bernilai konstan.

Hubungan pendidikan ibu dalam upaya meminimalkan stress anak usia toddler sebagian besar (66.7 %) berpendidikan rendah (SD, SLTP, SMA) dengan kategori minimal stress negatif dan sebagian kecil (8.3%) berpendidikan tinggi (perguruan tinggi) kategori minimal stress positif. Hasil uji Fisher's Exact Test diperoleh p value (0.455) > 0.05 maka tidak ada hubungan antara pendidikan ibu

dengan upaya meminimalkan stress anak usia toddler sesudah dilakukan terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing.

Tabel 5.9. Hubungan karakteristik keluarga dalam upaya meminimalkan stress hospitalisasi anak usia toddler sebelum terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar pada bulan Maret – Mei 2014 (n=12)

Karakteristik keluarga(orang tua)	meminimalkan stress hospitalisasi anak usia toddler				Total		Fisher's Exact Test
	Negatif		Positif		F	%	
	F	%	F	%			
Penghasilan							
Tinggi	0	0	0	0	0	0	0
Rendah	8	66.7	4	33.3	12	100	
Total	8	66.7	4	33.3	12	100	
Pendidikan							
Tinggi	2	16.7	1	8.3	3	25	0.455
Rendah	8	66.7	1	8.3	9	75	
Total	10	83.3	2	16.7	12	100	

Sumber Data Primer

5.4 Analisis Perbedaan Variabel Penelitian

1. Perbedaan terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan

Table 5.10. Perbedaan terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar Sumenep pada bulan Maret – Mei 2014 (n=12)

Terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing	Jumlah perawat				Uji Wilcoxon	
	Pre		Post		P value	Z
	f	%	f	%		
Kurang	10	83.3	3	25	0,002	-3.063
Baik	2	16.7	9	75		
Total	12	100	12	100		

Sumber data primer

Table 5.10. Berdasarkan tabel hasil pre intervensi perawat yang kurang dalam terapi bermain dengan model caring dan transcultural nursing berjumlah 10 ada penurunan pada saat sesudah pelatihan menjadi 3 perawat, sedangkan perawat yang baik dalam memberikan terapi bermain sebelum pelatihan ada 2 perawat setelah pelatihan terjadi peningkatan 9 orang. Hasil ini menunjukkan nilai yang signifikan dengan dibuktikan hasil uji Wilcoxon adalah p value (0.002) < 0,05 sehingga dapat dinyatakan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan.

2. Perbedaan upaya meminimalisasi stress hospitalisasi anak usia toddler sebelum dan sesudah penerapan terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar Sumenep.

Tabel 5.11. Perbedaan upaya meminimalisasi stress hospitalisasi anak usia toddler sebelum dan sesudah penerapan terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar Sumenep pada bulan Maret – Mei 2014 (n=12)

Stress hospitalisasi anak	Jumlah anak				Uji Wilcoxon	
	Pre		Post			
	F	%	F	%	P value	Z
Selalu	9	75	4	33.3	0.042	-2.032
Sering	3	25	8	66.7		
Kadang-kadang	0	0	0	0		
Tidak Pernah	0	0	0	0		
Total	12	100	12	100		

Sumber data primer

Tabel 5.11. Menginformasikan hasil uji Wilcoxon p value (0.042) < 0,05 sehingga dapat dinyatakan ada perbedaan yang signifikan antara upaya meminimalisasi stress hospitalisasi anak usia toddler sebelum dan sesudah

penerapan terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing oleh perawat di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar Sumenep.

5.5 Signifikansi Variabel Penelitian

5.5.1 Hubungan karakteristik perawat dengan caring terapi bermain dan transkultural nursing.

1) Pre

Tabel 5.13. Signifikansi karakteristik perawat dengan model caring terapi bermain dan transkultural nursing di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar (n=12)

Fixer's Exact Test	Variabel	P Value
Signifikan		
Tidak signifikan	1. Umur	0.167
	2. Jenis kelamin	1.000
	3. Pendidikan	0
	4. Status perkawinan	0
	5. Masa kerja	0.152
	6. Pelatihan terapi bermain	0.083

Sumber Data Primer

Tabel 5.13. Menjelaskan tingkat signifikan karakteristik perawat dengan caring terapi bermain dan kultural nursing sebelum pelatihan.

Data di atas menunjukkan bahwa karakteristik perawat (umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, masa kerja, pelatihan terapi bermain) tidak signifikan.

2) Post

Tabel 5.14. Signifikasi karakteristik perawat dengan model caring terapi bermain dan transkultural nursing setelah pelatihan di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar (n=12)

Fixer's Exact Test	Variabel	P Value
Signifikan	1. Pendidikan	0.005
Tidak signifikan	1. Umur	1.000
	2. Jenis kelamin	0.491
	3. Status perkawinan	0
	4. Masa kerja	1.000
	5. Pelatihan terapi bermain	0.167

Sumber Data Primer

Tabel 5.14. Menjelaskan tingkat signifikan karakteristik perawat dengan caring terapi bermain dan kultural nursing sebelum pelatihan.

Tingkat signifikan karakteristik perawat melalui uji Fisher's Exact Test 0.05 terjadi pada variabel pendidikan perawat dengan 0.005, sedangkan ketidak signifikanan terjadi pada variabel umur (1.000), jenis kelamin (0.491), status perkawinan (0) dan masa kerja perawat dengan (1.000) serta pelatihan terapi bermain (0.167).

5.5.2 Hubungan karakteristik anak dalam upaya meminimalkan stress anak usia toddler.

1) Pre

Tabel 5.15. Signifikasi karakteristik anak dalam upaya meminimalkan stress hospitalisasi anak usia toddler sebelum terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar (n=12)

Fixer's Exact Test	Variabel	P Value
Signifikan		
Tidak signifikan	1. Umur	1.000
	2. Jenis kelamin	1.000
	3. Tindakan invasif sebelumnya	1.000
	4. Lama rawat inap	1.000

Sumber Data Primer

Tabel 5.15. Menjelaskan tingkat signifikan karakteristik anak dalam upaya meminimalkan stress anak usia toddler di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar sebelum dilakukan terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing oleh perawat.

Tingkat signifikan karakteristik anak melalui uji Fisher's Exact Test 0.05 tidak ada yang signifikan. Sedangkan ketidak signifikanan terjadi pada variabel umur anak dengan (1.000), jenis kelamin anak dengan (1.000), tindakan invasif dengan (1.000), dan lama rawat inap dengan (1.000).

2) Post

Tabel 5.16. Signifikasi karakteristik anak dalam upaya meminimalkan stress hospitalisasi anak usia toddler sesudah terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar pada bulan Maret – Mei 2014 (n=12)

Fixer's Exact Test	Variabel	P Value
Signifikan		
Tidak signifikan	1. Umur	0.083
	2. Jenis kelamin	1.000
	3. Tindakan invasif sebelumnya	1.000
	4. Lama rawat inap	0.250

Sumber Data Primer

Tabel 5.16. Menjelaskan tingkat signifikan karakteristik anak dalam stress anak usia toddler di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar sesudah dilakukan terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing oleh perawat.

Tingkat signifikan karakteristik anak melalui uji Fisher's Exact Test 0.05 tidak ada yang signifikan. Ketidak signifikanan terjadi pada variabel umur (0.083), jenis kelamin anak (1.000), tindakan invasif (1.000), dan lama rawat inap (0.250).

5.5.3 Hubungan karakteristik keluarga dalam upaya meminimalkan stress anak usia toddler.

1) Pre

Tabel 5.17. Signifikasi karakteristik keluarga dalam upaya meminimalkan stress hospitalisasi anak usia toddler sebelum terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar pada bulan Maret – Mei 2014 (n=12)

Fixer's Exact Test	Variabel	P Value
Signifikan	1. Pendidikan	0.018
Tidak signifikan	1. Penghasilan	0

Sumber Data Primer

Tabel 5.17. Menjelaskan tingkat signifikan karakteristik keluarga dalam upaya meminimalkan stress anak usia toddler di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar sebelum dilakukan terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing oleh perawat.

Tingkat signifikan karakteristik keluarga melalui uji Fisher's Exact Test 0.05 terjadi pada variabel pendidikan orang tua (0.018). Sedangkan ketidak signifikanan terjadi pada variabel penghasilan dengan nilai konstan.

2) Post

Tabel 5.18. Signifikasi karakteristik keluarga dalam upaya meminimalkan stress hospitalisasi anak usia toddler sebelum terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing di ruang anak RSUD dr. Moh. Anwar pada bulan Maret – Mei 2014 (n=12)

Fisher's Exact Test	Variabel	P Value
Signifikan		
Tidak signifikan	1. Penghasilan	0
	2. Pendidikan	0.455

Sumber Data Primer

Tabel 5.18. menjelaskan tingkat signifikan karakteristik keluarga dalam upaya meminimalkan stress anak usia toddler di ruang anak RSUD dr. Moh.

Anwar sesudah dilakukan terapi berain dengan model caring dan transkultural nursing oleh perawat.

Tingkat signifikan karakteristik keluarga melalui uji Fisher's Exact Test 0.05 tidak ada yang signifikan. Sedangkan ketidak signifikanan terjadi pada variabel penghasilan dengan nilai konstan dan pendidikan nilai (0.455).

BAB 6

PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN

Penelitian ini merupakan penelitian mengenai upaya meminimalkan stress hospitalisasi anak usia toddler melalui terapi bermain dengan pendekatan model caring dan transcultural nursing. Hasil penelitian yang dibahas pada bab ini adalah hubungan karakteristik perawat (Usia, Jenis kelamin, Tingkat pendidikan, Masa kerja, Pelatihan tentang terapi bermain yang pernah di ikuti) dengan caring terapi bermain dan transkultural nursing, Hubungan karakteristik anak (Umur/tanggal lahir, Jenis kelamin, Pengalaman dirawat sebelumnya, Lama dirawat di rumah sakit) dalam upaya meminimalkan stress anak usia toddler, Hubungan karakteristik keluarga (Penghasilan keluarga, Tingkat pendidikan ibu) dalam upaya meminimalkan stress anak usia toddler.

6.1 Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti masih menemukan berbagai keterbatasan penelitian. Beberapa keterbatasan penelitian yang ada sebagai berikut:

1. Keterbatasan rancangan penelitian

Penelitian ini menggunakan metode pendekatan *pra-eksperimental design* dengan menggunakan rancangan penelitian *One-group pra post test design* yaitu mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subjek.

2. Keterbatasan waktu dan tenaga dari peneliti

Masih banyak faktor-faktor lain yang berhubungan dengan aspek stress anak di rumah sakit dan dapat dijadikan sebagai variabel dalam penelitian ini. Namun karena kemampuan penulis terbatas dalam hal waktu dan tenaga, maka variabel yang digunakan terbatas.

3. Keterbatasan alat pengumpul data atau instrument penelitian

Pengumpul data menggunakan kuesioner mempunyai dampak yang sangat subyektif sehingga kebenaran data tergantung pada kejujuran dari responden. Tetapi peneliti menggunakan lembar observasi yang diadopsi dari HARS-A yang sudah baku untuk meminimalkan dampak yang subyektif dari lembar kuesioner yang diisi oleh responden. Selain itu kuesioner telah diuji validitas dan reliabilitas sebelum disebarkan kepada responden penelitian, Namun pengujian baru terbatas pada satu rumah sakit sehingga akan menjadi lebih valid apabila dilakukan uji coba pada rumah sakit lainnya.

4. Keterbatasan sampel

Idealnya jumlah sampel adalah 32 orang, namun karena sedikitnya jumlah responden di ruang anak Rumah Sakit RSUD H. Moh. Anwar Sumenep, peneliti menggunakan teknik sampel dengan total sampling yaitu 12 anak pada tempat penelitian.

6.2 Hubungan karakteristik perawat dengan caring terapi bermain dan transkultural nursing dalam upaya meminimalkan stress anak usia toddler.

Faktor terakhir yang ikut mendasari stress pada anak terkait hospitalisasi adalah perilaku *caring* perawat. *Caring* merupakan tindakan yang diarahkan untuk membimbing, mendukung individu lain atau kelompok dengan nyata atau antisipasi kebutuhan untuk meningkatkan kondisi kehidupan seseorang. Di rumah sakit, *caring* diartikan sebagai suatu *moral imperative* yang artinya bentuk moral, sehingga dalam menjalankan perannya perawat harus terdiri dari orang-orang yang bermoral baik dan memiliki kepedulian terhadap kesehatan pasien, yang mempertahankan martabat dan menghargai pasien sebagai seorang manusia. Sikap *caring* diberikan melalui kejujuran, kepercayaan, dan niat baik. *Caring* yang baik oleh perawat dapat menolong klien untuk meningkatkan perubahan positif dalam aspek fisik, psikologis, spiritual, dan sosial. Tetapi sebaliknya jika *caring* dirasakan kurang, maka hal ini cenderung menjadi faktor penyebab kecemasan stress pada anak terkait hospitalisasi (Dwidiyanti, 2007).

Pada pre penelitian Berdasarkan data yang diperoleh dari penelitian karakteristik perawat dengan caring terapi bermain dan transkultural nursing. Tidak ada hubungan Umur, pendidikan, masa kerja, jenis kelamin, status perkawinan dan pelatihan perawat dengan caring terapi bermain dan kultural nursing sebelum pelatihan.

Hal di atas dikuatkan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku *caring* perawat, yaitu penelitian Setiati (2005) menemukan adanya hubungan antara faktor pendidikan, penghasilan, status pernikahan dan *image* dengan perilaku *caring* perawat terhadap kepuasan pasien.

Robin (2007) mengatakan pengalaman kerja belum tentu menjamin kinerja yang baik, tergantung dari motivasi karyawan itu sendiri. Pendapat ini didukung oleh Riani (2011) menjelaskan lama kerja tidak menjamin produktivitas kerja yang dihasilkan. Produktivitas kerja yang baik merupakan cerminan dari kinerja yang baik. Hasil penelitian yang mendukung pernyataan tersebut adalah Rusmiati (2007) dan Burdahyat (2009) menjelaskan bahwa tidak ada hubungan lama kerja dengan kinerja perawat. Pengalaman kerja bukan merupakan suatu jaminan perawat akan melakukan *caring* dengan pasien. Seorang perawat yang memiliki pengalaman kerja yang lama dan keterampilan yang cukup untuk melaksanakan tugasnya, jika tidak didukung oleh fasilitas, suasana kerja, motivasi maka potensi yang dimiliki perawat tidak akan berdampak positif pada pekerjaannya.

Pada Post penelitian berdasarkan data yang diperoleh dari penelitian karakteristik perawat dengan *caring* terapi bermain dan transkultural nursing. Ada hubungan pendidikan dengan *caring* terapi bermain dan kultural nursing setelah pelatihan.

Pelatihan merupakan bagian dari proses pendidikan yang dilaksanakan secara sistematis dan terorganisir untuk meningkatkan kualitas dan produktivitas kerja karyawan. Notoatmodjo (2003) menjelaskan pelatihan merupakan bagian

dari proses pendidikan yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan dan keterampilan khusus seseorang atau sekelompok orang. Dampak kognitif yang diperoleh seseorang melalui pelatihan adalah berupa proses pengambilan keputusan yang semakin baik sehingga seseorang dapat terhindar dari kesalahan dan semakin kompeten dalam kualitas dan produktivitas kerja (Cahyono, 2008).

Pelatihan mengenai perilaku *caring* sangat penting dalam upaya peningkatan kualitas dan produktivitas kerja. Hasil wawancara dengan bidang mutu keperawatan RSUD H. Moh. Anwar pelatihan tentang *caring terapi bermain* sudah dilaksanakan sebanyak 2 kali tetapi hanya diikuti oleh sebagian besar kepala ruang dan ketua tim. Pelatihan yang diikuti oleh sebagian besar kepala ruang dan ketua tim tidak terlalu berdampak terhadap pelaksanaan *caring* di ruang anak, oleh karena itu disarankan untuk peserta pelatihan sebaiknya adalah perawat pelaksana. Perawat pelaksana merupakan tenaga perawat yang langsung berhadapan pasien, sehingga untuk aplikasinya dapat langsung diterapkan pada pasien masing-masing. Kualitas pelatihan atau metode yang digunakan dalam memberikan pelatihan kepada perawat harus lebih diperhatikan. Metode yang digunakan harus dapat mempengaruhi secara langsung tampilan kerja seperti *role play*, simulasi dan metode kasus.

Hasil penelitian Pangewa (2007), menyatakan bahwa faktor pendidikan mempengaruhi perilaku kerja. Makin tinggi pendidikan akan berhubungan positif terhadap perilaku kerja seseorang. Siagian (2010) menegaskan bahwa tingkat pendidikan perawat mempengaruhi kinerja perawat yang bersangkutan. Perawat yang berpendidikan tinggi kinerjanya akan lebih baik karena telah memiliki

pengetahuan dan wawasan yang lebih luas dibandingkan dengan perawat yang berpendidikan lebih rendah. *Caring* merupakan ilmu tentang manusia, bukan hanya sebagai perilaku namun merupakan suatu cara sehingga sesuatu menjadi berarti dan memberi motivasi untuk berbuat. Watson (dalam Tomey & Aligood, 2006) menyatakan *caring* tidak dapat diturunkan dari satu generasi ke generasi berikutnya melalui genetika, melainkan melalui budaya profesi. Budaya profesi dapat dicapai dengan menumbuhkan spirit *caring* diantara para perawat melalui proses seleksi yang ketat, sosialisasi secara terus menerus, manajemen, kerja sama, simbol dan ritual atau kebiasaan.

Umur, masa kerja, jenis kelamin, status perkawinan dan pelatihan perawat tidak ada hubungan dengan *caring* terapi bermain dan kultural nursing setelah pelatihan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Panjaitan (2002), Aminuddin (2002), Supriatin (2009) dan Burdahyat (2009) menyatakan bahwa tidak ada hubungan jenis kelamin dengan kinerja perawat. Penelitian yang berbeda dikemukakan oleh Green, Vanhanen, dan Kyngas (1988) tentang *nurse care behavior*, menyatakan bahwa terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan perilaku *caring* perawat. Perawat perempuan lebih *caring* karena memiliki naluri sebagai *mother insting* dibanding perawat laki-laki. Perbedaan hasil penelitian sangat mungkin karena adanya perbedaan budaya, kebiasaan, nilai dan keyakinan. Perbedaan *gender* saat ini sudah tidak berlaku lagi di masyarakat. Tidak adanya hubungan antara jenis kelamin perempuan dan laki-laki dikarenakan tidak adanya perbedaan pekerjaan yang dilakukan perawat selama bertugas dirawat inap.

Perawat pelaksana bekerja sesuai dengan uraian tugas yang telah ditetapkan dan berlaku untuk semua perawat dengan tidak memandang jenis kelamin.

Robin (2007) mengatakan pengalaman kerja belum tentu menjamin kinerja yang baik, tergantung dari motivasi karyawan itu sendiri. Pendapat ini didukung oleh Riani (2011) menjelaskan lama kerja tidak menjamin produktivitas kerja yang dihasilkan. Produktivitas kerja yang baik merupakan cerminan dari kinerja yang baik. Hasil penelitian yang mendukung pernyataan tersebut adalah Rusmiati (2007) dan Burdahyat (2009) menjelaskan bahwa tidak ada hubungan lama kerja dengan kinerja perawat.

Pengalaman kerja bukan merupakan suatu jaminan perawat akan melakukan *caring* dengan pasien. Seorang perawat yang memiliki pengalaman kerja yang lama dan keterampilan yang cukup untuk melaksanakan tugasnya, jika tidak didukung oleh fasilitas, suasana kerja, motivasi maka potensi yang dimiliki perawat tidak akan berdampak positif pada pekerjaannya.

Hasil penelitian ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Robbins (2002/2005) bahwa kinerja merosot dengan semakin meningkatnya umur. Robbins menegaskan perundangan Amerika menyatakan pelanggaran hukum bagi perusahaan yang mempekerjakan pensiun. Riset Masitoh (2001) dan Burdahyat (2009) dan Sari M.T (2009) mendukung pernyataan diatas bahwa tidak ada hubungan bermakna antara karakteristik demokrafis khususnya umur dengan kinerja perawat.

Struktur usia merupakan aspek demokrafis yang penting untuk diamati karena dapat mencerminkan beberapa nilai seperti pengalaman, kematangan

berfikir, pengetahuan, dan kemampuan beberapa nilai tertentu. Menurut Hasibuan (2003) umur akan mempengaruhi kondisi fisik mental kemampuan kerja dan tanggung jawab seseorang. Karyawan yang umurnya lebih tua kondisi fisiknya kurang, tetapi bekerja ulet, dan memiliki tanggung jawab yang besar.

Asumsi peneliti tidak adanya hubungan antara umur dan perilaku *caring* disebabkan karena kejenuhan dan kurangnya penyegaran-penyegaran yang dilakukan oleh pihak rumah sakit terhadap perawat pelaksana khususnya tentang *caring* perawat. Hal ini terlihat dari frekuensi pelaksanaan *caring* perawat baru dilakukan sebanyak 2 kali dan hanya melibatkan sebagian kecil perawat pelaksana.

Kejenuhan yang dirasakan disebabkan karena rentang usia perawat berada pada 25-45 tahun (81,7%). Pada usia yang semakin bertambah akan menyebabkan kejenuhan dan penurunan produktivitas kerja. Pendapat ini didukung oleh Riani (2011) menyatakan bahwa pengetahuan dan keterampilan akan menurun dengan bertambahnya usia seseorang. Usia yang bertambah akan menyebabkan penurunan kecepatan, kecekatan dan kekuatan serta meningkatnya kejenuhan karena kurangnya rangsangan intelektual.

Untuk dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan perlu adanya perhatian bagi pihak manajemen untuk mengoptimalkan pengembangan SDM keperawatan dan rotasi ruangan. Pengembangan tersebut meliputi program peningkatan jenjang pendidikan, pelatihan dan seminar yang berhubungan dengan *caring* perawat. Rotasi ruangan sebaiknya dilakukan setiap 2 tahun. Tujuannya

untuk mengurangi kejenuhan bekerja dan memotivasi perawat agar mengetahui proses perawatan di ruang perawatan yang lain.

6.3 Hubungan karakteristik anak dengan stress hospitalisasi anak usia toddler.

Pada pre penelitian sebelum dilakukan intervensi tidak ada hubungan Umur, jenis kelamin, pengalaman opname anak dan lama hari rawat dalam upaya meminimalkan stress anak usia toddler sebelum dilakukan terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing.

Jenis kelamin merupakan identitas responden yang dapat digunakan untuk membedakan pasien laki-laki atau perempuan. (Utama, 2003). Jenis kelamin adalah kata yang umumnya digunakan untuk membedakan seks seseorang (laki-laki atau perempuan). Dalam ilmu pengetahuan sosial, terdapat perbedaan antara 'seks' dan 'jenis kelamin': Kata 'seks' mendeskripsikan tubuh seseorang. Dapat dikatakan seseorang 'secara fisik' laki-laki atau perempuan. Kata 'jenis kelamin' mendeskripsikan sifat atau karakter seseorang. Dapat dikatakan seseorang yang *merasa atau melakukan sesuatu* bersifat seperti laki-laki (maskulin) atau wanita (feminin). Menurut teori, daya tahan tubuh anak sangat berbeda dengan orang dewasa. Sistem pertahanan tubuh pada anak-anak umumnya belum kuat. Jadi mereka lebih mudah dan sering sakit.

Usia adalah masa hidup responden yang dinyatakan dalam satuan tahun dan sesuai dengan pernyataan responden. Umur atau usia adalah satuan

waktu yang mengukur waktu keberadaan suatu benda atau makhluk, baik yang hidup maupun yang mati. Jenis perhitungan usia dibagi menjadi 3 yaitu: usia kronologis merupakan perhitungan usia yang dimulai dari saat kelahiran seseorang sampai dengan waktu perhitungan usia; usia mental ialah perhitungan usia yang didapatkan dari taraf kemampuan mental seseorang; dan usia biologis adalah perhitungan usia berdasarkan kematangan biologis yang dimiliki oleh seseorang.

Penelitian ini sesuai dengan penelitian Sulastri (2001), yang menyatakan sebagian besar anak yang dirawat berusia 12 tahun yaitu sebanyak 10 orang. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian Sulastri (2001) yaitu penelitian Sulastri (2001) tidak membahas tentang kelompok anak usia toddler, melainkan hanya membahas kelompok anak usia sekolah. Sedangkan pada post penelitian setelah dilakukan pelatihan ada hubungan usia dan lama hari rawat dalam upaya meminimalkan stress anak usia toddler setelah dilakukan terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing.

Sedangkan post, sama dengan pre yaitu tidak ada hubungan Umur, jenis kelamin, pengalaman opname anak dan lama hari rawat dalam upaya meminimalkan stress anak usia toddler sebelum dilakukan terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing.

Penyebab kecemasan pada anak akibat hospitalisasi menurut *Wong (2008)* adalah perpisahan dengan keluarga, stress akibat perubahan dari keadaan sehat biasa dan rutinitas lingkungan, cedera tubuh dan nyeri. Reaksi anak terhadap krisis-krisis tersebut dipengaruhi oleh usia perkembangan

mereka, pengalaman mereka sebelumnya dengan penyakit, keterampilan coping yang mereka miliki dan dapatkan, keparahan diagnosis, dan sistem pendukung yang ada.

Pengalaman hospitalisasi adalah suatu proses karena suatu alasan darurat atau berencana mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit menjalani terapi dan perawatan sampai pemulangan kembali ke rumah yang diperoleh dari realitas yang dialami oleh anak. Pengalaman hospitalisasi pada penelitian ini yang dilihat adalah pernah atau tidaknya responden dirawat sebelumnya di rumah sakit. Jika pernah, maka perlu diketahui interval waktu dirawat sebelumnya.

Interval adalah jarak antara 2 buah objek. Interval waktu dirawat sebelumnya merupakan jarak antara waktu dirawat saat ini dan waktu dirawat sebelumnya.

Penelitian ini sesuai dengan penelitian Sulastri (2001), yang meneliti hubungan hospitalisasi dengan kecemasan pada anak usia sekolah. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian Sulastri (2001) yaitu penelitian Sulastri tidak membahas tentang pengalaman hospitalisasi pada anak maupun interval waktu dirawat sebelumnya, melainkan hanya meneliti anak yang sedang dirawat di rumah sakit tanpa membahas pengalaman dirawat sebelumnya.

6.4 Hubungan karakteristik keluarga dalam upaya meminimalkan stress hospitalisasi anak usia toddler.

Pada penelitian ini, ada hubungan antara pendidikan ibu dengan upaya meminimalkan stress anak usia toddler sebelum dilakukan terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing. Setelah dilakukan terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing hasilnya adalah tidak ada hubungan antara pendidikan ibu dengan upaya meminimalkan stress anak usia toddler.

Berdasarkan penelitian bahwa ada perbedaan yang signifikan antara upaya meminimalisasi stress hospitalisasi anak usia toddler sebelum dan sesudah penerapan terapi bermain dengan model caring dan transkultural nursing oleh perawat.

Pada penelitian terdahulu didapat bahwa setiap anak meskipun sedang dalam perawatan tetap membutuhkan aktivitas bermain. Bermain dapat memberikan kesempatan kepada anak untuk menyelesaikan tugas perkembangan secara normal dan membangun koping terhadap stres, ketakutan, kecemasan, frustrasi dan marah terhadap penyakit dari hospitalisasi (Mott, 1999).

Terapi bermain merupakan salah satu teknik yang akan membantu penurunan ketegangan emosional yang dirasakan anak. Secara bertahap respon psikis maupun fisiologis kecemasan akan berkurang dan kepercayaan diri anak akan berkembang optimal pula (Hart, 1999).

Penelitian di atas senada dengan yang diutarakan oleh Soetjiningsih, Anak dengan bermain dapat mengungkapkan konflik yang dialaminya, bermain cara yang baik untuk mengatasi kemarahan, kekuatiran dan kedukaan. Anak dengan

bermain dapat menyalurkan tenaganya yang berlebihan dan ini adalah kesempatan yang baik untuk bergaul dengan anak lainnya (Soetjiningsih, 1995).

BAB 7
KESIMPULAN & SARAN

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

1. Karakteristik perawat dari hasil uji statistik pada saat pre intervensi tidak ada yang berhubungan terhadap terapi bermain dengan pendekatan perilaku *caring* dan *transkultural nursing*. Sedangkan hasil post dari karakteristik perawat yang memiliki hubungan dengan perilaku *caring* terapi bermain dan *transkultural nursing* hanya meliputi pendidikan. Umur, jenis kelamin, status perkawinan, masa kerja, dan pelatihan terapi bermain tidak memiliki hubungan.
2. Karakteristik anak pada saat pre dan post intervensi tidak ada yang memiliki hubungan dengan stres hospitalisasi. Dari hasil uji karakteristik keluarga pada pre pendidikan orang tua berhubungan dengan stres hospitalisasi anak usia toddler, sedangkan hasil post tidak ada yang memiliki hubungan dengan stres hospitalisasi pada anak.
3. Ada perbedaan antara sebelum dan sesudah intervensi terapi bermain dengan pendekatan model *caring* dan *transkultural nursing* pada anak usia toddler yang dirawat di Ruang anak RSUD dr. H. Moh. Anwar Sumenep.

7.2 saran

Dari hasil penelitian ini penulis memberikan saran-saran berdasarkan apa yang telah peneliti dapatkan adalah:

1. Bahwa dengan adanya intervensi terapi bermain dengan *caring* perawat dan melihat cultur pasien maka dapat membuat anak hospitalisasi khususnya anak usia toddler dapat kenyamanan pada saat di rawat di RS. Perawat perlu disertakan dalam diklat atau pelatihan tentang terapi bermain pada perawat dapat menjadi salah satu cara agar pelaksanaan interensi perawat dapat lebih efektif dan efisien sehingga segala tujuan intervensi dapat tercapai sehingga anak yang di rawat di RS tidak mengalami stres hospitalisasi.
2. Berdasarkan pengamatan yang dilakukan dari hasil penelitian di Rumah Sakit, Pihak institusi rumah sakit sebagai pemegang kebijakan diharapkan lebih memperhatikan pentingnya lingkungan rumah sakit yang kondusif sehingga mengurangi reaksi kenyamanan hospitalisasi anak yang negatif melalui peraturan ruangan yang sesuai dengan pertumbuhan dan perkembangan anak serta prinsip-prinsip perawatan anak (*family centered care dan atraumatic care*).

Perawat ruang anak diharapkan memiliki motivasi untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan terkait dengan implementasi prinsip-prinsip perawatan anak (*family centered care dan atraumatic care*) melalui keikutsertaan dalam pendidikan formal dan informal.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Anggani Sudono. (2000). *Sumber Belajar dan Alat Permainan (untuk Pendidikan Anak Usia Dini)*. Jakarta: PT.Grasindo.
- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Barbara, kazier.(1983).*Fundamental of nursing concept and procedures*. Surabaya: Erlangga
- Basford & Slevin, O. (2006). *Teori & praktik keperawatan: pendekatan integral pada asuhan pasien*, Jakarta: EGC
- Creasia, J.L. & Parker, B. (2001). *Conceptual foundation : the Bridge to professional nursing practice*, St Louis : Mosby, Inc.
- Duffy, T. M., Jonassen, D. H. (1991). Constructivism: New implications for instructional technology? *Educational Technology*, May, 7-12.
- Dwidiyanti, Meidiana. (2010). "Konsep Caring" Style Sheet.
<http://staff.undip.ac.id/psikfk/meidiana/2010/06/04/konsep-caring/> diakses tanggal 23 Desember 2013
- Hidayat, A.A. (2007). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hurlock, B.Elizabeth. (1980). *Perkembangan Anak* (Terjemahan: Med Meitasari
- Hurlock, E.B . (2005). *Perkembangan Anak Jakarta* : Erlangga
- Kolcaba, Katharine. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company
- Kozier, dkk. (2007). *Praktek keperawatan professional Konsep dan perspektif* Jakarta: EGC.
- Leininger. M & McFarland. M.R, (2002), *Transcultural Nursing : Concepts, Theories, Research and Practice*, 3rd Ed, USA, Mc-Graw Hill Companies
- Fitzpatrick. JJ & Whall. A.L, (1989), *Conceptual Models of Nursing : Analysis and Application*, USA, Appleton & Lange
- McKenna, Hugh. (1997). *Nursing Theories and Models*. New York: Routledge.
- Meleis, Afaf Ibrahim. (2010). *Transitiontheory: middle-range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: SpringerPublishingCompany.
- Moersintowarti. (2008). *Buku Ajar II Tumbuh Kembang Anak Remaja*. Jakarta: Sagung Seto.
- Morrison, P. (2009). *Caring communicating: hubungan interpersonal dalam keperawatan*, Jakarta: EGC.
- Nurachmah, E. (2006). *Asuhan Keperawatan Bermutu di Rumah Sakit. Disajikan pada seminar keperawatan RS. Islam Cempaka Putih Jakarta*. Di buka pada situs :www.Pdpersi.co.id/show=article&starnews. tanggal 13 Januari 2014
- Nursalam, dkk. (2008). *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak (untuk Perawat dan Bidan)*. Jakarta : Salemba Medika
- Nursalam, Susilaningrum, R dan Utami, S. (2005). *Asuhan keperawatan bayi dan anak*. Jakarta: Salemba Medika

- Potter & Perry, (2005), *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik*, Edisi 4, Jakarta: EGC
- Potter & Perry. (2005). Volume 1 *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik* Edisi 4. Jakarta: EGC.
- Sartika, N. (2011) . *Konsep caring* menurut *Jean Watson*. Diakses tanggal 13 Januari 2014 dari <http://www.pedomannnews.com/opini/berita-opini/ekonomi/1920-konsep-caring-menurut-jean-watson>.
- Slevin, O & Basford L. (2006) *Teori & Praktek Keperawatan Pendekatan Integral pada Asuhan Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Smith, Mary Jane & Liehr, Patricia R. 2008. *Middle range theory for nursing*. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company.
- Soetjiningsih. (1995). *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: EGC.
- Soetjiningsih. 2003. *Perkembangan Anak dan Permasalahannya*. Jakarta: EGC.
- Stevens, P.J.M. dkk (1999). *Ilmu Keperawatan*. 2(1). Jakarta; EGC.
- Stuart G & Sundeen S. (1998). *Buku saku keperawatan jiwa*. (Pocket guide to psychiatric nursing) diterjemahkan oleh Achir Yani S. Jakarta: EGC
- Stuart, G.W., & Sundeen, S.J (1995). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Supartini, Y. (2004). *Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta: EGC.
- Susan Martin Tucker; *Standar Perawatan Pasien*; EGC; jakarta
- Synder, K. E. B. (2011), *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses & Praktek* Edisi 7 Volume 1. EGC.
- Tanuwijaya, S. (2003). *Konsep Umum Tumbuh dan Kembang*. Jakarta: EGC
- Tjandrasa dan Muchlchoh Zarkasih). Jakarta: Erlangga.
- Townsend, Mary C. (2009). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Psikiatri: Rencana Asuhan & Medikasi Psikotropik (Nursing Diagnoses in Psychiatric Nursing: Care Plans and Psychotropic Medications, Terjemahan Oleh Dwi Widiatri, dkk. Jakarta : EGC*
- Whaley dan Wong, (2000). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*, edisi 2, Jakarta : EGC
- Wolf, Z.R. M. (2003). *Relationship Between Nurse Caring and Patient satisfaction in patient Undergoing Hospitalization*. Diakses tanggal 16 Januari 2014 dari <http://proquest.umi.com/pqdweb/did=5714608&sld/2006-client satisfaction.hispitalized>.
- Wong, D.L., Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M.L., & Schwartz, P. (2000). *Buku ajar keperawatan pediatrik edisi 6 volume 2*. Jakarta: EGC
- Wong, Donna L. (2008). *Wong Buku Ajar Keperawatan Pediatrik (Wong's Essentials of Pediatric Nursing)*, Terjemahan Oleh Andry Hartono, dkk. Jakarta : EGC
- Wong. D. L., Hockenberry. M. E. (1999). *Clinical Manual of Pediatric*. Edition VII. St. Louise: Mosby Year Book.

Daftar pustaka dari Internet

(http://id.wikipedia.org/wiki/Jenis_kelamin, diakses tanggal 3 Juni 2014 pukul. 08.51 WIB).

- (<http://cyberwoman.cbn.net.id/cbprtl/cyberwoman/detail.aspx?x=Mother+And+B+aby&y=cyberwoman|0|0|8|863>, diakses tanggal 3 Juni 2014 pukul. 09.30 WIB).
- (<http://id.wikipedia.org/wiki/Umur>, diakses tanggal 3 Juni 2014 pukul. 09.35 WIB).
- (<http://purkonhidayat.multiply.com/journal/item/9>, diakses tgl 2 Juni 2014 pukul. 11.55 WIB).
- (<http://www.mail-archive.com/filsafat@yahoogroups.com/msg02795.html>, diakses tanggal 2 juni 2014 pukul. 11.12 WIB).
- (<http://fikryfatullah.blogspot.com/2009/04/basic-harmony-intervals.html>, diakses tanggal 2 juni 2014 pkl. 11.13 WIB).

LAMPIRAN

Lampiran 1

KUESIONER PENELITIAN**Khusus Perawat**

No. Responden:

*Diisi peneliti***A. KARAKTERISTIK PERAWAT**

Petunjuk pengisian:

Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan cara menuliskan jawaban dan berilah tanda contreng (✓) pada alternatif jawaban yang telah disediakan.

1. Inisial nama perawat :
2. Usia :
3. Jenis kelamin : Laki-Laki
 Perempuan
4. Tingkat pendidikan : SPK
 D III Keperawatan
 S 1 Keperawatan
5. Masa kerja :
6. Pelatihan tentang terapi bermain : Tidak Pernah
 Pernah

(Kuesioner diisi orang tua/keluarga anak)**B. Pernyataan Tentang Perilaku *Caring* Perawat Dalam Memberikan Terapi Bermain Pada Anak Usia Toddler (Khusus Perawat)**

Petunjuk pengisian:

1. Berilah tanda centang (\checkmark) pada salah satu kolom yang menurut Bapak/Ibu anggap paling sesuai.
2. SL : Selalu, SR : Sering, J : Jarang, TP : Tidak Pernah

No	Pernyataan	SL	SR	J	TP
1	Perawat memuji dengan tulus upaya pasien dan keluarga untuk kesembuhan pasien				
2	Perawat memperlihatkan sikap tenang dan sabar ketika memberikan terapi bermain pada anak				
3	Perawat tidak segera datang ketika pasien memanggil atau membutuhkan bantuan				
4	Perawat menyatakan kepada pasien bahwa perawat bersedia membantu klien				
5	Perawat bertanya kepada klien dan keluarga tentang harapannya ketika di rawat di rumah sakit				
6	Perawat tidak memperkenalkan diri ketika pertama kali bertemu pasien dan ketika akan melakukan terapi bermain				
7	Perawat meminta izin kepada pasien/keluarga sebelum melakukan tindakan perawatan : terapi bermain				
8	Perawat menghargai/menghormati keputusan pasien/keluarga terkait perawatan/pengobatan yang akan pasien jalankan				
9	Perawat tidak dapat menerima keadaan klien dan keluarga				
10	Perawat tersenyum dan melihat ke arah pasien dan keluarga saat berbicara/berkomunikasi				
11	Perawat mendengarkan semua keluhan klien, keluarga dan memberikan solusi atas masalahnya				
12	Perawat memotivasi pasien untuk mengungkapkan apa yang pasien/keluarga rasakan				
13	Perawat tidak memberikan kesempatan kepada klien dan keluarga untuk mengekspresikan perasaan saat dirawat				
14	Perawat tidak mempunyai waktu untuk mendengarkan keluhan pasien/keluarga				
15	Perawat senang merawat pasien dan memberikan terapi bermain kepada anak.				
16	Perawat mengecek kembali nama pasien ketika akan melakukan tindakan keperawatan terapi bermain kepada pasien				
17	Perawat mengobservasi dan menilai keadaan pasien setelah memberikan terapi bermain				
18	Perawat melakukan prosedur tindakan keperawatan dengan tidak tepat dan tidak sesuai malah klien.				
19	Perawat memberikan penjelasan tentang kondisi klien				

20	Perawat memberikan pendidikan kesehatan terkait dengan penyakit pasien.				
21	Perawat menjadi mediator atau perantara bagi pasien, keluarga dengan tenaga kesehatan lain untuk mendiskusikan kondisi dan pengobatan serta perawatan klien.				
22	Perawat memperhatikan prinsip keamanan dalam melakukan tindakan keperawatan.				
23	Perawat memperhatikan kenyamanan lingkungan disekitar pasien dan saat melakukan terapi bermain				
24	Perawat membimbing dan mengawasi klien saat terapi bermain pada anak				
25	Perawat tidak mengidentifikasi kebutuhan psikologis klien seperti bermain.				
26	Perawat lupa menanyakan keadaan klien setelah dilakukan terapi bermain				
27	Perawat membantu memenuhi kebutuhan pasien sehari-hari (ADL) seperti: Mandi, makan, BAB/BAK				
28	Perawat menghormati privacy klien				
29	Perawat menanyakan kembali bahwa kebutuhan klien telah terpenuhi sebelum perawat meninggalkan pasien				
30	Perawat tidak mengungkapkan perasaan senang telah membantu pasien				
31	Perawat memberikan kesempatan kepada klien/keluarga untyk melakukan hal yang berhubungan dengan keyakinan dan kepercayaan pasien				
32	Perawat memotivasi klien dan keluarga untuk berdo'a dan berserah diri kepada Yang Maha Esa sesuai keyakinannya untuk kesembuhan klien				

Sumber: dimodifikasi dari Watson, 2004

Lampiran 2

KUESIONER PENELITIAN
Khusus Pasien (diisi oleh keluarga)

No. Responden:

*Diisi peneliti***A. Komponen yang ada pada “Sunrise Model”**

Petunjuk pengisian:

Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan cara menuliskan jawaban dan berilah tanda centeng (✓) pada alternatif jawaban yang telah disediakan.

1. Inisial nama Keluarga pasien :

2. Usia :

3. Jenis kelamin :

4. Kebiasaan berobat melalui pelayanan kesehatan

5. Agama

6. Kedudukan keluarga

7. Pekerjaan

8. Kebijakan dan peraturan RSUD Moh. Anwar yang berlaku (jam berkunjung, cara pembayaran, jumlah anggota yang boleh menunggu pasien)

9. Status ekonomi

10. Latar belakang pendidikan klien

<input type="checkbox"/>	Laki-Laki
<input type="checkbox"/>	Perempuan
<input type="checkbox"/>	Tidak Pernah
<input type="checkbox"/>	Pernah
<input type="checkbox"/>	Non Muslim
<input type="checkbox"/>	Muslim
<input type="checkbox"/>	Bukan Bangsawan
<input type="checkbox"/>	Bangsawan
<input type="checkbox"/>	Swasta
<input type="checkbox"/>	PNS
<input type="checkbox"/>	Tidak Tahu
<input type="checkbox"/>	Tahu
<input type="checkbox"/>	Rendah
<input type="checkbox"/>	Tinggi
<input type="checkbox"/>	Belum Sekolah
<input type="checkbox"/>	Sekolah

Kuesioner Perawat (diisi orang tua/keluarga anak)

C. Pernyataan Tentang Perencanaan dan Implementasi Keperawatan Transkultural Perawat (Khusus Perawat)

Petunjuk pengisian:

- Berilah tanda centang (✓) pada salah satu kolom yang menurut Bapak/Ibu anggap paling sesuai.
- SL : Selalu, SR : Sering, J : Jarang, TP : Tidak Pernah

No	Pernyataan	SL	SR	J	TP
1	Perawat memuji supaya pasien dan keluarga untuk kesembuhan pasien				
2	Perawat memperlihatkan sikap tenang dan sabar ketika berinteraksi dengan pasien				
3	Perawat memperlihatkan sikap tidak terburu-buru ketika berinteraksi dengan pasien				
4	Perawat mendiskusikan kesenjangan budaya yang dimiliki klien (terapi bermain dianggap menghambat dalam penyembuhan)				
5	Perawat menggunakan bahasa yang mudah dipahami pasien ketika berkomunikasi				
6	Perawat melibatkan keluarga dalam perencanaan perawatan				
7	Perawat bermusyawarah dengan keluarga pasien ketika ada permasalahan yang tidak dapat diselesaikan				
8	Perawat memberi kesempatan pada klien untuk memahami informasi yang diberikan				
9	Perawat membagi pasien perkelompok sesuai kultur budayanya (sesuai dengan keadaan keluarga, geografis, dan masyarakat di sekitar pasien)				
10	Perawat melibatkan orang tua, keluarga dalam pengambilan tindakan				
11	Perawat memberikan informasi pada klien tentang sistem pelayanan kesehatan				

Sumber: dimodifikasi dari Leininger (1984)

Lampiran 3

KUESIONER PENELITIAN
Khusus Pasien (diisi oleh keluarga)

No. Responden:

*Diisi peneliti***A. Karakteristik Anak**

Petunjuk pengisian:

Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan cara menuliskan jawaban dan berilah tanda contreng (√) pada alternatif jawaban yang telah disediakan.

1. Nama anak (Inisial) :
2. Umur/tanggal lahir :
3. Jenis kelamin : Laki-Laki
 Perempuan
4. Pengalaman dirawat sebelumnya : Tidak Pernah
 Pernah
5. Lama dirawat di rumah sakit : hari
6. Apakah anak pernah dilakukan tindakan *invasive* seperti disuntik, diambil darah atau dipasang *infuse* selama dirawat?
 Tidak Pernah
 Pernah

B. Karakteristik Keluarga (Khusus keluarga Pasien)

1. Penghasilan keluarga

: < 1 juta
 ≥ 1 juta

2. Tingkat pendidikan ibu

: SD SMP
 SMA PT

Lampiran 4

**LEMBAR OBSERVASI
KECEMASAN ANAK
Khusus Pasien (diisi oleh keluarga pasien)**

A. Identitas Responden

1. Nama anak (inisial) :
2. Umur anak/ tgl. Lahir :
3. Jenis kelamin :
4. Tanggal masuk :
5. 5. Pernah dirawat pada usia 1-6 tahun : () Ya, usia ----- () Tidak
6. Tanggal penilaian :

B. Petunjuk Pengisian

1. Beri tanda cek (√) pada kolom yang tersedia sesuai dengan pengamatan yang anda lakukan terhadap anak anda selama 24 jam dirawat.
2. Keterangan:
 - a. SL (selalu): jika anak selalu (antara 76-100%) menunjukkan respon perilaku tersebut
 - b. SR (sering): jika anak sering (antara 51-75%) menunjukkan respon perilaku tersebut
 - c. KD (kadang): jika anak kadang-kadang (antara 26-50%) menunjukkan respon perilaku tersebut
 - d. TP (tidak pernah): jika anak tidak pernah (0-25%) menunjukkan respon perilaku tersebut.

No	Respon perilaku anak	Respon anak			
		Selalu	Sering	Kadang	Tidak pernah
A	Reaksi anak selama dalam perawatan				
	1. Anak makan sesuai diit				
	2. Anak gelisah saat tidur				
	3. Anak menunjukkan kegelisahan dengan menangis				
	4. Anak terus-menerus menanyakan kapan orang tua/ keluarganya akan berkunjung				
B	Reaksi anak pada saat perawat masuk keruangan tempat anak dirawat				
	5. Anak tetap bermain/ makan/ minum, ekspresi wajah tenang/ wajar				
	6. Anak segera mendekati orangtuanya				
	7. Anak memegangi orang tuanya atau keluarga yang ada didekatnya				
	8. Anak menangis ketika perawat datang				
C	Reaksi anak ketika perawat mendekati anak				

	9. Anak memegang lengan atau tangan orangtua serta merapatkan tubuhnya				
	10. Anak diam tanpa ekspresi				
	11. Ekspresi wajah anak tenang/ wajar				
	12. Anak menangis ketika perawat mendekatinya				
	13. Anak mengajak orangtuanya untuk pulang atau meninggalkan ruang perawatan				
	14. Anak mau ditinggal sendiri				

Lampiran 5

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Responden yang perawat hormati,

Perawat yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Zakiyah Yasin

NIM : 131214153041

Adalah mahasiswa Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang akan melakukan penelitian tentang “**upaya meminimalkan stres hospitalisasi anak toddler melalui terapi bermain dengan pendekatan model caring dan transcultural nursing Tahun 2014**”. penelitian memberikan kontribusi dalam pengembangan ilmu keperawatan khususnya intervensi keperawatan anak dalam meminimalkan stres hospitalisasi anak toddler.

Untuk itu perawat mohon partisipasi bapak/ibu Perawat dan Keluarga anak dalam penelitian ini. Semua datayang dikumpulkan akan dirahasiakan dan tanpa nama. Data hanya disajikan untuk pengembangan ilmu keperawatan. Partisipasi bapak/ibu adalah sukarela tanpa adanya paksaan. Apabila dalam jalannya penelitian ini responden dapat mengundurkan diri dari partisipasi sebagai responden dan bila ada pertanyaan lebih lanjut dapat menghubungi perawat di 081703156544.

Bila bapak/ibu berkenan menjadi responden mohon menandatangani pada lembar yang telah disediakan. Atas perhatian dan partisipasinya perawat mengucapkan terima kasih.

Hormat perawat

Zakiyah Yasin

Lampiran 6

**PENJELASAN PENELITIAN
UNTUK PASIEN (KELUARGA PASIEN/ORANG TUA)**

Perawat yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Zakiyah Yasin

NIM : 131214153041

Mahasiswa : Magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya

Saat ini sedang melakukan penelitian tentang **“Upaya Meminimalkan Stres Hospitalisasi Anak Toddler Melalui Terapi Bermain Dengan Pendekatan Model Caring Dan Transcultural Nursing Tahun 2014”**.

Penelitian bertujuan untuk membuktikan pengaruh model caring dan transkultural nursing dalam upaya meminimalkan stres hospitalisasi anak toddler melalui terapi bermain. Penelitian memberikan kontribusi dalam pengembangan ilmu keperawatan khususnya keperawatan anak, membantu dan memberikan kontribusi bagi perawat agar menerapkan model perawatan terapi bermain pada anak usia toddler agar dapat meminimalkan stres hospitalisasi untuk mencapai kualitas pelayanan dan perawatan yang optimal.

Berikut adalah beberapa hal yang perlu perawat informasikan terkait dengan keikutsertaan responden dalam penelitian ini.

1. Keikutsertaan responden dalam penelitian ini bukan merupakan suatu paksaan, melainkan atas dasar sukarela, sehingga bapak/ibu/saudaraberhak memutuskan untuk melanjutkan ataupun menghentikan keikutsertaan karena alasan tertentu yang dikomunikasikan kepada peneliti.
2. Seluruh responden berhak untuk meminta penjelasan terkait tujuan dan prosedur penelitian kepada peneliti.
3. Segala informasi yang diperoleh selama penelitian akan dijaga kerahasiaannya dan menjadi tanggung jawab peneliti. Data hanya disajikan sebagai hasil dari penelitian ini.
4. a. Peneliti ingin menggali data melalui wawancara dan observasi tentang: anak, keluarga atau orang tua, dan stres anak pada saat di rawat di Rumah sakit
b. Memberikan intervensi terapi bermain dengan model caring dan transcultural nursing
5. Seluruh prosedur penelitian tidak akan mendatangkan efek samping bagi perawat dan pasien, akan memberi manfaat kepadaperawat dan pasien dalam meningkatkan kemampuan perawat dalam menerapkan model perawatan terapi bermain dan

meminimalkan stres hospitalisasi dengan kenyamanan anak usia toddler pada saat hospitalisasi.

Peneliti berharap bapak/ibu bersedia menjadi responden dalam penelitian ini. Atas kesediaannya perawat ucapkan terima kasih.

Sumenep,2014

Peneliti,

Zakiyah Yasin

Lampiran 7

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Responden yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : _____
Orang tua dari : _____
Alamat : _____
No. Hp : _____

Menerangkan bahwa setelah mendapatkan penjelasan dan mengetahui manfaat dari penelitian yang akan dilakukan oleh saudara **Zakiah Yasin**. Setelah mengerti dan diberi penjelasan untuk bertanya, maka kami menyatakan secara sukarela bersedia menjadi responden dan berpartisipasi dalam penelitian ini.

Mengetahui
Peneliti,

Sumenep,2014

Responden
(orang tua pasien)

Zakiah Yasin

Saksi

(_____)

Lampiran 8

**PENJELASAN PENELITIAN
UNTUK PERAWAT**

Perawat yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Zakiyah Yasin

NIM : 131214153041

Mahasiswa : Magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya

Saat ini sedang melakukan penelitian tentang **“Upaya Meminimalkan Stres Hospitalisasi Anak Toddler Melalui Terapi Bermain Dengan Pendekatan Model Caring Dan Transcultural Nursing Tahun 2014”**.

Penelitian bertujuan untuk membuktikan pengaruh model caring dan transkultural nursing dalam upaya meminimalkan stres hospitalisasi anak toddler melalui terapi bermain. Penelitian memberikan kontribusi dalam pengembangan ilmu keperawatan khususnya keperawatan anak, membantu dan memberikan kontribusi bagi perawat agar menerapkan model perawatan terapi bermain pada anak usia toddler agar dapat meminimalkan stres hospitalisasi untuk mencapai kualitas pelayanan dan perawatan yang optimal.

Berikut adalah beberapa hal yang perlu perawat informasikan terkait dengan keikutsertaan responden dalam penelitian ini.

1. Keikutsertaan responden dalam penelitian ini bukan merupakan suatu paksaan, melainkan atas dasar sukarela, sehingga bapak/ibu/saudara berhak memutuskan untuk melanjutkan ataupun menghentikan keikutsertaan karena alasan tertentu yang dikomunikasikan kepada peneliti.
2. Seluruh responden berhak untuk meminta penjelasan terkait tujuan dan prosedur penelitian kepada peneliti.
3. Segala informasi yang diperoleh selama penelitian akan dijaga kerahasiaannya dan menjadi tanggung jawab peneliti. Data hanya disajikan sebagai hasil dari penelitian ini.

4. Seluruh prosedur penelitian tidak akan mendatangkan efek samping bagi perawat dan pasien, akan memberi manfaat kepadaperawat dan pasien dalam meningkatkan kemampuan perawat dalam menerapkan model perawatan terapi bermain dan meminimalkan stres hospitalisasi dengan kenyamanan anak usia toddler pada saat hospitalisasi.

Peneliti berharap bapak/ibu bersedia menjadi responden dalam penelitian ini. Atas kesediaannya perawat ucapkan terima kasih.

Sumenep,2014

Peneliti,

Zakiyah Yasin

Lampiran 9

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Perawat yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : _____
Alamat : _____
No. Hp : _____

Menerangkan bahwa setelah mendapatkan penjelasan dan mengetahui manfaat dari penelitian yang akan dilakukan oleh saudara **Zakiah Yasin**. Setelah mengerti dan diberi penjelasan untuk bertanya, maka perawat menyatakan secara sukarela bersedia menjadi responden dan berpartisipasi dalam penelitian ini.

Mengetahui
 Peneliti,
 Sumenep,2014
 Responden

Zakiah Yasin

Saksi

(_____)

Lampiran 10

Hasil Analisis Statistik

1. Hubungan karakteristik perawat dengan caring terapi bermain dan transkultural nursing

1.1. Jenis kelamin perawat sebelum pelatihan

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.300 ^a	1	.584		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.286	1	.592		
Fisher's Exact Test				1.000	.576
Linear-by-Linear Association	.275	1	.600		
N of Valid Cases ^b	12				

a. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,67.

b. Computed only for a 2x2 table

1.2. Jenis kelamin perawat setelah pelatihan

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.000 ^a	1	.157		
Continuity Correction ^b	.500	1	.480		
Likelihood Ratio	2.911	1	.088		
Fisher's Exact Test				.491	.255
Linear-by-Linear Association	1.833	1	.176		
N of Valid Cases ^b	12				

a. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,00.

b. Computed only for a 2x2 table

1.3. Status perkawinan perawat sebelum pelatihan

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	12

a. No statistics are computed because Baris is a constant.

1.4. Masa kerja perawat sebelum pelatihan

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.360 ^a	1	.067		
Continuity Correction ^b	1.097	1	.295		
Likelihood Ratio	4.083	1	.043		
Fisher's Exact Test				.152	.152
Linear-by-Linear Association	3.080	1	.079		
N of Valid Cases ^b	12				

a. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,83.

b. Computed only for a 2x2 table

1.5. Masa kerja perawat setelah pelatihan

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.444 ^a	1	.505		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.451	1	.502		
Fisher's Exact Test				1.000	.500
Linear-by-Linear Association	.407	1	.523		
N of Valid Cases ^b	12				

a. 4 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,50.

b. Computed only for a 2x2 table

1.6. Keikutsertaan pelatihan terapi bermain perawat sebelum pelatihan

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	12.000 ^a	1	.001		
Continuity Correction ^b	2.479	1	.115		
Likelihood Ratio	6.884	1	.009		
Fisher's Exact Test				.083	.083
Linear-by-Linear Association	11.000	1	.001		
N of Valid Cases ^b	12				

a. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,08.

b. Computed only for a 2x2 table

1.7. Keikutsertaan pelatihan terapi bermain perawat setelah pelatihan

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.455 ^a	1	.020		
Continuity Correction ^b	.873	1	.350		
Likelihood Ratio	4.111	1	.043		
Fisher's Exact Test				.167	.167
Linear-by-Linear Association	5.000	1	.025		
N of Valid Cases ^b	12				

a. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

b. Computed only for a 2x2 table

1.8. Pendidikan perawat sebelum Pelatihan

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12.000 ^a	2	.002
Likelihood Ratio	10.813	2	.004
Linear-by-Linear Association	.056	1	.814
N of Valid Cases	12		

a. 5 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

1.9. Pendidikan perawat setelah Pelatihan

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	12.000 ^a	1	.001		
Continuity Correction ^b	7.259	1	.007		
Likelihood Ratio	13.496	1	.000		
Fisher's Exact Test				.005	.005
Linear-by-Linear Association	11.000	1	.001		
N of Valid Cases ^b	12				

a. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,75.

b. Computed only for a 2x2 table

1.10. Umur perawat sebelum Pelatihan

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.455 ^a	1	.020		
Continuity Correction ^b	.873	1	.350		
Likelihood Ratio	4.111	1	.043		
Fisher's Exact Test				.167	.167
Linear-by-Linear Association	5.000	1	.025		
N of Valid Cases ^b	12				

a. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

b. Computed only for a 2x2 table

1.11. Umur perawat sebelum Pelatihan

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.364 ^a	1	.546		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.605	1	.437		
Fisher's Exact Test				1.000	.750
Linear-by-Linear Association	.333	1	.564		
N of Valid Cases ^b	12				

a. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,25.

b. Computed only for a 2x2 table

2. Hubungan karakteristik anak dalam upaya meminimalkan stress anak usia toddler.

2.1. Jenis kelamin anak sebelum Intervensi

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.545 ^a	1	.460		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.856	1	.355		
Fisher's Exact Test				1.000	.667
Linear-by-Linear Association	.500	1	.480		
N of Valid Cases ^b	12				

a. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,33.

b. Computed only for a 2x2 table

2.2. Jenis kelamin anak setelah Intervensi

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.545 ^a	1	.460		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.856	1	.355		
Fisher's Exact Test				1.000	.667
Linear-by-Linear Association	.500	1	.480		
N of Valid Cases ^b	12				

a. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,33.

b. Computed only for a 2x2 table

2.3. Lama rawat anak sebelum Intervensi

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.099 ^a	1	.753		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.182	1	.670		
Fisher's Exact Test				1.000	.917
Linear-by-Linear Association	.091	1	.763		
N of Valid Cases ^b	12				

a. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,08.

b. Computed only for a 2x2 table

2.4. Lama rawat anak setelah Intervensi

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.273 ^a	1	.070		
Continuity Correction ^b	.364	1	.546		
Likelihood Ratio	3.065	1	.080		
Fisher's Exact Test				.250	.250
Linear-by-Linear Association	3.000	1	.083		
N of Valid Cases ^b	12				

a. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,25.

b. Computed only for a 2x2 table

2.5. Opname dan tindakan invasive sebelumnya sebelum Intervensi

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.069 ^a	1	.793		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.068	1	.795		
Fisher's Exact Test				1.000	.682
Linear-by-Linear Association	.063	1	.802		
N of Valid Cases ^b	12				

a. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,83.

b. Computed only for a 2x2 table

2.6. Opname dan tindakan invasive sebelumnya setelah Intervensi

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.069 ^a	1	.793		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.068	1	.795		
Fisher's Exact Test				1.000	.682
Linear-by-Linear Association	.063	1	.802		
N of Valid Cases ^b	12				

a. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,83.

b. Computed only for a 2x2 table

2.7. Umur anak sebelum Intervensi

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.381 ^a	1	.537		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.622	1	.430		
Fisher's Exact Test				1.000	.750
Linear-by-Linear Association	.333	1	.564		
N of Valid Cases ^b	8				

a. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,25.

b. Computed only for a 2x2 table

2.8. Umur anak setelah Intervensi

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.143 ^a	1	.023		
Continuity Correction ^b	2.009	1	.156		
Likelihood Ratio	5.716	1	.017		
Fisher's Exact Test				.083	.083
Linear-by-Linear Association	4.571	1	.033		
N of Valid Cases ^b	9				

a. 4 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,67.

b. Computed only for a 2x2 table

3. Hubungan karakteristik keluarga dalam upaya meminimalkan stress anak usia toddler

3.1. Pendidikan orang tua sebelum pelatihan

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.000 ^a	1	.005		
Continuity Correction ^b	4.500	1	.034		
Likelihood Ratio	8.997	1	.003		
Fisher's Exact Test				.018	.018
Linear-by-Linear Association	7.333	1	.007		
N of Valid Cases ^b	12				

a. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,00.

b. Computed only for a 2x2 table

3.2. Pendidikan orang tua setelah pelatihan

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.800 ^a	1	.371		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.715	1	.398		
Fisher's Exact Test				.455	.455
Linear-by-Linear Association	.733	1	.392		
N of Valid Cases ^b	12				

a. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

b. Computed only for a 2x2 table

3.3. Penghasilan ortu sebelum pelatihan

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	12

a. No statistics are computed because Baris is a constant.

3.4. Penghasilan ortu setelah pelatihan

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	12

a. No statistics are computed because Baris is a constant.

4. Perbedaan terapi bermain dengan model caring dan transkulturalan nursing sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
VAR00002 - VAR00001 Negative Ranks	12 ^a	6.50	78.00
Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
Ties	0 ^c		
Total	12		

a. VAR00002 < VAR00001

b. VAR00002 > VAR00001

c. VAR00002 = VAR00001

Test Statistics^a

	VAR00002 - VAR00001
Z	-3.063 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

5. Perbedaan upaya meminimalisasi stress hospitalisasi anak usia toddler

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
VAR00002 - VAR00001 Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
Positive Ranks	5 ^b	3.00	15.00
Ties	7 ^c		
Total	12		

a. VAR00002 < VAR00001

b. VAR00002 > VAR00001

c. VAR00002 = VAR00001

Test Statistics^a

	VAR00002 - VAR00001
Z	-2.032 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.042

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

KISAH HIDUP SAKERA

LAKON :

SAKERA

MARLENA

BRUDIN

BLENDHEH

Sakera : le' sengkok area entarah ka jhebeh

Marlene : arapa'ah ka jhebeh kak

Sakera : sengkok nyareah lakokh, dhegghik mon la olle kalakoan be'nah eyajegghek ka jhebeh keyah

Marlena : iyeh la kah kak, dissak ma mangkat tengate edhisanah oreng

Sakera mangkat nyare kalakoan e tana jhebeh. Kenengepon e bangil pasuruan. Sakera alakoh e pabrik ghuleh

Sakera : mener..... Saya alakoah e pabrik ghuleh ka'dintosh

Meneer : dheri dhima be'nah (bahasa indonesia)

Sakera : saya dheri madhureh

Sakera etaremah dhedhi mandhor e pabrik ghuleh, olle sa taon sakera mole ka madhureh kaangghuy ngoni'ih bhininah se anyamah marlena kaangghuui ekabhereng ka tana jhebeh.

Sakera : le', sengkok la etaremah e settong pabrik e tana jhebeh. Sateya sengkok ngoniana'ah be'nak makle abhereng e jhebeh.

Marlena : engghi kak, kauleh siap manabhi ngalle ka jhebeh, tapeh kauleh mintak settong pangarep ka ajhunan,

Sakera : apa perintaannah be'nah le'

Marlena : tang panakan se anyamah brudin ekapolongah ka jhebeh

Sakera : iye lah le'

Samarenah panotor, sakera, marlena bhen brudin mangkat ka tana jhebeh kaangghuy alakoh e pabrik ghuleh.

Sakera ekenal kalaben akhlak ephon. Sakera andhik ate tegas, abela se lemah, tangghung jawab, adhep ashor. Kalaben akhlak sakera kak dhintoh, para kopeni (oreng blendheh) bejhik ka sakera.

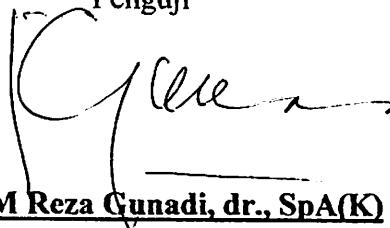
LEMBAR REVISI TESIS

Nama Mahasiswa :Zakiyah Yasin
 NIM :131214153041
 Pembimbing 2 :Dr. IGM Reza Gunadi, dr., SpA(K)

NO	HALAMAN	BAB	MASUKAN	REVISI
1.	Bab 1	Penulisan di tata kembali		
2.	Bab 7	Simpulan di sampaikan juga pre dan post		
3.	Bab 7	Saran yang terkait dengan penelitian		
4.	Daftar pustka	Daftar pustaka menggunakan kaidah penulisan yang benar		
5.	Lampiran	Skenario cerita		

Surabaya, 14 Juli 2014

Penguji



Dr. IGM Reza Gunadi, dr., SpA(K)
 Nip.

LEMBAR REVISI TESIS

Nama Mahasiswa :Zakiyah Yasin
 NIM :131214153041
 Pembimbing :Myrtati Dyah A., dra.MA.PhD

NO	HALAMAN	BAB	REVISI
1.	Logo	Ganti simbol unair yang benar	
2.	Ringkasan	Peaulisan	
3	Bab1-7	<ul style="list-style-type: none"> - Jangan mengawali kalimat dengan kata-kata penghubung (sedangkan, tetapi, dan) - Penggunaan bahasa asing menggunakan italic - Kalimat yang baku dan benar - Pelajari cara penulisan "di" yang benar antara kata kerja dan penghubung 	
4.	Bab 7	Saran jangan keluar dari penelitian	
5.	Daftar pustaka	Penulisan daftar ustaka sesuai kaidah dan sistematika	

Surabaya, 15 Juli 2014

Penguji

Myrtati Dyah A., dra.MA.PhD

Nip. 196701301991032002

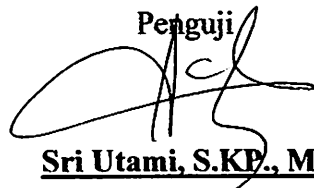
LEMBAR REVISI TESIS

Nama Mahasiswa : Zakiyah Yasin
 NIM : 131214153041
 Pembimbing 1 : Sri Utami, S.KP., M.Kes

NO	HALAMAN	BAB	MASUKAN	REVISI
1.	Ringkasan	-	Penulisan dalam ringkasan perlu ditambah dan diperbaiki	Sudah ditambah
2.	Abstrak	-	Penulisan abstrak perlu diperbaiki	Sudah diperbaiki
3.	Hal.8	BAB 1	Identifikasi masalah dijelaskan dengan kalimat	Sudah ditambah
4.	Hal 98 Penjelasan kerangka konseptual	BAB 3	Penulisan yang masih salah dan ada kalimat yang salah	Sudah direvisi
5.	Hal 116-120	BAB 5	Penulisan no.tabel	Sudah direvisi
6.	Hal. 134	BAB 5	Penulisan kriteria penilaian	Sudah direvisi
7.	HAL 135	BAB 5	Ada kesalahan cara baca hasil uji signifikan	Uji diganti dengan fixer's exact test
8.	Hal 141	Bab 6	Penulisan kata masih kurang benar	Sudah direvisi
9.	Hal 155	Bab 7	Sesuai dengan tujuan khusus dan penulisan di cek lagi	Sudah diperbaiki
10.	Daftar pustaka	-	Penulisan daftar pustaka di cek (spasi)	Sudah direvisi
11.	Lampiran	-	Tabulasi Data dilampirkan	Sudah ditambah

Surabaya, 15 Juli 2014

Penguji


Sri Utami, S.KP., M.Kes

Nip.

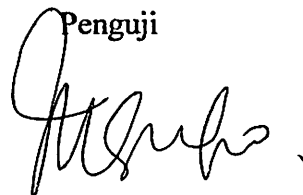
LEMBAR REVISI TESIS

Nama Mahasiswa : **Zakiyah Yasin**
 NIM : **131214153041**
 Pembimbing 2 : **Yuni Sufyanti Arif.,S.KP., M.Kes**

NO	HALAMAN	BAB	MASUKAN	REVISI
1.	Hal .116 – 121	BAB 5	Tabel pada penilaian stres tidak sesuai dengan definisi operasional	Sudah direvisi
2.	HAL 135	BAB 5	Uji Statistik	Uji Fixer's exact test
3.	Hal 141	Bab 6	Hasil penelitian masih ada yang belum dimasukkan ke dalam pembahasan	Sudah ditambah
4.	Hal 157	Daftar pustaka	Penulisan sesuai dengan sistematika	Sudah direvisi

Surabaya, 15 Juli 2014

Penguji



Yuni Sufyanti Arif.,S.KP., M.Kes
 Nip.197806062001122001



PEMERINTAH KABUPATEN SUMENEP
 IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
**BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN
 PERLINDUNGAN MASYARAKAT**

Jl. Trunojoyo No. 141 ☎ (0328) 662 203 - 662 128
SUMENEP

Kode Pos 69417

Sumenep, 10 April 2014

Nomor : 072/ 257 /435.206/2014
 Sifat : Penting
 Lampiran : -
 Perihal : Rekomendasi Penelitian/
 Survey/Research

Kepada
 Yth. 1. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab.
 Sumenep;
 2. Sdr. Direktur RSUD. Dr. H. Moh. Anwar
 Sumenep.
 di -
SUMENEP

Berdasarkan Surat dari Dekan Univ. Airlangga fak. Keperawatan program Studi
 Magister Keperawatan Surabaya :

Tanggal : 03 April 2014
 Nomor : 15/I/STIKES ABI/2014

Bersama ini diberitahukan bahwa :

Nama Penanggung Jawab : **ZAKIYAH YASIN, S. Kep. Ns**
 N I M : 1311214153041
 Alamat : Jl. Imam Bonjol GG I RT: 003 RW: 001 Desa Pamolokan
 Kec.Kota Kab. Sumenep.
 Pekerjaan : Mahasiswi
 Kebangsaan : Indonesia

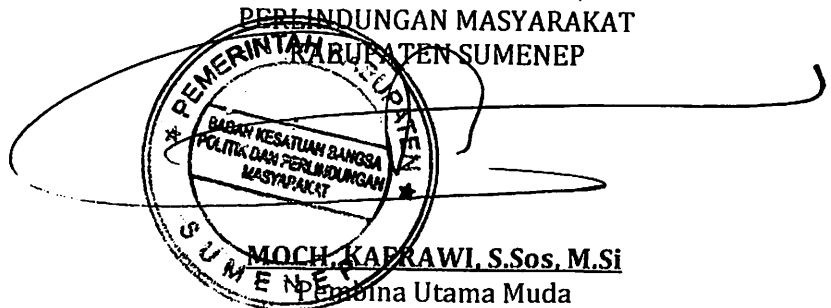
Bermaksud untuk mengadakan Penelitian/Survey/Research/Pengambilan Data/
 Praktek Kerja Lapangan/Kuliah Kerja Nyata (KKN) di wilayah kerja Saudara :

Judul : **UPAYA MEMINIMALKAN STRESS HOSPITALISASI PADA
 ANAK USIA TODDLER MELALUI TERAPI BERMAIN
 DENGAN PENDEKATAN MODEL CARING DAN
 TRANSCULTURAL NURSING.**

Peserta : -
 Waktu : 10 April s/d 30 Mei 2014

Mengharap bantuan Saudara dalam rangka kegiatan tersebut dan atas
 kerjasamanya disampaikan terima kasih.

KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN
 PERLINDUNGAN MASYARAKAT
 KABUPATEN SUMENEP



MOCH. KAPRAWI, S.Sos, M.Si
 Pembina Utama Muda
 NIP. 19581215 198003 1 015

mbusan :

1. 1. Sdr. Dekan Univ. Airlangga Surabaya di
 Surabaya;

Sdr. yang bersangkutan

TESIS

UPAYA MEMINIMALKAN STREES...

ZAKIYAH YASIN



PEMERINTAH KABUPATEN SUMENEP

RSUD dr. H. MOH. ANWAR

JL. DR. Cipto No. 42 ☎ 662494 – 662129 662979

666527, 661699, 661795 Fax (0328) 662257

SUMENEP

Kode Pos 69417

Sumenep, 27 Nopember 2013

K e p a d a

Yth. Sdr. Dekan I Fakultas Keperawatan Univ.

Airlangga

di

SURABAYA

Nota : 072 / 1784 / 435.210 / 2013
Sifat : **Penting**
Lampiran : -
Perihal : **Ijin Pengambilan Data Awal**

Menindaklanjuti surat Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga tanggal 11 Nopember 2013 Nomor : 311/UN3.1.12/PPd/S2/2013 perihal Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data Awal Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan –FKp Unair, maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan menerima mahasiswa atas nama :

Nama : **Zakiah Yazin, S. Kep. Ns**

NIM : 13121453041

untuk melakukan penelitian dilingkungan RSUD dr. H. Moh. Anwar Sumenep,

judul : **“PEMBERIAN PENGARUH INTERVENSI TERAPI BERMAIN EDUKATIF DALAM PENURUNAN ANSIETAS PADA ANAK TODDLER”**

Catatan : Tetap menyesuaikan hari efektif kerja Rumah sakit.

Terkait dengan hal tersebut, sesuai dengan fungsi penelitian adalah salah satu fungsi pengembangan Rumah Sakit, maka kami mohon agar hasil dari penelitian dimaksud kami diberi tembusan.

Demikian untuk menjadi maklum dan disampaikan terima kasih.

**Direktur RSUD dr. H. Moh. Anwar
Kabupaten Sumenep**

Dr. EITRIL AKBAR, M. Kes
Pembina tingkat I
NIP. 19610318 198901 1 005

Tembusan :
Yth. Sdri. Yang bersangkutan.