

TESIS

MODEL *DISCHARGE PLANNING* PADA ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN STRES HOSPITALISASI BERBASIS *ATRAUMATIC CARE* DAN *FAMILY CENTER CARE (FCC)*



Oleh :

ULVA NOVIANA

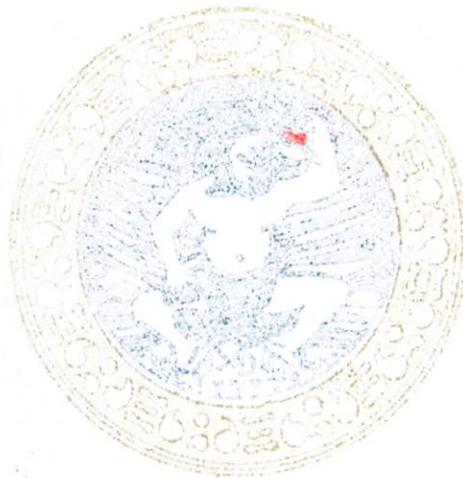
NIM : 131041061

PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

2012

TESIS

MODEL DISCHARGE PLANNING PADA ASUHAN
KEPERAWATAN ANAK DENGAN STRES HOSPITALISASI
BERBASIS ATYRNOMATIC CARE DAN
FAMILY CENTER CARE (FCC)



Oleh:

ULVA NOVIANA

NIM. 181041001

PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

2018

TESIS

**MODEL *DISCHARGE PLANNING* PADA ASUHAN
KEPERAWATAN ANAK DENGAN STRES HOSPITALISASI
BERBASIS *ATRAUMATIC CARE* DAN
*FAMILY CENTER CARE (FCC)***

**Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep.)
Dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan UNAIR**

Oleh :

ULVA NOVIANA

NIM : 131041061

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

2012

SECRET

ANALISA ALAT PENGUKUR KEMAMASAN MODEL
DISCHARGE PLANNING PADA MATA WAWASAN
KAWASAN KEBERAWATAN
(Studi Kasus di RSUD Jember)

Disusun dan diajukan kepada Dosen Pembimbing
dan Pembimbing II oleh
Ulva Noviana

1998

ULVA NOVIANA

1998

KEMAMASAN MODEL DISCHARGE PLANNING
KAWASAN KEBERAWATAN
KAWASAN KEBERAWATAN
KAWASAN KEBERAWATAN
KAWASAN KEBERAWATAN

SECRET

HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar**

Nama : Ulva Noviana

NIM : 131041061

Tanda tangan :

Tanggal : 4 Juni 2012

Lembar pengesahan

**MODEL ASUHAN KEPERAWATAN STRES HOSPITALISASI
PADA ANAK PRA SEKOLAH BERBASIS
HEALTH PROMOTION MODEL (HPM)
DAN FAMILY CENTER CARE (FCC)**

Ulva Noviana

PENELITIAN INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL 21 MEI 2012

Oleh

Pembimbing I



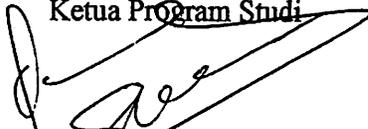
Dr Nursalam, M.Nurs (Hons)
NIP. 196612251989031004

Pembimbing II



Mira Triharini, S.Kp, M.Kep
NIP. 197904242006042002

Mengetahui
Ketua Program Studi



Prof. Dr. Suharto, dr, MSc, MPdK, DTMH, Sp.PD, K-PTI
NIP. 194708121974121001

iii

Penelitian ini diajukan oleh :

Nama : Ulva Noviana

NIM : 131041061

Program studi : Magister keperawatan

Judul : Model *discharge planning* pada asuhan keperawatan anak dengan stres hospitalisasi berbasis *atraumatic care* dan *Family Center Care* (FCC)

Tesis ini telah diuji dan dinilai oleh panitia penguji pada Program studi magister keperawatan universitas airlangga

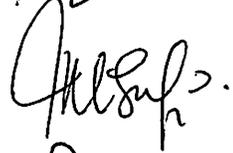
Pada tanggal 4 Juni 2012

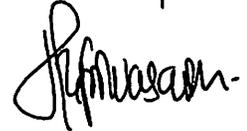
Panitia Penguji

Ketua Penguji : Prof. Dr. Stefanus Supriyanto dr.,MS ()

Penguji I : Dr Nursalam , M.Nurs (Hons) ()

Penguji II : Mira Triharini, S.Kp, M.Kep ()

Penguji III : Yuni Sufyanti Arief, S.Kp.,M.Kes ()

Penguji IV : Rizki Fitryasari PK, S.Kep, Ns, M.Kep ()

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah yang Maha Kuasa atas segala rahmat dan hidayah-Nya, penulis dapat menyelesaikan tugas akhir untuk menyelesaikan program magister keperawatan fakultas keperawatan Universitas Airlangga, berupa usulan penelitian yang berjudul " Model *discharge planning* pada asuhan keperawatan anak dengan stres hospitalisasi berbasis *atraumatic care* dan *family center care* (FCC)". Pada kesempatan ini penulis tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak, untuk itu perkenankanlah mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons) selaku Pembimbing I yang telah memberikan banyak waktu, motivasi, pemikiran dan perhatian dalam membimbing dan mengarahkan dari awal hingga akhir penyusunan tesis tepat waktu dan seoptimal mungkin.
2. Mira Triharini, S.Kp, M.Kes, selaku Pembimbing II yang memberikan bimbingan dan dukungan sehingga terselesainya tesis ini.
3. Prof. Dr Stefanus Supriyanto dr.,MS selaku ketua penguji yang memberikan masukan, motivasi dan pemikiran sehingga terselesainya tesis ini
4. Yuni Sufyanti Arief, S.Kp.,M.Kes selaku penguji yang banyak memberikan bimbingan, arahan, masukan dan dukungan selama penyusunan tesis terlebih selama sidang proposal, pra proposal, pra tesis dan sidang tesis
5. Rizki Fitryasari PK, S.Kep.,Ns,M.Kep selaku penguji yang banyak memberikan dukungan, masukan dan pemikiran yang sangat membantu dalam proses penyusunan tesis ini

6. Segenap pimpinan dan pengelola program studi magister keperawatan fakultas keperawatan universitas Airlangga yang telah memberi kesempatan dan memfasilitasi selama penyusunan tesis.
7. Semua teman-teman dari program studi magister keperawatan Angkatan III yang telah banyak memberikan dukungan selama penyusunan tesis
8. Suamiku tersayang dan 2 gadis tersayang (Wilda dan cahaya) yang selalu setia mendukung sampai terselesainya tesis ini.

Peneliti menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan dan masih banyak kesalahan yang penulis belum atau tidak mengetahuinya, maka dengan ini peneliti mengharap saran dan kritik yang sifatnya membangun untuk perbaikan kelak di kemudian hari.

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

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

Nama : Ulva Noviana

NIM : 131041061

Program studi : Magister Keperawatan

Fakultas : Keperawatan

Jenis karya : Tesis

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

Model *discharge planning* pada asuhan keperawatan anak dengan stres hospitalisasi berbasis *atraumatic care* dan *family center care* (FCC)

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak bebas royalti non eksklusif ini fakultas keperawatan 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 atau pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya

Pada tanggal : 4 Juni 2012

Yang menyatakan

Ulva Noviana

NIM 131041061

ABSTRAK**MODEL DISCHARGE PLANNING PADA ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN STRES HOSPITALISASI BERBASIS ATRAUMATIC CARE DAN FAMILY CENTER CARE (FCC)****OLEH****ULVA NOVIANA**

Penyakit dan hospitalisasi seringkali menjadi krisis pertama yang harus dihadapi oleh anak pra sekolah. 80 % anak pra sekolah di ruang rawat inap anak RSUD bangkalan mengalami stres hospitalisasi. Tujuan penelitian ini adalah menyusun modul asuhan keperawatan stres hospitalisasi : *discharge planning*

Desain penelitian yang digunakan adalah *explanatif survey*. Unit analisis dalam penelitian ini adalah ruang rawat inap, perawat ruangan, anak pra sekolah dan ibu. Variabel independen adalah *discharge planning* dan perilaku spesifik, kognisi, sikap. Variabel dependen adalah komitmen, tindakan dan stres hospitalisasi. Uji statistik yang digunakan *spearman rho*.

Hasil uji statistik *spearman rho* menunjukkan hubungan antara DP dengan perilaku (*p value* : 0.047). uji statistik perilaku spesifik dengan komitmen ibu (*p value* : 0,000). Uji statistik antara komitmen ibu dengan tindakan ibu (*p value* : 0.000). uji statistik antara tindakan ibu dengan stres hospitalisasi (*p value* : 0.000).

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan antara discharge planning dengan perilaku, kognisi spesifik dan sikap ibu. Ada hubungan perilaku spesifik dengan komitmen ibu. Ada hubungan antara komitmen dengan tindakan ibu dan ada hubungan antara tindakan ibudalam atraumatic care dengan stres hospitalisasi pada anak pra sekolah.

Discharge planning yang baik akan membantu ibu terlibat aktif dan meningkatkan *self efficacy* dan sikap ibu dalam perawatan anak selama sakit. perilaku baik tentang *atraumatic care* maka akan memiliki niat yang lebih untuk melakukan tindakan (komitmen). Tindakan *atraumatic care* yang baik akan mempengaruhi stres hospitalisasi pada anak pra sekolah. Untuk itu perlu disosialisasikan dan diterapkan DP dalam perawatan anak pra sekolah yang mengalami hospitalisasi

Kata kunci : stres hospitalisasi – *atraumatic care* – *health promotion model* – *family center care*

ABSTRACT
DISCHARGE PLANNING MODEL FOR NURSING CARE CHILDREN
WITH HOSPITALIZATION STRESS BY USING ATRAUMATIC CARE AND
FAMILY CARE CENTER (FCC)

BY

Ulva Noviana

Illness and hospitalization are often the first crisis faced by pre-school children. 80% of hospitalized pre-school children in the public hospital in Bangkalan get stressed. The purpose of this study is to develop modules for hospitalization stress nursing care: discharge planning

The design of the study was an explanative survey. The units of analysis in this study were inpatient room, nurses' room, pre-school children and the mothers. The independent variable was the specific discharge planning and behavior, cognition, and attitude. In addition, Dependent variable was the commitment, action and the stress of hospitalization. Spearmen rho was used as the statistical test.

Spearmen rho statistics test indicated the relationship between DP and attitude (p value: 0047). Statistical tests of specific behaviors and the mother's commitment (p value: 0.000). Statistical tests between the commitment of the mother and the mother's behaviour (p value: 0000). Statistical tests between mother's behaviour and the stress of hospitalization (p value: 0000). Besides, the results of statistical tests indicated that there was a relationship between the discharge planning with behavior, cognition and specific behavior of the mother. There were specific behaviors relationships with the mother's commitment. There was a relationship between the mother's commitments to action and there was also a relationship between mother's behaviour in the traumatic care and the level of hospitalization stress of the pre school children.

Discharge planning which is carried out properly will be able to influence the individual's capability in understanding the benefits and barriers of the implementation of the traumatic care for the child care. With good discharge planning, it will help the mother to involve actively and enhance self-efficacy as well as attitudes of the mothers at taking care their children during their illness. Mothers who have specific cognitive and behaviour and a good attitude in a traumatic care will have more intention to perform actions (commitment). A good traumatic care will affect positively to the stress of hospitalization at pre-school children. Therefore, the socialization and implementation of DP are urgently needed in order to take care the hospitalized pre school children better.

Key word: stress of hospitalization - discharge planning - atraumatic care - health promotion model - family care center.

RINGKASAN

MODEL *DISCHARGE PLANNING* PADA ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN STRES HOSPITALISASI BERBASIS *ATRAUMATIC CARE* DAN *FAMILY CENTER CARE (FCC)*

OLEH

ULVA NOVIANA

Penyakit dan hospitalisasi seringkali menjadi krisis pertama yang harus dihadapi oleh anak pra sekolah. Data yayasan kesejahteraan Anak Indonesia (YKAI, 2006) jumlah anak yang mengalami hospitalisasi terus meningkat mulai tahun 2001 – 2005 pada kelompok pra sekolah yaitu sekitar 25,84 % anak di daerah perkotaan dan 27,98 % anak di daerah pedesaan pada tahun 2005. Data anak pra sekolah yang menjalani rawat inap di IRNA E RSUD Syarifah Ambami ratu Ebu Bangkalan pada tahun 2011 sejumlah 302. Wawancara dengan perawat IRNA E menunjukkan bahwa reaksi yang dialami anak bervariasi, sekitar 80 % anak mengalami stress hospitalisasi ditunjukkan dengan perilaku secara verbal mengusir perawat, menolak tindakan, menarik tangan, membuang alat yang digunakan perawat, menangis keras sambil memeluk ibunya dan tidak kooperatif terhadap tindakan keperawatan sehingga menghambat tindakan keperawatan. Tujuan penelitian ini adalah untuk Menyusun modul asuhan keperawatan stress hospitalisasi anak pra sekolah dengan pendekatan *health promotion model* dan *family center care*

Hospitalisasi pada pasien anak dapat menyebabkan kecemasan dan stress pada semua tingkat usia. Penyebab dari kecemasan dipengaruhi oleh banyak faktor, baik dari petugas (perawat, dokter, dan tenaga medis lainnya), lingkungan baru, maupun keluarga yang mendampingi. Peran perawat dalam meminimalkan stress akibat hospitalisasi pada anak dan bayi adalah sangat penting. Perawat perlu memahami konsep stress hospitalisasi dan prinsip-prinsip asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan yang berbasis pada tindakan *atraumatic care*. Stress yang utama selama mengalami hospitalisasi adalah perpisahan, kehilangan kontrol, adanya luka di tubuh, dan rasa sakit. selama proses perawatan keluarga harus dilibatkan aktif dalam tindakan keperawatan seperti falsafah keperawatan anak yaitu *Family Center Care (FCC)*. Salah satu tindakan yang berbasis FCC dan *atraumatic care* adalah implementasi *Discharge planning* untuk memberdayakan dan meningkatkan kemampuan keluarga khususnya ibu.

Berdasarkan tujuan penelitian, desain penelitian yang digunakan adalah penelitian *explanatif survey* karena penelitian ini dilakukan untuk menemukan penjelasan tentang suatu kejadian atau gejala dengan hasil akhir adalah gambaran mengenai hubungan sebab akibat variabel bebas dan terikat. Berdasarkan waktu desain penelitian dengan menggunakan pendekatan yang bersifat *cross sectional*, yaitu : jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran atau observasi data variabel independent dan dependen hanya satu kali pada satu saat. Pada jenis ini variabel independent dan dependen dinilai secara simultan sehingga tidak ada tindak lanjut. Pada penelitian ini unit analisis adalah ruang rawat inap ruang anak

(IRNA E) RSUD Syarifam Ambami ratu Ebu Bangkalan yang terdiri dari perawat, ibu dan anak pra sekolah. Penelitian ini akan dilakukan analisa deskriptif untuk semua variabel penelitian, dengan menghitung mean, median ,modus dan membuat distribusi frekuensi berdasarkan masing – masing variabel. Analisa univariat ini pada umumnya hanya menghasilkan distribusi dan prosentase dari masing – masing variabel. Analisis bivariat secara deskriptif dilakukan pada variabel dalam bentuk kategori dengan pendekatan tabulasi silang. Analisa bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi. Untuk menguji pengaruh variabel independen yaitu *discharge planning* dan kognisi spesifik ibu : penerimaan keuntungan dan hambatan, *self efficacy* terhadap variabel dependen yaitu komitmen, perilaku dan stres hospitalisasi *Corelation Spearman Rho* dengan $\alpha \leq 0,05$ dan kriteria pengujiannya apabila *p-value* lebih kecil atau sama dengan α maka H_0 di tolak dan H_a diterima.

Hasil penelitian menunjukkan ada peningkatan yang signifikan pelaksanaan *discharge planning* sesudah diberikan sosialisasi. Uji statistik *spearman rho* menunjukkan hubungan antara DP dengan perilaku (*p value* : 0.047). uji statistik perilaku spesifik dengan komitmen ibu (*p value* : 0,000). Uji statistik antara komitmen ibu dengan tindakan ibu (*p value* : 0.000). uji statistik antara tindakan ibu dengan stres hospitalisasi (*p value* : 0.000).

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan antara *discharge planning* dengan perilaku, kognisi spesifik dan sikap ibu. Ada hubungan perilaku spesifik dengan komitmen ibu. Ada hubungan antara komitmen dengan tindakan ibu dan ada hubungan antara tindakan ibudalam *atraumatic care* dengan stres hospitalisasi pada anak pra sekolah.

Kemampuan perawat dalam melakukan *discharge planning* mengalami peningkatan setelah mendapatkan sosialisasi karena peningkatan kognisi perawat tentang DP. *Discharge planning* yang dilaksanakan secara baik akan mampu mempengaruhi individu dalam memahami manfaat dan hambatan pelaksanaan *atraumatic care* selama perawatan anaknya. Dengan *discharge planning* yang baik akan membantu ibu terlibat aktif dan meningkatkan *self efficacy* dan sikap ibu dalam perawatan anak selama sakit. Ibu yang memiliki perilaku, kognisi spesifik dan sikap yang baik tentang *atraumatic care* maka akan memiliki niat yang lebih untuk melakukan tindakan (komitmen). Tindakan *atraumatic care* yang baik akan mempengaruhi stres hospitalisasi pada anak pra sekolah. Untuk itu perlu disosialisasikan dan diterapkan DP dalam perawatan anak pra sekolah yang mengalami hospitalisasi

SUMMARY
DISCHARGE PLANNING MODEL FOR NURSING CARE CHILDREN
WITH HOSPITALIZATION STRESS BY USING ATRAUMATIC CARE AND
FAMILY CARE CENTER (FCC)

BY
 Ulva Noviana

Illness and hospitalization are often the first crisis faced by pre-school children. The data from Child welfare foundations Indonesia (YKAI, 2006) show the number of pre school children who experienced hospitalization increased from 2001 to 2005. They are about 25.84% of children in urban areas and 27.98% of children in rural areas in 2005. Data pre-school children who are hospitalized in public hospital Syarifah Ambami ratu ebu IRNA E in 2011 were 302 children. The interviews with nurses in IRNA E show that the reactions expressed by children are various; about 80% of children experiencing stress of hospitalization is shown by verbal expression such as evicting the nurse, refusing to act, pulling the hand, throwing away the tools used by the nurses, crying aloud while hugging their mother and being uncooperative toward nursing action. However, those reactions become the hindrance for the nurses to do nursing action. The purpose of this study is to develop modul of stress hospitalization nursing care for pre-school children with an approach model to health promotion and family care center.

Hospitalization in pediatric patients may cause anxiety and stress at all age levels. The cause of anxiety is influenced by many factors such as officers (nurses, physicians, and other medical personnel), the new environment, and with her family. The nurse's role in minimizing the stress of hospitalization experienced by children and infants is very important. Nurses have to understand the concept of the hospitalization stress and principles of nursing care through the nursing process approach based on traumatic care action. The main stresses during hospitalization include having separation with family or relatives, loss of control, the wounds on the body, and pain. During the treatment process, the family should be actively involved in the act of nursing as stated in the philosophy of pediatric nursing itself: the Family Care Center (FCC). An action based on FCC and traumatic care is the implementation of discharge planning to empower and enhance the ability of families, especially the mothers.

Based on the research objectives, the design of the study is an explanative survey because the study was conducted to find an explanation of an event or phenomenon in order to gain the final result that shows a picture of causal relationship between free and bound variables.

Cross sectional approach was applied as the research design period. By using this approach, the research emphasises on the period of measurement so that the observation of independent and dependent variables was done only once in a time. On this approach model, type of independent and dependent variables are assessed simultaneously so there is no follow-up action. In this study the unit of analysis is

the inpatient children room (IRNA E) of Syarifah Ambami Ratu Ebu public hospital Bangkalan including the nurses, mothers and preschool children. Descriptive analysis was applied in this research for all variables study, by calculating the mean, median, mode and create a frequency distribution based on each variable. This univariate analysis generally results in the distribution and percentage of each variable. Meanwhile, bivariate descriptive analysis applied on the variables in the form of cross tabulation category approach. Bivariate analysis is conducted on two variables which are considered related or correlated. To test the effect of independent variables that is discharge planning and maternal-specific cognition: benefits and barriers to acceptance, self efficacy of the dependent variable, namely commitment, behavior and stress of hospitalization. Correlation Spearman Rho with $\alpha \leq 0.05$ and the test criteria if p-value less than or equal with α then H_0 is rejected and H_a is accepted.

The results showed that there is a significant improvement after the implementation of discharge planning and after the socialization was given. Spearman rho statistics test indicates the relationship between DP and attitude (p value: 0047). Statistical tests of specific behaviors and the mother's commitment (p value: 0.000). Statistical tests between the commitment of the mother and the mother's behaviour (p value: 0000). Statistical tests between mother's behaviour and the stress of hospitalization (p value: 0000). Besides, the results of statistical tests indicate that there is a relationship between the discharge planning with behavior, cognition and specific behavior of the mother. There are specific behaviors relationships with the mother's commitment. There is a relationship between the mother's commitments to action and there is also a relationship between mother's behaviour in the traumatic care and the level of hospitalization stress of the pre school children.

The ability of the nurses in performing discharge planning has improved after they receive socialization. It is because of the increase cognition of the nurses about DP itself. Discharge planning which is carried out properly will be able to influence the individuals capability in understanding the benefits and barriers of the implementation of the traumatic care for the child care. With good discharge planning, it will help the mother to involve actively and enhance self-efficacy as well as attitudes of the mothers at taking care their children during their illness. Mothers who have specific cognitive and behaviour and a good attitude in a traumatic care will have more intention to perform actions (commitment). A good traumatic care will affect positively to the stress of hospitalization at pre-school children. Therefore, the socialization and implementation of DP are urgently needed in order to take care the hospitalized pre school children better.

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|---|-----------|
| Sampul Depan | i |
| Sampul Dalam | ii |
| Lembar pengesahan | iii |
| Penetapan Panitia Penguji Tesis | iv |
| Kata Pengantar | v |
| Abstrak | vi |
| Abstract | vii |
| Ringkasan | viii |
| Summary | x |
| Daftar isi | xii |
| Daftar Gambar | xiii |
| Daftar Tabel | xiv |
| Daftar Bagan | xv |
| Daftar Lampiran | xvi |
| | |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Identifikasi penyebab masalah..... | 6 |
| 1.3 Rumusan Masalah | 14 |
| 1.4 Tujuan | 15 |
| 1.4.1 Tujuan Umum | 15 |
| 1.4.2 Tujuan Khusus | 15 |
| 1.5 Manfaat | 16 |
| 1.5.1 Teoritis | 16 |
| 1.5.2 Praktis | 16 |
| | |
| BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA | 17 |
| 2.1 Konsep dasar hospitalisasi | 17 |
| 2.1.1 Definisi | 17 |
| 2.1.2 Faktor yang mempengaruhi | 18 |
| 2.1.3 Stressor hospitalisasi dan reaksi anak..... | 20 |
| 2.1.4 Reaksi keluarga | 27 |
| 2.1.5 Asuhan keperawatan anak hospitalisasi..... | 32 |
| 2.2 Konsep dasar <i>atraumatic crae</i> | 37 |
| 2.2.1 Definisi | 37 |
| 2.2.2 Prinsip atrumatic care | 39 |
| 2.3 Konsep Dasar <i>family center care</i> | 45 |
| 2.3.1 Elemen penting FCC | 49 |
| 2.3.2 Manfaat FCC..... | 49 |
| 2.3.3 Elemen pokok FCC..... | 50 |
| 2.3.4 Prinsip dasar FCC..... | 51 |
| 2.4 Konsep dasar <i>discharge planning</i> | 51 |
| 2.4.1 Pengertian | 51 |

| | | |
|--|---|-----|
| 2.4.2 | Tim DP | 54 |
| 2.4.3 | Tujuan DP | 55 |
| 2.4.4 | Prinsip DP | 56 |
| 2.4.5 | Pronsep DP | 56 |
| 2.4.6 | Unsur DP | 62 |
| 2.5 | konsep dasar <i>Health Promotion Model</i> | 66 |
| 2.5.1 | Expectancy value theory | 66 |
| 2.5.2 | Social cognitive theory | 67 |
| 2.5.3 | Konsep mayor | 67 |
| 2.5.4 | Asumsi mayor | 67 |
| 2.5.5 | proposisi model promosi kesehatan | 69 |
| BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS | | |
| | PENELITIAN | 75 |
| 3.1 | Kerangka Konsep | 75 |
| 3.2 | Hipotesis Penelitian | 77 |
| BAB 4 METODE PENELITIAN | | |
| 4.1 | Jenis/Rancangan Penelitian | 78 |
| 4.2 | Populasi, besar sampel (sample size) dan tehnik Pengambilan sampel | 78 |
| 4.3 | Variabel Penelitian | 80 |
| 4.3.1 | Variabel independen | 80 |
| 4.3.2 | Variabel independen | 80 |
| 4.4 | Instrumen Penelitian | 85 |
| 4.5 | Lokasi dan Waktu Penelitian | 90 |
| 4.6 | Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan Data | 90 |
| 4.7 | Cara Pengolahan dan Analisis Data | 91 |
| 4.8 | Kerangka operasional | 93 |
| 4.9 | Etika Penelitian | 94 |
| BAB 5 ANALISIS HASIL PENELITIAN | | |
| 5.1 | Gambaran Umum Lokasi Penelitian | 98 |
| 5.2 | Karakteristik umum | 99 |
| 5.3 | Data variabel | 100 |
| 5.3.1 | Data discharge planning | 100 |
| 5.3.2 | Pemahaman keuntungan | 101 |
| 5.3.3 | Data sikap | 102 |
| 5.3.4 | Self efficacy | 103 |
| 5.3.5 | Data perilaku | 103 |
| 5.3.5 | Komitmen ibu | 104 |
| 5.3.7 | Tindakan ibu | 104 |
| 5.3.8 | Stres hospitalisasi | 105 |
| 5.3.9 | Hubungan DP dengan perilaku | 105 |
| 5.3.10 | Hubungan perilaku dengan komitmen | 106 |
| 5.3.11 | Hubungan komitmen dengan tindakan | 107 |
| 5.3.12 | Hubungan tindakan dengan stres hospitalisasi | 108 |

| | |
|--|-----|
| BAB 6 PEMBAHASAN | 115 |
| 6.1 Pelaksanaan <i>Discharge planning</i> | 115 |
| 6.2 Hubungan DP dengan perilaku spesifik dan kognisi | 120 |
| 6.3 Hubungan perilaku spesifik dengan komitmen..... | 124 |
| 6.4 Hubungan komitmen dengan tindakan dalam <i>atrumatic care</i> | 134 |
| 6.5 Hubungan tindakan dengan stres hospitalisasi | 140 |
| BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN | 146 |
| 7.1 Simpulan | 146 |
| 7.2 Saran | 147 |
| DAFTAR PUSTAKA | 149 |

DAFTAR TABEL

| | | |
|------------|--|-----|
| Tabel 2.1 | Manifestasi cemas akibat perpisahan | 22 |
| Tabel 2.2 | Pedoman penerimaan pasien baru | 32 |
| Tabel 4.1 | Variabel penelitian | 78 |
| Tabel 4.2 | Definisi Operasional | 79 |
| Tabel 5.1 | Data BOR, Av LOS, TOI | 97 |
| Tabel 5.2 | Karakteristik umum | 98 |
| Tabel 5.3 | Distribusi frekuensi DP | 99 |
| Tabel 5.4 | Distribusi Frekuensi pemahaman ibu | 100 |
| Tabel 5.5 | distribusi frekuensi sikap ibu | 101 |
| Tabel 5.6 | Distribusi frekuensi Self Efficacy | 101 |
| Tabel 5.7 | Distribusi frekuensi perilaku spesifik,kognisi | 102 |
| Tabel 5.8 | Distribusi frekuensi komitmen ibu | 102 |
| Tabel 5.9 | Distribusi frekuensi tindakan ibu | 103 |
| Tabel 5.10 | Distribusi frekuensi stres hospitalisasi | 103 |
| Tabel 5.11 | Hubungan DP dengan perilaku | 104 |
| Tabel 5.12 | Hubungan perilaku dengan komitmen | 104 |
| Tabel 5.13 | Hubungan komitmen dengan tindakan | 105 |
| Tabel 5.14 | Hubungan tindakan dengan stres hospitalisasi..... | 105 |
| Tabel 5.15 | Rekapitulasi hubungan antar variabel | 106 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|---|----|
| 1. Gambar 2.1 Bagan <i>health promotion model</i> | 69 |
| 2. Gambar 3.1 Kerangka Konseptual | 73 |
| 3. Gambar 4.1 Kerangka Operasional | 90 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | | |
|-------------|---|-----|
| Lampiran 1 | Surat ijin penelitian | 146 |
| Lampiran 2 | Permintaan menjadi responden | 147 |
| Lampiran 3 | persetujuan menjadi responden | 148 |
| Lampiran 4 | Kuesioner umum | 149 |
| Lampiran 5 | Discharge planning | 150 |
| Lampiran 6 | Kuesioner kognisi | 151 |
| Lampiran 7 | Kuesioner sikap ibu | 154 |
| Lampiran 8 | Kuesioner self efficacy | 155 |
| Lampiran 9 | Kuesioner komitmen | 156 |
| Lampiran 10 | lembar Observasi tindakan | 157 |
| Lampiran 11 | lembar observasi | 158 |
| Lampiran 12 | Uji Validitas dan reliabilitas | 159 |
| Lampiran 13 | Rekapitulasi hasil penelitian | 167 |
| Lampiran 14 | Hasil Non parametric Correlations | 170 |

DAFTAR SINGKATAN

| | |
|-----|---------------------------------|
| FCC | : <i>Family Center Care</i> |
| FGD | : <i>Focus Group Discussion</i> |
| HPM | : <i>Health promotion Model</i> |
| DP | : <i>Discharge planning</i> |

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit dan hospitalisasi seringkali menjadi krisis pertama yang harus dihadapi oleh anak pra sekolah. Anak – anak terutama selama tahun – tahun awal, sangat rentan terhadap krisis penyakit dan hospitalisasi karena stres akibat perubahan dari keadaan sehat dan rutinitas lingkungan, anak memiliki mekanisme koping yang terbatas untuk menyelesaikan stressor. Adapun stressor utama dari hospitalisasi adalah : perpisahan, kehilangan kendali, nyeri dan cedera tubuh. (Wong, 2008). Data yayasan kesejahteraan Anak Indonesia (YKAI, 2006) jumlah anak yang mengalami hospitalisasi terus meningkat mulai tahun 2001 – 2005 pada kelompok pra sekolah yaitu sekitar 25,84 % anak di daerah perkotaan dan 27,98 % anak di daerah pedesaan pada tahun 2005.

Data anak pra sekolah yang menjalani rawat inap di IRNA E RSUD Syarifah Ambami ratu Ebu Bangkalan pada tahun 2011 sejumlah 302. Wawancara dengan perawat IRNA E menunjukkan bahwa reaksi yang dialami anak bervariasi, sekitar 80 % anak mengalami stress hospitalisasi ditunjukkan dengan perilaku secara verbal mengusir perawat, menolak tindakan, menarik tangan, membuang alat yang digunakan perawat, menangis keras sambil memeluk ibunya dan tidak kooperatif terhadap tindakan keperawatan sehingga menghambat tindakan keperawatan.

Tabel 1.1 Respon anak selama pemeriksaan suhu oleh perawat

| N _o | Respon anak | Prosentase |
|----------------|---|------------|
| 1 | Menangis keras dan teriak teriak sambil memeluk erat ibunya | 67 % |
| 2 | Secara verbal mengusir perawat | 50 % |
| 3 | Anak menendang perawat | 50 % |
| 4 | Anak berusaha mencabut thermometer yang dipasang di ketiak | 30 % |

Hasil observasi terhadap 15 anak usia pra sekolah yang rawat inap di IRNA E pada 22 – 26 November 2011 berdasarkan tabel diatas menunjukkan sebagian besar anak tidak kooperatif selama tindakan pemeriksaan suhu. Perilaku ini berlangsung sebelum, selama bahkan sebagian anak masih berperilaku agresif setelah tindakan selesai dilakukan Hal ini didukung oleh penelitian Febrianti (2011), menunjukkan bahwa tingkah laku sosial anak pra sekolah saat menjalani rawat inap mengalami 3 fase yaitu 38,7 % mengalami fase protes, 45,2 % mengalami fase putus asa dan 32,3 % mengalami fase pelepasan pada pengamatan pertama.

Hasil wawancara yang dilakukan pada 15 orang tua di IRNA E sikap protes anak bukan pada saat tindakan yang pertama kali tetapi tindakan yang kedua dan berikutnya. Reaksi anak hampir sama terhadap tindakan yang menyakitkan ataupun tidak menyakitkan seperti pemeriksaan suhu, perawat masuk keruang perawatan, perawat merapikan tempat tidur dan ketika perawat mengganti cairan infus.

Hasil observasi menunjukkan bahwa asuhan keperawatan anak dengan hospitalisasi belum menekankan pada tindakan *atraumatic care*. Kondisi ini

ditunjukkan oleh ruang perawatan anak belum kondusif untuk penyembuhan anak, perawat belum menerapkan 3 prinsip utama *atraumatic care* seperti masih adanya pembatasan orang tua dalam menemani anak yang dirawat. Perawat belum melibatkan anak dalam kegiatan perawatan sehari-hari, perawat belum memperhatikan reaksi nyeri dan intervensi penurunan nyeri sebelum tindakan menyakitkan pada anak.

Perilaku anak yang mengalami stres hospitalisasi akan menghambat tindakan perawatan ataupun medis termasuk ketika dokter melakukan pemeriksaan. Menurut Wong et al (2008), anak menunjukkan sikap tidak kooperatif terhadap rutinitas kegiatan yang biasa dilakukan pada waktu makan, toileting dan mengalami regresi ke tingkat perkembangan yang lebih primitif seperti mengompol, sikap temper tantrum. Sedangkan menurut Supartini (2004), anak yang mengalami hospitalisasi sering menolak dan tidak kooperatif terhadap tindakan yang dilakukan perawat karena merasa terancam dan tidak nyaman dengan perpisahan, lingkungan asing.

Stres hospitalisasi anak juga akan mempengaruhi perilaku orang tua khususnya ibu. Reaksi orang tua terhadap anak yang mengalami hospitalisasi awalnya tidak percaya, marah dan merasa bersalah dengan penyakit yang dialami anaknya, takut, cemas serta frustrasi karena keseriusan penyakit dan intervensi medis yang dialami anaknya. Hasil wawancara dan observasi terhadap 15 orang tua di IRNA E tentang pengalaman ibu menghadapi anaknya yang mengalami hospitalisasi menunjukkan bahwa orang tua khususnya ibunya, 60 % merasa bersalah karena anaknya harus sakit dan dirawat di RS, 67 % menunjukkan

reaksi sering bertanya, 53 % menangis saat anaknya dilakukan tindakan, 53 % tidak berani menanggapi anaknya saat menangis karena tindakan invasif, 60 % ibu cenderung menyalahkan perawat ketika intervensi perawat tidak berhasil terutama dalam pemasangan infus. Kondisi ini membuat keluarga khususnya ibu cemas, frustrasi, perasaan kasihan dan perasaan bersalah karena penyakit dan perawatan yang harus dijalani anaknya serta tidak tahu apa yang harus dilakukannya

Anak yang dirawat di rumah sakit, membuat anak lebih mudah mengalami krisis karena anak mengalami stres akibat perubahan baik terhadap status kesehatannya maupun lingkungannya dalam kebiasaan sehari-hari, anak mempunyai sejumlah keterbatasan dalam mekanisme koping untuk mengatasi masalah maupun kejadian-kejadian yang bersifat menekan. Berbagai perasaan yang sering muncul pada anak, yaitu cemas, marah, sedih, takut, dan rasa bersalah (Wong et al, 2008). Kecemasan anak yang mengalami hospitalisasi akan menurunkan system imun sehingga berpengaruh pada proses penyembuhan. Kondisi ini menyebabkan *Length Of Stay (LOS)* juga akan memanjang.

Reaksi setiap anak terhadap hospitalisasi dipengaruhi oleh perkembangan umur, pengalaman mereka terhadap penyakit, perpisahan ataupun hospitalisasi, kemampuan koping, keseriusan penyakit, dan tersedianya sistem pendukung (Nursalam, 2005). Hasil penelitian Rahmawati (2009) menunjukkan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan anak akibat hospitalisasi. Penelitian Windari (2009), juga membuktikan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengalaman hospitalisasi dengan tingkat kecemasan.

Faktor – faktor resiko yang meningkatkan kerentanan anak terhadap hospitalisasi antara lain temperamen atau sifat anak yang sulit, usia dan tingkat perkembangan anak, jenis kelamin, stress multipel dan berkelanjutan yang dialami anak (sering mengalami hospitalisasi), pengalaman hospitalisasi sebelumnya.

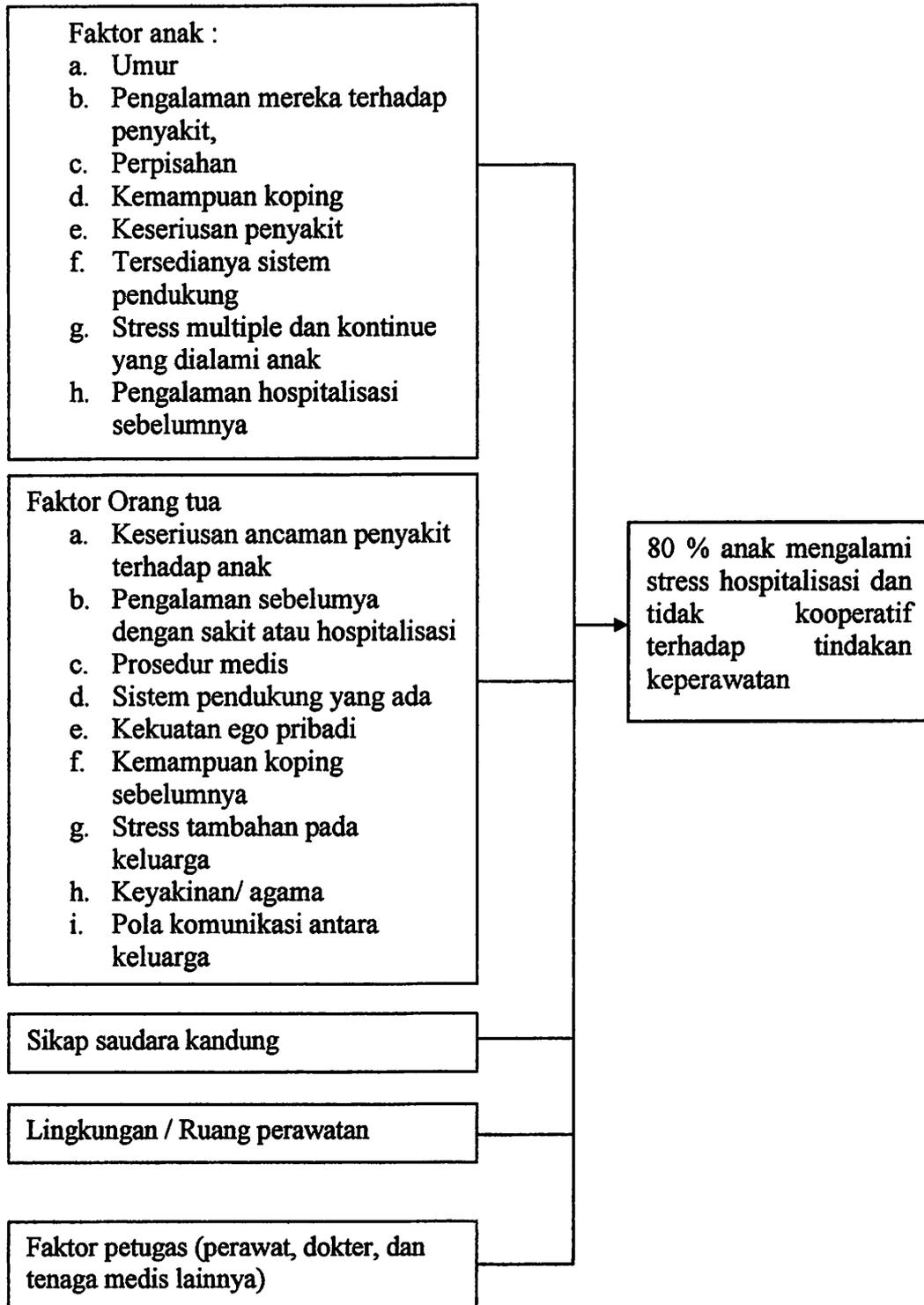
Sebagai salah satu anggota tim kesehatan, perawat memegang posisi kunci untuk membantu orang tua menghadapi permasalahan yang berkaitan dengan perawatan anaknya di rumah sakit karena perawat berada disamping pasien selama 24 jam dan fokus asuhan keperawatan adalah meningkatkan kesehatan anak melalui pemberdayaan keluarga. Asuhan yang berpusat pada keluarga (*Family Center care*) dan *atraumatic care* menjadi falsafah utama dalam pelaksanaan asuhan keperawatan (Supartini, 2004).

Peran dan tanggung jawab perawat dalam meminimalkan stress anak dan orang tua akibat hospitalisasi sangatlah penting. Selama hospitalisasi perawat harus menyadari kebutuhan akan *discharge planning* dan faktor – faktor yang mempengaruhi kemampuan keluarga untuk memberikan asuhan di rumah. Selama ini pelaksanaan *discharge planning* belum diterapkan secara optimal, dimana *discharge planning* hanya dilakukan menjelang pasien pulang dengan menjelaskan jenis obat, jenis makanan yang harus dikonsumsi dan dihindari anak serta prosedur kontrol. Menurut Hatfield (2008) *discharge planning* harus dimulai sejak dini pada saat penerimaan awal di Rumah Sakit. Perawat dan anggota tim kesehatan yang lainnya mengkaji tingkat pengetahuan anak dan keluarga tentang kemampuan untuk mempelajari kondisi anak dan perawatan setelah anak pulang ke rumah. Untuk itu orang tua khususnya ibu harus memiliki

pemahaman, sikap, komitmen dan kemampuan dalam tindakan *atraumatic care* untuk menurunkan stres hospitalisasi anak. Hasil penelitian yang dilakukan Mandasary (2010) menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sehingga disarankan perawat memberikan orientasi RS kepada ortu yang anaknya di RS.

Aplikasi *discharge planning* dalam menurunkan stress akibat hospitalisasi pada anak prasekolah diberikan pada orang tua khususnya ibu. Pemberian *discharge planning* pada anak prasekolah yang mengalami hospitalisasi menggunakan pendekatan *health promotion model* sebagai upaya meningkatkan perilaku spesifik, kognisi dan sikap orang tua khususnya ibu sehingga ibu memiliki komitmen dalam mengaplikasikan *atraumatic care* selama perawatan anak di rumah Sakit dan di rumah. Diharapkan selama perawatan anak di rumah sakit, perawat memberdayakan (*enabling*) dan memampukan (*empowering*) keluarga khususnya ibu untuk terlibat langsung sehingga ibu menjadi mandiri dalam perawatan anak di rumah sakit sampai perawatan di rumah.

1.2. Identifikasi masalah



1.2.1 Faktor anak

1.2.1.1. Umur

Reaksi anak terhadap sakit dan pengalaman hospitalisasi berbeda – beda sesuai tingkat perkembangan anak. Pada anak usia pra sekolah perawatan di Rumah sakit dipersepsikan sebagai hukuman sehingga anak akan merasa malu, bersalah dan takut. (Supartini, 2004). Persepsi inilah yang menimbulkan reaksi agresif dengan marah, dan berontak secara verbal dan non verbal.

1.2.1.2. Pengalaman mereka terhadap penyakit

Anak pra sekolah yang pernah mengalami penyakit memiliki pengalaman terhadap rasa nyeri, tidak nyaman, dan intervensi yang akan dilakukan padanya. Anak akan lebih mudah beradaptasi dengan kondisinya yang sakit dan harus mengalami hospitalisasi.

1.2.1.3. Perpisahan

Stressor terbesar pada anak pra sekolah yang mengalami hospitalisasi adalah perpisahan dengan keluarga khususnya ibu. Anak merasa terancam, sedih dan takut ketika dipisahkan dari ibunya. Menurut Nursalam (2005), bahwa hubungan ibu dengan anaknya sangat dekat, akibatnya perpisahan dengan ibu akan menimbulkan rasa kehilangan pada anak akan orang terdekat bagi dirinya dan akan lingkungan yang dikenal olehnya, sehingga pada akhirnya menimbulkan perasaan tidak aman dan rasa cemas.

1.2.1.4. Kemampuan coping

Setiap anak pra sekolah sudah memiliki mekanisme coping yang berbeda tergantung dari pengalaman dan pola asuh orang tua. Mekanisme coping yang

positif akan membantu anak dalam menghadapi pengalaman hospitalisasi dengan baik.

1.2.1.5. Keseriusan penyakit

Tingkat keparahan penyakit yang dialami anak pra sekolah mempengaruhi kemampuan anak beradaptasi terhadap pengalaman hospitalisasi. Anak yang menderita penyakit serius membutuhkan waktu yang lebih lama. Nursalam (2005), jika anak mengalami ketergantungan yang lama karena penyakit kronis maka anak akan kehilangan otonominya dan pada akhirnya akan menarik diri dari hubungan interpersonal. Anak dengan penyakit serius perlu dirawat di Rumah sakit serta memerlukan pemeriksaan yang lebih banyak. tidak menutup kemungkinan dilakukan tindakan invasiv secara berulang. Nyeri akibat tindakan invasive merupakan salah satu stressor terbesar bagi anak. Seperti yang dikemukakan oleh Wong et al (2008), bahwa cedera tubuh dan nyeri merupakan salah satu stressor penyebab kecemasan pada anak yang mengalami hospitalisasi.

1.2.1.6. Tersedianya sistem pendukung

Support system dari keluarga khususnya ibu sangat dibutuhkan anak pra sekolah yang mengalami hospitalisasi terutama keberadaan ibu secara fisik dan psikis menemani anaknya selama sakit. Anak akan merasa aman dan nyaman dengan keberadaan ibu yang selalu mendampingi. Menurut hasil penelitian Rahmawati (2009), bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan akibat hospitalisasi pada anak pra sekolah dimana

semakin tinggi tingkat dukungan yang diberikan keluarga maka semakin ringan tingkat kecemasan yang dialaminya.

1.2.1.7. Stres multipel dan berkelanjutan yang dialami anak

Anak pra sekolah dengan penyakit kronis yang membutuhkan perawatan dalam jangka waktu lama serta tindakan invasif berkepanjangan sangat mempengaruhi tingkat stres anak. Anak sering keluar dan masuk Rumah sakit karena penyakit yang dialaminya. Kondisi ini membuat anak putus asa sampai frustrasi sehingga meningkatkan kecemasan akibat hospitalisasi.

1.2.1.8. Pengalaman hospitalisasi sebelumnya

Anak yang pernah mengalami hospitalisasi memiliki tingkat stres yang berbeda dengan anak yang belum pernah mengalami hospitalisasi. Apabila pengalaman yang dialami anak cukup traumatik maka akan menambah stres hospitalisasi, sebaliknya jika anak memiliki pengalaman yang baik maka anak sudah siap dengan mekanisme coping yang positif. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan Windari (2009), bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengalaman hospitalisasi dengan kecemasan anak.

1.2.2. Faktor ibu

1.2.2.1. Keseriusan ancaman penyakit terhadap anak

Tingkat keseriusan penyakit yang dialami anak sangat mempengaruhi tingkat stres orang tua khususnya ibu. Semakin parah penyakit yang dialami anaknya maka akan semakin lama anak mengalami hospitalisasi, kondisi ini juga mengharuskan ibu lebih lama menemani anaknya dan tinggal di Rumah Sakit. Ibu harus mendampingi tindakan perawatan dan medis yang dilakukan pada

anaknyanya termasuk tindakan yang melukai dan menimbulkan nyeri. Kondisi ini membuat ibu merasa bersalah, cemas bahkan frustrasi.. Menurut Wong et al (2008), bahwa hampir semua orang tua dapat bereaksi dengan tidak percaya, marah, merasa bersalah sampai frustrasi. Tingkat stres orang tua khususnya ibu akan meningkatkan kecemasan anak. Apabila anak stres selama perawatan, orang tua menjadi stres pula, dan stres orang tua akan membuat tingkat stres anak semakin meningkat (Supartini, 2004).

1.2.2.2. Pengalaman sebelumnya dengan sakit atau hospitalisasi

Orang tua yang memiliki pengalaman dengan anak yang mengalami hospitalisasi ikut mempengaruhi tingkat stres orang tua dan anak itu sendiri. Orang tua yang pertama kali membawa anaknya ke Rumah sakit memiliki tingkat stres yang cukup tinggi, akan tetapi kondisi ini mungkin tidak akan jauh berbeda dengan orang tua yang memiliki pengalaman hospitalisasi yang traumatik. Seperti yang disampaikan Supartini (2004), bahwa rasa cemas juga dapat muncul pada saat pertama kali datang ke RS dan membawa anaknya untuk dirawat, merasa asing dengan lingkungan RS bahkan bisa saja walaupun orang tua pernah mempunyai pengalaman dirawat di RS tetapi tetap perasaan cemas muncul karena pengalaman sebelumnya dirasakan menimbulkan trauma.

1.2.2.3. Prosedur medis

Prosedur medis terutama tindakan yang melukai dan menimbulkan rasa nyeri bagi anak menjadi salah satu stressor terberat orang tua khususnya ibu. Menurut Nursalam (2005), ketakutan dan rasa cemas orang tua dihubungkan

dengan seriusnya penyakit dan tipe prosedur medis. Orang tua merasa tidak berdaya dan frustrasi dengan prosedur medis yang menimbulkan rasa nyeri. Kondisi ini meningkatkan stres pada orang tua akibatnya juga meningkatkan kecemasan anak akibat hospitalisasi.

1.2.2.3. Sistem pendukung yang ada

Support system dari anggota keluarga yang lain merupakan sumber pendukung terbesar bagi orang tua dalam menghadapi pengalaman hospitalisasi anaknya. Orang tua bisa berbagi kesedihan, kecemasan dan ketakutan tentang kondisi anaknya. Hal ini membantu orang tua beradaptasi dengan kondisi anaknya sehingga memiliki mekanisme coping yang positif.

1.2.2.4. Kemampuan coping sebelumnya

Orang tua memiliki mekanisme coping yang berbeda dalam menghadapi pengalaman hospitalisasi pada anaknya. Sebagian orang tua sulit untuk menerima kenyataan bahwa anaknya mengalami penyakit yang serius, sebaliknya sebagian orang tua mudah putus asa dan depresi menghadapi penyakit dan pengalaman hospitalisasi yang berkepanjangan.

1.2.2.5. Stress tambahan pada keluarga

Kondisi sosial ekonomi yang kurang, hubungan suami istri yang tidak harmonis, ada anak di rumah yang ditinggalkan menambah stressor bagi orang tua. Orang tua khususnya ibu tidak konsentrasi mengurus anak yang sakit di rumah karena anaknya yang lain terabaikan dalam jangka waktu yang lama. Kondisi ini membuat ibu sedih karena perasaan menelantarkan anak –

anakny, frustasi karena perasaan tidak berdaya. Hal ini meningkatkan stres pada orang tua khususnya ibu.

1.2.2.6. Keyakinan/ agama

Kekuatan keyakinan dan kepercayaan sangat dibutuhkan bagi orang tua dengan pengalaman hospitalisasi anaknya. Orang tua dengan keyakinan baik akan selalu berfikir positif, berusaha sebaik mungkin dan menyerahkan semuanya padanya. Kondisi ini membuat orang tua mudah menerima kondisi anaknya sebagai suatu ujian yang harus dihadapi karena pasti ada jalan keluarnya.

1.2.2.7. Pola komunikasi antara keluarga

Keharmonisan antar anggota keluarga termasuk pola komunikasi efektif, asertif dan saling mendukung antar anggota membantu orang tua mengatasi stressor hospitalisasi yang dialami anaknya.

1.2.3. Petugas (perawat, dokter, dan tenaga medis lainnya)

Petugas yang ada di RS termasuk perawat, dokter dan tenaga medis lainnya merupakan orang yang asing bagi anak pra sekolah. Anak merasa tidak aman ketika berinteraksi dengan petugas. Kemampuan petugas untuk melakukan komunikasi dan interaksi sangat mempengaruhi kemampuan anak untuk beradaptasi dengan pengalaman hospitalisasinya.

1.2.4. Lingkungan / Ruang perawatan

Kondisi ruang perawatan mempengaruhi kemampuan anak dalam beradaptasi terhadap pengalaman hospitalisasi. Ruang perawatan idealnya di setting seperti kondisi yang menyerupai rumah atau kamar untuk anak – anak. Kondisi ini sering

tidak mungkin dilakukan karena keterbatasan fasilitas dan kemampuan orang tua. Kondisi ruang perawatan sendiri membantu anak dalam meningkatkan kontrol atau otonomi terhadap dirinya. Menurut Wong et al (2008), bahwa banyak situasi Rumah sakit yang menurunkan jumlah kendali yang dirasakan anak. Stimulus yang berlebihan di ruang perawatan seperti cahaya, bau dan suara. Kondisi ini menjadi tidak kondusif terhadap perkembangan anak sehingga meningkatkan stres hospitalisasi.

1.2.5. Sikap saudara kandung

Sikap saudara kandung terhadap saudaranya yang mengalami hospitalisasi sangat bervariasi tergantung usia perkembangan, pengalaman, kedekatan dengan saudaranya. Penelitian Simon (1993) dalam Wong et al (2008), menunjukkan bahwa sibling memiliki tingkat stres yang sama dengan saudaranya yang mengalami hospitalisasi. Kunjungan sibling juga sangat mempengaruhi kemampuan saudaranya dalam menghadapi hospitalisasi sehingga kecemasan dan stres hospitalisasi menurun.

1.3 Rumusan Masalah

1. Bagaimana gambaran pelaksanaan discharge planning ?
2. Apakah ada hubungan pelaksanaan discharge planning dengan perilaku spesifik, kognitif dan sikap ibu dalam *atraumatic care* ?
3. Apakah ada hubungan perilaku spesifik, kognitif dan sikap ibu dengan komitmen ibu dalam *atraumatic care* ?

4. Apakah ada hubungan komitmen ibu dalam *atraumatic care* dengan tindakan ibu dalam *atraumatic care* ?
5. Apakah ada hubungan tindakan *atraumatic care* ibu dengan stres hospitalisasi anak pra sekolah ?
6. Bagaimanakah model asuhan keperawatan stres hospitalisasi : *discharge planning* pada anak pra sekolah berbasis *health promotion model* (HPM) dan *family center care* (FCC) ?

1.4 Tujuan penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Menyusun modul asuhan keperawatan stress hospitalisasi anak pra sekolah dengan pendekatan *health promotion model* dan *family center care*

1.4.2. Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi gambaran pelaksanaan *discharge planning*
2. Menganalisis hubungan *discharge planning* dengan perilaku spesifik, kognitif dan sikap ibu dalam *atraumatic care*
3. Menganalisis hubungan perilaku spesifik, kognitif dan sikap ibu dengan komitmen ibu dalam *atraumatic care*
4. Menganalisis hubungan komitmen ibu dengan tindakan ibu dalam *atraumatic care*
5. Menganalisis hubungan tindakan ibu dalam *atraumatic care* dengan stres hospitalisasi pada anak pra sekolah

1.5 Manfaat penelitian

1.5.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian dapat menggambarkan bagaimana konsep *helath promotion model* melalui *discharge planning* bisa mempengaruhi perilaku ibu dalam *atraumtaic care (family center care)* dan menjelaskan model asuhan keperawatan yang sesuai untuk anak pra sekolah yang mengalami stres hospitalisasi.

1.5.2 Manfaat praktis

Pelaksanaan *discharge planning* menggunakan pendekatan *health promotion model (HPM)* dari Nola J Pander dan *family center care* dapat menurunkan stres hospitalisasi pada anak pra sekolah yang mengalami hospitalisasi.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Hospitalisasi

2.1.1 Definisi

Penyakit dan hospitalisasi seringkali menjadi krisis pertama yang harus dihadapi oleh anak pra sekolah. Anak – anak terutama selama tahun – tahun awal, sangat rentan terhadap krisis penyakit dan hospitalisasi karena stres akibat perubahan dari keadaan sehat dan rutinitas lingkungan, anak memiliki mekanisme koping yang terbatas untuk menyelesaikan stressor. Stressor utama dari hospitalisasi adalah : perpisahan, kehilangan kendali, nyeri dan cedera tubuh. (Wong et al , 2008).

Hospitalisasi merupakan suatu proses yang karena suatu alasan yang berencana atau darurat, mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit, menjalani terapi, dan perawatan sampai pemulangnya kembali ke rumah (Supartini, 2004).

Hospitalisasi pada pasien anak dapat menyebabkan kecemasan dan stress pada semua tingkat usia. Penyebab dari kecemasan dipengaruhi oleh banyak faktor, baik dari petugas (perawat, dokter, dan tenaga medis lainnya), lingkungan baru, maupun keluarga yang mendampingi. Peran perawat dalam meminimalkan stress akibat hospitalisasi pada anak dan bayi adalah sangat penting. Perawat perlu memahami konsep stress hospitalisasi dan prinsip-prinsip asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan. Stress yang utama selama mengalami hospitalisasi adalah perpisahan,

kehilangan kontrol, adanya luka di tubuh, dan rasa sakit. Reaksi setiap anak terhadap krisis ini adalah dipengaruhi oleh perkembangan umur, pengalaman mereka terhadap penyakit, perpisahan ataupun hospitalisasi, kemampuan coping, keseriusan penyakit, dan tersedianya sistem pendukung. Apabila anak stres selama dalam perawatan, orang tua menjadi stres pula, dan stres orang tua akan membuat tingkat stres anak semakin meningkat (Supartini, 2004). Terutama pada mereka yang baru pertama kali mengalami perawatan anak di rumah sakit, dan orang tua yang kurang mendapat dukungan emosi dan sosial dari keluarga, kerabat, bahkan petugas kesehatan akan menunjukkan perasaan cemasnya, dan ketakutan akan kehilangan anaknya.

2.1.2 Faktor – faktor yang mempengaruhi hospitalisasi (Wong et al, 2008)

1) Umur

Reaksi anak terhadap sakit dan pengalaman hospitalisasi berbeda – beda sesuai tingkat perkembangan anak. Pada anak usia pra sekolah perawatan di Rumah sakit dipersepsikan sebagai hukuman sehingga anak akan merasa malu, bersalah dan takut. (Supartini, 2004).

2) Pengalaman mereka terhadap penyakit

3) Perpisahan

Hubungan ibu dengan anaknya sangat dekat, akibatnya perpisahan dengan ibu akan menimbulkan rasa kehilangan pada anak akan orang terdekat bagi dirinya dan akan lingkungan yang dikenal olehnya, sehingga pada akhirnya menimbulkan perasaan tidak aman dan rasa cemas (Nursalam, 2005).

4) Kemampuan coping

5) Keseriusan penyakit

Tingkat keparahan penyakit yang dialami anak pra sekolah mempengaruhi kemampuan anak beradaptasi terhadap pengalaman hospitalisasi. Anak yang menderita penyakit serius membutuhkan waktu yang lebih lama. Nursalam (2005), jika anak mengalami ketergantungan yang lama karena penyakit kronis maka anak akan kehilangan otonominya dan pada akhirnya akan menarik diri dari hubungan interpersonal. Anak dengan penyakit serius perlu dirawat di Rumah sakit serta memerlukan pemeriksaan yang lebih banyak. tidak menutup kemungkinan dilakukan tindakan invasif secara berulang. Nyeri akibat tindakan invasif merupakan salah satu stressor terbesar bagi anak. Seperti yang dikemukakan oleh Wong et al (2008), bahwa cedera tubuh dan nyeri merupakan salah satu stressor penyebab kecemasan pada anak yang mengalami hospitalisasi.

6) Tersedianya sistem pendukung

Menurut hasil penelitian Rahmawati (2009), bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan akibat hospitalisasi pada anak pra sekolah dimana semakin tinggi tingkat dukungan yang diberikan keluarga maka semakin ringan tingkat kecemasan yang dialaminya.

7) Stress multipel dan *kontinue* yang dialami anak

8) Pengalaman hospitalisasi sebelumnya

Penelitian yang dilakukan Windari (2009), bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengalaman hospitalisasi dengan kecemasan anak.

9) Faktor resiko yang meningkatkan kerentanan anak terhadap stres hospitalisasi

- (1). Temperamen sulit
- (2). Usia
- (3). Jenis kelamin laki – laki
- (4). Kecerdasan dibawah rata – rata
- (5). Stres *multiple* dan *kontinue*

10) Faktor - faktor yang mempengaruhi reaksi orang tua

- (1). Keseriusan ancaman penyakit terhadap anak
- (2). Pengalaman sebelumnya dengan sakit atau hospitalisasi
- (3). Prosedur medis
- (4). Sistem pendukung yang ada
- (5). Kekuatan ego pribadi
- (6). Kemampuan koping sebelumnya
- (7). Stress tambahan pada keluarga
- (8). Keyakinan/ agama
- (9). Pola komunikasi antara keluarga

11) Petugas (perawat, dokter, dan tenaga medis lainnya)

12) Lingkungan / Ruang perawatan

13) Sikap saudara kandung

2.1.3. Stressor hospitalisasi dan Reaksi Anak (Wong, et al, 2008)

2.1.3.1. Cemas Karena Perpisahan

Stres utama dari masa bayi sampai usia pra sekolah, terutama untuk sebagian besar stress yang terjadi pada bayi di usia pertengahan sampai anak

periode prasekolah, khususnya anak yang berumur 16 sampai 30 bulan adalah cemas karena perpisahan

Respon perilaku anak akibat perpisahan dibagi dalam tiga (3) tahap, antara lain seperti *tahap protes*, anak – anka bereaksi secara agresif terhadap perpisahan dengan orang tua. Mereka menangis, berteriak, mencari orangtuanya dengan menggunakan matanya, memanggil orangtuanya, menghindar dan menolak berhubungan dengan orang asing. (Wong et al, 2008). Perilaku tambahan yang diobservasi selama masa toddler adalah secara verbal, anak menyerang dengan rasa marah seperti mengatakan “pergi”, memaksa orangtuanya untuk tetap tinggal. Perilaku ini dapat berlangsung dari beberapa jam hingga beberapa hari. Perilaku protes tersebut, seperti menangis, akan terus berlanjut dan hanya akan berhenti bila anak merasa kelelahan (Nursalam, 2005). Pendekatan dengan orang asing yang tergesa-gesa akan meningkatkan protes. *Tahap putus asa*, tangisan berhenti dan muncul depresi. Anak menjadi kurang aktif, tidak tertarik untuk bermain atau terhadap makanan, dan menarik diri dari orang lain. (wong et al, 2008). 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, mengisap jempol jari). Pada tahap ini, kondisi anak mengkhawatirkan karena anak menolak untuk makan, minum, atau bergerak (Nursalam, 2005). *Tahap pelepasan*, pada tahap ini secara superficial tampak bahwa anak pada akhirnya menyesuaikan diri terhadap kehilangan. Anak tersebut menjadi lebih tertarik terhadap lingkungan sekitar, bermain dengan

orang lain, dan tampak membuat hubungan baru. Akan tetapi perilaku ini merupakan hasil dari kepasrahan dan bukan tanda – tanda kesenangan. Anak memisahkan diri dari orang tua sebagai usaha menghilangkan stress emosional. Karena menginginkan kehadiran orang tua dan mengatasinya dengan membentuk hubungan baru. Meskipun perkembangan ke tahap pelepasan jarang terjadi tahap –tahap awal perpisahan sering terlihat meskipun perpisahan dengan orang tua terjadi singkat. (Wong et al, 2008). Pada tahap ini, secara samar-samar anak menerima perpisahan, mulai tertarik dengan apa yang ada di sekitarnya, dan membina hubungan dangkal dengan orang lain. Anak mulai kelihatan gembira, fase ini biasanya terjadi setelah perpisahan yang lama dengan orangtua (Nursalam, 2005)

Kecemasan akibat perpisahan merupakan stress terbesar yang ditimbulkan oleh hospitalisasi selama kanak kanak awal. Jika perpisahan tersebut dapat dihindari maka anak anak memiliki kapasitas yang luar biasa untuk menghadapi stres lainnya. Anak – anak pada tahap toddler menunjukkan lebih banyak perilaku menuju tujuan misalnya memohon orang tua tetap tinggal dan menahan secara fisik. Mereka dapat menunjukkan sikap tidak senang pada saat orang tu datang atau pergi dengan sikap tempertantrum , menolak rutinitas seperti makan, menjelang tidur, toileting, atau mengalami regresi ke perkembangan yang lebih primitive (Wong et al, 2008).

Anak pra sekolah lebih aman secara interpersonal dari pada toddler maka mereka dan lebih cenderung membangun rasa percaya pengganti pada orang dewasa lain yang bermakna untuknya. Akan tetapi stres karena penyakit

biasanya membuat anak pra sekolah menjadi kurang mampu menghadapi perpisahan, akibatnya mereka menunjukkan perilaku kecemasan. Anak pra sekolah menunjukkan kecemasan dengan cara menolak makan, sulit tidur, menangis diam – diam. Karena kepergian orang tua mereka, terus bertanya kapan orang tua datang, atau menarik diri dari orang lain. Mereka dapat mengungkapkan rasa marah secara tidak langsung dengan memecahkan mainan, memukul anak lain, menolak bekerja sama selama aktifitas perawatan diri yang biasa dilakukan (Wong et al, 2008).

Tabel 2.1 Manifestasi cemas akibat perpisahan (Wong et al, 2008)

| Fase | Manifestasi |
|-------------------|---|
| 1. Fase protes | <p>a. Perilaku yang di observasi masa bayi akhir :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menangis 2) Berteriak 3) Mencari orang tua dengan mata 4) Memegang erat orang tua 5) Menghindarai dna menolak kontak dengan orang asing <p>b. Perilaku yang di observasi masa toddler</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menyerang orang asing secara verbal 2) Menyerang orang asing secara fisik 3) Mencoba pergi mencari orang tua 4) Mencoba menahna orang tua secara fisik agar tetap tinggal <p>c. Perilaku tersebut bisa bertahan dari beberap jam sampai beberapa hari</p> <p>d. Protes seperti menangis, dapat terus berlangsung hanya berhenti bila lelah</p> <p>e. Pendekatan orang asing dapat meneruskan stress</p> |
| 2. Fase putus asa | <p>a. Perilaku yang diobservasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tidak aktif 2) Menarik diri dari orang lain 3) Depresi, sedih 4) Tidak teratrik dengan lingkungan 5) Tidka komunikatif 6) Mundur ke perilaku awal <p>b. Lamanya perilaku bervariasi</p> <p>c. Kondisi fisik anak dapat memburuk karena menolak makan, minum atau bergerak</p> |
| 3. Fase pelepasan | <p>a. Perilaku yang diobservasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menunjukkan peningkatan minat terhadap lingkungan sekitar 2) Berinteraksi dengan orang asing atau pemberi asuhan yang dikenalnya 3) Membentuk hubungan baru namun dangkal 4) Tampak bahagia <p>b. Pelepasan biasanya terjadi setelah perpisahan yang terlalu lama dengan orang tua</p> <p>c. Perilaku tersebut terjadi secara superfisial akibat kehilangan</p> |

2.1.3.2. Kehilangan Kendali

Salah satu faktor yang mempengaruhi jumlah stres akibat hospitalisasi adalah jumlah kendali yang anak rasakan. Kurangnya kendali akan meningkatkan persepsi ancaman dan dapat mempengaruhi ketrampilan coping anak-anak. Banyak situasi rumah sakit yang menurunkan kendali anak (Wong et al, 2008).

Balita berusaha sekuat tenaga untuk mempertahankan otonominya. Hal ini terlihat jelas dalam perilaku mereka dalam hal kemampuan motorik, bermain, melakukan hubungan interpersonal, melakukan aktivitas hidup sehari-hari (*activity of daily living-ADL*), dan komunikasi. Balita telah mampu menunjukkan kestabilan dalam mengendalikan dirinya dengan cara mempertahankan kegiatan-kegiatan rutin seperti tersebut di atas. Akibat sakit dan di rawat di rumah sakit, anak akan kehilangan kebebasan pandangan egosentris dalam mengembangkan otonominya. Hal ini akan menimbulkan regresi (Nursalam, 2005).

Anak pra sekolah juga menderita akibat kehilangan kendali yang disebabkan oleh restriksi fisik, perubahan rutinitas dan ketergantungan yang harus dipatuhi. Akan tetapi kemampuan kognitif spesifik mereka yang membuatnya merasa berkuasa, juga membuatnya kehilangan kendali. Egosentris dan pemikiran magis anak pra sekolah membatasi kemampuan mereka untuk memahami berbagai peristiwa karena mereka memandang semua pengalaman dari sudut pandang mereka sendiri (egosentrik). Pemikiran praoperasional anak pra sekolah memiliki arti bahwa penjelasan dipahami hanya dalam istilah kejadian yang nyata. Instruksi verbal murni sering tidak

adekuat bagi mereka karena mereka tidak mampu mengabstraksikan dan mensintesis lebih dari yang dapat dilakukan akal sehat mereka. Penalaran transduktif member kesan bahwa anak pra sekolah menyimpulkan dari yang sesuatu yang khusus ke sesuatu yang khusus lagi bukan dari spesifik ke umum atau sebaliknya (Wong et al, 2008).

2.1.3.3. Luka pada Tubuh dan Rasa Sakit (Rasa Nyeri)

Takut akan cedera tubuh dan nyeri sering terjaid diantara anak – anak. Konsekuensi rasa takut ini dapat sangat mendalam, orang dewasa yang mengalami lebih banyak rasa takut dan nyeri karena pengobatan akan merasa lebih takut terhadap nyeri dimasa dewasa dan cenderung menghindari perawatan medis (Pete dkk, 1996 dalam Wong et al 2008).

Konsep sakit anak pra sekolah dipengaruhi oleh perkembangan kognitif yaitu pra operasional. Anak pra sekolah sulit membedakan antara diri mereka sendiri dan dunia luar. Pemikiran mereka difokuskan pada kejadian eksternal yang dirasakan dan kausalitas dibuat berdasarkan kedekatan antara dua kejadian. Akibatny anak – anak mendefinisikan penyakit berdasarkan apa yang diberitahukan pada mereka atau bukti eksternal yang diberikan. Agresi fisik dan verbal lebih spesifik dan mengarah kepada tujuan misalnya mendorong orang yang akan melakukan tindakan, mencoba mengamankan peralatan, berusaha mengunci diri di tempat yang aman. Anak pra sekolah menunjukkan letak nyeri mereka dan dapat menggunakan skala nyeri dengan tepat. Anak – anak usia 3 tahun dapat menggunakan alat pengkajian menggunakan ekspresi wajah terhadap nyeri (Wong et al, 2008).

Konsekuensi dari rasa takut dapat dijabarkan secara berbeda, seperti orang dewasa yang memiliki pengalaman lebih banyak dalam hal rasa takut dan nyeri berbeda dengan anak yang berusaha untuk menghindari dari rasa nyeri dalam hal pengobatan medis.

Reaksi balita terhadap rasa nyeri sama seperti sewaktu masih bayi, namun jumlah variabel yang mempengaruhi responnya lebih kompleks dan bermacam-macam. Anak akan bereaksi terhadap nyeri dengan menyeringaikan wajah, menangis, mengatupkan gigi, menggigit bibir, membuka mata dengan lebar, atau melakukan tindakan yang agresif seperti menggigit, menendang, memukul, atau berlari keluar (Nursalam, 2005).

2.1.4. Reaksi dan Stressor Keluarga yang Anaknya di hospitalisasi

Hospitalisasi dan krisis dari penyakit anak mempengaruhi setiap keluarga dan dipengaruhi oleh berbagai macam faktor. Faktor-faktor tersebut dapat terjadi pada keluarga, seperti :

2.1.4.1. Orngtua

Krisis penyakit dan hospitalisasi pada anak mempengaruhi anggota keluarga inti. Reaksi orang tua tergantung beberapa faktor yang mempengaruhinya. Hampir semua orang tua berespon terhadap penyakit dan hospitalisasi anak mereka dengan reaksi yang luar biasa konsisten. Pada awalnya orang tua dapat bereaksi dengan tidak percaya, terutama jika penyakit tersebut muncul tiba tiba dan serius. Setelah realisasi penyakit orang tua bereaksi dengan marah, merasa bersalah atau keduanya. Mereka dapat menyalahkan diri mereka sendiri atas penyakit anak tersebut atau

menyalahkan orang lain. Jika hospitalisasi diindikasikan, rasa bersalah orang tua semakin menguat karena orang tua merasa tidak berdaya dalam mengurangi nyeri fisik dan emosional anak (Wong et al, 2008).

Takut, cemas dan frustrasi merupakan perasaan yang banyak diungkapkan oleh orang tua. Takut dan cemas dapat berkaitan dengan keseriusan penyakit dan jenis prosedur medis yang dilakukan. Sering kali kecemasan yang paling besar berkaitan dengan nyeri dan trauma pada anak. Perasaan frustrasi sering berhubungan dengan kurangnya informasi tentang prosedur dan pengobatan, ketidaktahuan tentang peraturan RS, rasa tidak diterima oleh petugas, atau takut mengajukan pertanyaan. Orang tua akhirnya dapat bereaksi dengan beberapa tingkat depresi yang biasanya terjadi ketika krisis akut sudah berlalu, seperti setelah pemulangan atau pemulihan yang sempurna. Orang tua juga merasa khawatir dan kerinduan terhadap anak-anak mereka yang lain, yang mungkin ditinggalkan dalam perawatan keluarga teman atau tetangga. Alasan kecemasan orang tua yang lain adalah masa depan anaknya, termasuk dampak negative dari hospitalisasi dan beban keuangan akibat hospitalisasi tersebut (Wong et al, 2008).

Perasaan sedih muncul ketika anak dalam kondisi terminal dan orang tua mengetahui bahwa tidak ada lagi harapan anaknya untuk sembuh. Bahkan pada saat anaknya menjelang ajal, rasa sedih dan berduka akan dialami orang tua, di satu sisi orang tua dituntut mendampingi dan memberikan bimbingan spiritual. Di sisi lain orang tua mengalami ketidakberdayaan dan kesedihan. Pada kondisi ini orang tua menunjukkan perilaku isolasi atau tidak mau

didekati orang lain, bahkan bisa tidak kooperatif terhadap petugas kesehatan (Supartini, 2004)

Orang tua akan merasa cemas dan takut pada saat melihat anak mendapat prosedur menyakitkan seperti pengambilan darah, injeksi, infuse, dilakukan punksi lumbal dan prosedur invasive lainnya. Seringkali orang tua menangis Karena tidak tega melihat anaknya, dan pada kondisi ini perawat atau petugas kesehatan harus bijaksana bersikap pada anak dan orang tuanya (Supartini, 2004).

2.1.4.2.Reaksi Saudara Kandung

Reaksi saudara kandung terhadap anak yang sakit, seperti merasa kesepian, ketakutan, khawatir, marah, cemburu, benci, dan merasa bersalah. Hal ini disebabkan orang tua lebih mencurahkan perhatian pada anak yang sakit (Nursalam, 2005).

Selain perasaan tersebut saudara kandung juga merasa takut, cemas dna perasaan kesepian. Perasaan takut dan cemas karena kondisi saudara kandungnya yang sedang dirawat di RS. Perasaan sendiri dan sepi muncul karena situas ruangan tidak seperti biasanya, ketika anggota keluarga lengkap berkumpul di rumah (Supartini, 2004).

Craft (1993) dalam Wong et al (2008), melaporkan bahwa faktor – faktor terkait sibling yang berhubungan dengna reaksi sibling antara lain usia lebih muda, anak dirawat diluar yang bukan saudaranya, serta perasaan diperlakukan berbeda dibandingkan sebelum saudaranya mengalmi hospitalisasi.

2.1.4.3. Penurunan Peran Anggo'a Keluarga

Dampak dari perpisahan mempengaruhi peran dari orang tua, karena orang tua mencurahkan perhatian pada anak yang sakit, dan ini mengembangkan sikap tidak adil. Respon itu biasanya tidak disadari dan tidak disengaja. Orangtua sering menyalahkan perilaku saudara kandung sebagai antisosial karena sikap cemburu dan merasa tidak diperhatikan (Wong et al, 2008). Menurut Supartini (2004), bahwa reaksi-reaksi tersebut di atas bersifat individual, dan sangat bergantung pada tahapan usia perkembangan anak, pengalaman sebelumnya terhadap sakit, sistem pendukung yang tersedia, dan kemampuan coping yang dimilikinya.

2.1.4.4. Reaksi anak terhadap hospitalisasi (Supartini, 2004)

1) Masa Bayi (0 sampai 1 tahun)

Masalah yang utama terjadi adalah dampak dari perpisahan dengan orang tua sehingga ada gangguan pembentukan rasa percaya dan kasih sayang. Pada anak usia lebih dari enam bulan terjadi *stranger anxiety* atau cemas apabila berhadapan dengan orang yang tidak dikenalnya dan cemas karena perpisahan. Reaksi yang sering muncul pada anak usia ini adalah menangis, marah, dan banyak melakukan gerakan sebagai sikap *stranger anxiety*. Bila ditinggalkan ibunya, bayi akan merasa cemas karena perpisahan dan perilaku yang ditunjukkan adalah dengan menangis keras. Respon terhadap nyeri atau adanya perlukaan biasanya menangis keras, pergerakan tubuh yang banyak, dan ekspresi wajah yang tidak menyenangkan (Supartini, 2004).

2) Masa Todler (2 tahun sampai 3 tahun)

Usia toddler bereaksi terhadap hospitalisasi sesuai dengan sumber stressnya. Sumber stress yang utama adalah cemas akibat perpisahan. Respon perilaku anak sesuai dengan tahapannya, yaitu tahap protes, perilaku yang ditunjukkan adalah menangis kuat, menjerit memanggil orang tua atau menolak perhatian yang diberikan orang lain. Pada tahap putus asa, perilaku yang ditunjukkan adalah menangis berkurang, anak tidak aktif, kurang menunjukkan minat untuk bermain dan makan, sedih, dan apatis. Pada tahap pengingkaran, perilaku yang ditunjukkan adalah secara samar mulai menerima perpisahan, membina hubungan secara dangkal, dan anak mulai terlihat menyukai lingkungannya.

Adanya pembatasan terhadap pergerakannya, anak akan kehilangan kemampuannya untuk mengontrol diri dan anak menjadi tergantung pada lingkungannya. Akhirnya, anak akan kembali mundur pada kemampuan sebelumnya atau regresi. Terhadap perlukaan yang dialami atau nyeri yang dirasakan karena mendapatkan tindakan invasif, seperti injeksi, infus, pengambilan darah, anak akan meringis, menggigit bibirnya, dan memukul. Walaupun demikian, anak dapat menunjukkan lokasi rasa nyeri dan mengomunikasikan rasa nyeri (Supartini, 2004).

3) Masa prasekolah (3 tahun sampai 6 tahun)

Perawatan anak di rumah sakit memaksa anak untuk berpisah dari lingkungan yang dirasakannya aman, penuh kasih sayang, dan

menyenangkan, yaitu lingkungan rumah, permainan, dan teman sepermainannya. Reaksi terhadap perpisahan yang ditunjukkan anak usia prasekolah adalah dengan menolak makan, sering bertanya, menangis walaupun secara perlahan, dan tidak kooperatif terhadap petugas kesehatan. Perawatan di rumah sakit juga membuat anak kehilangan kontrol terhadap dirinya. Perawatan di rumah sakit mengharuskan adanya pembatasan aktivitas anak sehingga anak merasa kehilangan kekuatan diri. Perawatan di rumah sakit sering kali dipersepsikan anak prasekolah sebagai hukuman sehingga anak akan merasa malu, bersalah, atau takut. Ketakutan anak terhadap perlukaan muncul karena anak menganggap tindakan dan prosedurnya mengancam integritas tubuhnya. Hal ini menimbulkan reaksi agresif dengan marah dan berontak, ekspresi verbal dengan mengucapkan kata-kata marah, tidak mau bekerja sama dengan perawat, dan ketergantungan pada orangtua (Supartini, 2004).

2.1.5. Asuhan keperawatan pada anak yang dihospitalisasi

2.1.5.1. Persiapan Hospitalisasi

Alasan mempersiapkan anak menghadapi pengalaman rumah sakit dan prosedur yang terkait dibuat berdasarkan prinsip bahwa ketakutan akan ketidaktahuan lebih besar dari pada ketakutan yang diketahui. Untuk itu mengurangi unsur ketidaktahuan dapat mengurangi ketakutan anak (Wong et al, 2008). Meskipun persiapan untuk hospitalisasi merupakan prakti yang umum, belum ada standar atau program universal tertentu. Proses persiapan dapat dilakukan dengan tur ke RS, bermain dengan miniatur RS melalui buku,

video atau terbatas pada deskripsi singkat aspek-aspek tentang dirawat di RS (Stewart et al dalam Wong et al, 2008).

2.1.5.2. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah pertama dalam mengidentifikasi diagnosis keperawatan dan perencanaan asuhan bagi setiap anak. Tujuan utama perawat adalah memberikan asuhan atraumatik. Oleh karena itu pengkajian pasien harus bersifat individu dan mencakup evaluasi sosial, kebutuhan pendidikan, latar belakang budaya, dan efek dari sakit terhadap keluarga (Wong et al, 2008).

Riwayat keperawatan awal masuk adalah pengumpulan data yang sistematis tentang anak dan keluarga yang memungkinkan perawat untuk merencanakan asuhan keperawatan secara individu. Salah satu tujuan utama dari riwayat tersebut adalah mengkaji kebiasaan sehat anak di rumah untuk menciptakan lingkungan yang lebih normal di Rumah Sakit. Oleh karena itu peranyaan – pertanyaan yang berkaitan dengan aktifitas sehari hari anak merupakan bagian utama proses pengkajian (Wong et al, 2008).

2.1.5.3. Menyiapkan anak untuk hospitalisasi

Persiapan yang dibutuhkan anak pada hari masuk RS bergantung pada jenis konseling pra rumah sakit yang telah mereka terima. Jika mereka telah dipersiapkan dalam program formal, mereka biasanya mengetahui apa yang akan terjadi dalam prosedur medis awal, fasilitas rawat inap, dan staff keperawatan. Akan tetapi konseling pra RS tidak melupakan kebutuhan akan

dukungan selama prosedur seperti pengambilan specimen darah, pemeriksaan fisik dll.

Saat seorang anak masuk RS perawat melakukan beberapa prosedur penerimaan yang cukup universal. Salah satu keputusan penting adalah pemilihan kamar. Pertimbangan dalam pemilihan kamar antara lain usia, jenis kelamin dan sifat penyakit. Idealnya pemilihan kamar berdasarkan keanekaragaman kebutuhan perkembangan dan psikobiologis. Penentuan teman sekamar yang sesuai baik bagi anak-anak maupun orang tua rawat gabung sangat mempengaruhi potensi pertumbuhan dari pengalaman RS (Wong et al, 2008).

Tabel 2.2 pedoman penerimaan pasien anak baru

| | |
|-----------------|--|
| Pra penerimaan | <ul style="list-style-type: none"> a. Pilih ruangan berdasarkan pertimbangan usia perkembangan, keseriusan penyakit, resiko penularan, dan perkiraan lama rawat inap b. Siapkan taman sekamar untuk kedatangan pasien baru termasuk dengan orang tuanya c. Siapkan kamar untuk anak dan keluarga dengan format penerimaan dan alat – alat di dekat pasien agar tidak perlu meninggalkan anak |
| Fase penerimaan | <ul style="list-style-type: none"> a. Perkenalkan perawat pada anak dan keluarga b. Orientasikan anak dan keluarga dengan fasilitas rawat inap terutama ruangan (bel panggil, kamar mandi, pengendalian tempat tidur) serta unit tertentu seperti ruang bermain, c. Perkenalkan keluarga pada teman sekamar dan keluarga yang lain d. Jelaskan peraturan dan jadwal Rumah Sakit (jam berkunjung, jam makan, jam visite) e. Lakukan riwayat keperawatan awal f. Ukur tanda tanda vital, berat badan, tinggi badan g. Ambil specimen laboratorium sesuai kebutuhan h. Dukung anak dan bantu praktisi melakukan pemeriksaan fisik |

2.1.5.4. Mencegah atau meminimalkan perpisahan

Tujuan keperawatan yang utama adalah mencegah perpisahan, terutama bagi anak – anak yang berusia kurang dari 5 tahun. Sebagian besar RS sudah

mulai menerima kehadiran orang tua setiap waktu. Banyak diantar RS mulai menyediakan fasilitas seperti bangku atau tempat tidur sedikitnya untuk 1 orang, hak pemakaian dapur dan lainnya yang mengindikasikan penerimaan terhadap kehadiran orang tua. Perawat harus menghargai sikap anak terhadap perpisahan karena fase protes dan fase putus asa adalah normal. Anak diperbolehkan untuk menangis, sekalipun anak menolak kehadiran orang asing, perawat tetap harus memberikan dukungan fisik. Kehadiran didefinisikan dengan meluangkan waktu secara fisik dekat dengan anak sambil menggunakan suara bernada tenang, pilihan kata yang tepat, kontak mata, dan sentuhan yang mengkomunikasikan rasa empati (Wong et al, 2008).

Perpisahan juga sama sulitnya dengan orang tua terutama jika mereka tidak memahami sikap cemas akibat perpisahan. Penjelasan pada orang tua bagaimana reaksi anak setelah kepergian orang tua juga cukup membantu. Toddler dan prasekolah memiliki konsep yang sangat terbatas tentang waktu (Wong et al, 2008).

2.1.5.5. Meminimalkan kehilangan kendali (Wong et al, 2008)

Perasaan kehilangan pengendalian terjadi akibat perpisahan, retiksi fisik, perubahan rutinitas, pemaksaan ketergantungan dan pemikiran magis.

- 1) Meningkatkan kebebasan bergerak
- 2) Mempertahankan rutinitas anak
- 3) Mendorong kemandirian
- 4) Meningkatkan pemahaman

2.1.5.6. Mencegah atau meminimalkan ketakutan atau cedera tubuh (Wong et al, 2008)

1) Pengkajian nyeri

Pengkajian nyeri merupakan komponen penting dari proses keperawatan.

Prinsip pengkajian nyeri pada anak salah satunya menggunakan pendekatan

QUESTT :

- (1) Question the child
- (2) Use pain rating scale
- (3) Evaluate behavioral and pshyologis change
- (4) Secure parent's involvement
- (5) Take the cause of pain into account
- (6) Take action and evaluate results

2) Penatalaksanaan nyeri

(1). Penatalaksanaan non farmakologis

Nyeri sering dihubungkan dengan takut, cemas, dan stres. Sejumlah penatalaksanaan nyeri non farmakologi seperti distraksi relaksasi, imajinasi terbimbing, dan stimulasi kutaneus, memberikan mekanisme koping yang dapat mengurangi persepsi rasa nyeri, membuat nyeri lebih

dapat ditoleransi, menurunkan kecemasan dan meningkatkan keefektifan terapi analgesik.

(2). Penatalaksanaan farmakologis

2.1.5.7. Memfasilitasi aktifitas yang sesuai dengan perkembangan

2.1.5.8. Memberi kesempatan anak untuk bermain

2.1.5.9. Memaksimalkan manfaat bermain

- 1) Meningkatkan hubungan orang tua – anak
- 2) Memberi kesempatan pendidikan
- 3) Meningkatkan penguasaan diri
- 4) Memfasilitasi sosialisasi

Selama menjalani hospitalisasi anak akan mengalami stres akibat perpisahan, kehilangan kendali, nyeri dan perlukaan. Untuk meminimalisir stres hospitalisasi perawat harus mampu mengaplikasikan 3 prinsip utama dari *atraumatic care*.

2.2. Konsep dasar *Atraumatic Care*

2.2.1. Definisi

Atraumatic care adalah perawatan yang tidak menimbulkan trauma untuk meminimalkan distress fisik, dan psikologis pada anak. Dalam perawatan anak banyak intervensi traumatik, penuh stress dan stress nyeri sehingga ini penting bagi perawat untuk mengetahui situasi ini dan memberikan perawatan untuk meminimalkan distress. Tiga prinsip dasar untuk *atraumatic care* yaitu identifikasi stressor untuk anak dan keluarga, meminimalkan perpisahan dari anak dan keluarga, meminimalkan atau mencegah nyeri misal mempersiapkan anak sebelum prosedur

dengan menggunakan penjelasan secara tepat setiap usia, untuk anak yang dijadwalkan pembedahan, persiapan sebelum masuk RS. Menginjak keluarga untuk dilibatkan secara fisik untuk mendukung dan member kenyamanan pada anak, mengontrol nyeri dengan pemberian analgesic, local anastesi sebelum pengambilan darah dan injeksi (Potts & Mandleco, 2012).

Atraumatic care atau asuhan yang tidak menimbulkan trauma pada anak dan keluarganya merupakan asuhan yang teraupetik karena bertujuan sebagai terapi bagi anak. Dasar pemikiran pentingnya asuhan teraupetik Karena bertujuan teraupetik bagi anak. *Atraumatic care* adalah bentuk perawatan teraupetik yang diberikan oleh tenaga kesehatan dalam tatanan pelayanan kesehatan anak, melalui penggunaan tindakan yang dapat mengurangi distress fisik maupun distress psikologis yang dialami anak maupun orang tua. *Atraumatic care* bukan satu bentuk intervensi yang nyata terlihat tetapi memberikan perhatian pada apa, siapa, dimana, mengapa dan bagaimana prosedur dilakukan pada anak dengan tujuan mencegah dan mengurangi stress fisik dan psikologis (Supartini, 2004).

Atraumatic care adalah suatu tindakan perawatan teraupetik yang dilakukan oleh seseorang dengan menggunakan intervensi melalui cara mengeliminasi atau meminimalisasi stress psikologi dan fisik yang dialami oleh anak dan keluarganya dalam sistem pelayanan kesehatan. Perawatan teraupetik termasuk preventif, diagnosis, perawatan paliatif penyakit kronis, atau akut. Konsep atraumatic care untuk menurunkan gangguan fisik dan mental serta menyediakan lingkungan dengan meminimalisir trauma fisik dan mental. Wong et al (2008) menyebutkan prosedur perawatan/*setting* menyangkut tempat pemberian perawatan, misal di rumah, rumah

sakit, ataupun tempat kesehatan yang lain. Personel menyangkut hal orang yang terlibat langsung dalam pemberian terapi. Intervensi melingkupi cakupan psikologi seperti intervensi kejiwaan, yang mengijinkan orangtua dan anak dalam satu ruangan. Tekanan psikologi menyangkut kecemasan, takut, marah, rasa kecewa, sedih, malu, dan rasa bersalah. Adapun rentang tekanan psikologi yang lain adalah tidak bisa tidur dan immobilisasi hingga terganggu ransangan sen sori seperti rasa sakit, kenaikan suhu, suara bising, cahaya lampu, ataupun kegelapan

2.2.2. Prinsip *Atraumatic Care*

Azis, A (2005) mengatakan untuk mencapai perawatan tersebut beberapa prinsip yang dapat dilakukan perawat antara lain, menurunkan atau mencegah dampak perpisahan dari keluarga, meningkatkan kemampuan orangtua dalam mengontrol perawatan anak, mencegah atau mengurangi cedera (*injury*) dan nyeri (dampak psikologis), tidak melakukan kekerasan pada anak, dan modifikasi lingkungan fisik. Dalam Wong et al (2002) tujuan mencapai perawatan *atraumatic care* adalah pertama, jangan menyakiti. Sehingga terdapat tiga prinsip kerangka kerja untuk mencapai tujuan tersebut, yaitu, mencegah atau meminimalkan perpisahan anak dari orangtua, meningkatkan kontrol diri, mencegah atau meminimalkan cedera tubuh. Contoh dari peningkatan tindakan *atraumatic care* menyangkut mengorganisir hubungan orangtua dengan anak selama hospitalisasi, persiapan anak sebelum tindakan atau prosedur yang tidak menyenangkan, mengontrol rasa nyeri, mengijinkan privasi anak, alihkan dengan bermain untuk menghindarkan rasa takut. Karena anak stress dan gelisah serta tidak tenang berada di rumah sakit tanpa orangtua di sampingnya, orangtua pun merasa semakin stress. Stress psikologi pada orangtua dapat berupa perhatian

terhadap nasib anak mereka, lamanya tinggal di rumah sakit, ketidak mampuan berkomunikasi secara efektif dengan profesional kesehatan, dan tidak adekuatnya pengetahuan dan pemahaman tentang situasi kondisi penyakit.

Seiring waktu berlalu, orientasi pelayanan keperawatan anak berubah menjadi *rooming in*, yaitu orangtua boleh tinggal bersama anaknya di rumah sakit selama 24 jam. Selain itu, mainan boleh dibawa ke rumah sakit, dan penting untuk perawat atau tenaga kesehatan mempersiapkan anak dan orangtuanya sebelum dirawat di rumah sakit. Dengan demikian, pendidikan kesehatan untuk orangtua menjadi sangat penting untuk dilakukan perawat. Kerja sama antara orangtua dan tim kesehatan dirasakan besar manfaatnya dan orangtua tidak hanya sekedar pengunjung bagi anaknya. Beberapa bukti ilmiah menunjukkan pentingnya keterlibatan orangtua dalam perawatan anaknya di rumah sakit. Begitu juga keberadaan orangtua terutama kelompok orangtua yang anaknya mempunyai jenis penyakit yang sama ternyata dapat membuat orang tua lebih percaya diri dalam merawat anaknya dan merasa ada dukungan psikologis sehingga diharapkan dapat bekerja sama sebagai mitra tim kesehatan.

Ucapan yang keluar secara verbal dari anak adalah indikator dari nyeri (Acute Pain Management Guideline Panel, 1992 dalam Wong 2008). Anak tidak mengenal arti kata nyeri dan sering mengungkapkan dengan kata-kata yang biasa diucapkan, seperti "owie", "boo-boo", "aduh", "ouh". Ketika *menanyakan rasa nyeri* pada anak, perawat harus ingat bahwa anak mempercayai bahwa ketika mereka mendapat suntikan adalah suatu hukuman sehingga mereka membutuhkan orangtua untuk menemaninya. *Menggunakan skala nyeri* adalah suatu manajemen pengukuran

kuantitatif dari pasien. *Evaluasi perubahan psikologi dan tingkah laku* adalah indikator dan reaksi nonverbal dari anak. Respon perubahan perubahan nyeri pada anak diikuti sesuai umur dan perkembangan. Pada anak infan reaksi itu berupa gerakan reflek pada daerah yang teransang, menangis kuat, ekspresi wajah marah, dan gerakan yang tidak berhubungan dengan rasa ransangan nyeri. Pada anak selalu menangis kuat, berteriak, ungkapan verbal seperti, “ow”, “ouch”, “aduh”, mengayunkan tangan dan lengannya, menolak dengan mendorong, tak kooperatif, permintaan penundaan tindakan, memohon pada orangtua, perawat, atau orang yang dikenal. Pada masa usia sekolah biasanya anak akan mengungkapkan tingkah laku bertahan, dan mengucapkan kata “tunggu sebentar” atau “saya belum siap”, juga menunjukkan kekakuan otot seperti gigi ditutup rapat, mata ditutup dan kening berkerut. Pada masa remaja sikap adanya protes dan gerakan berkurang, dan sering mengungkapkan kata “sakit”, “kamu menyakitiku” dan meningkatnya kontrol otot dan tubuh. *Evaluasi perubahan psikologi dan tingkah laku* adalah ungkapan nonverbal dari anak. Tingkah laku yang ditunjukkan seperti menarik telinga, berbaring miring pada satu sisi dengan kaki ke arah perut yang sakit dan menolak menggerakkan badan. Respon psikologi termasuk hipertensi, takikardi, kurangnya saturasi oksigen dan dilatasi pupil. Skala yang sering digunakan adalah ekspresi wajah, menangis, denyut jantung, pernapasan, saturasi oksigen, dan pergerakan tubuh. *Melibatkan orangtua* adalah penting karena mereka sumber utama informasi bagaimana keadaan nyeri anak mereka dan memegang kunci perawatan anak mereka. Orangtua sangat sensitif terhadap perubahan yang terjadi pada anak mereka dan seringkali ingin ikut terlibat bila anak mereka sakit. Anak-anak akan merasa nyaman dengan kehadiran

orangtua apabila mereka merasa sakit. *Mencari penyebab nyeri pada anak* adalah dengan menggunakan pathologi, karena pathologi dapat memberikan kunci penyebab intensitas dan tipe nyeri. *Ambil tindakan dan evaluasi hasil* adalah menyembuhkan nyeri, hal yang utama menghilangkan nyeri adalah tindakan farmakologi atau dengan non-farmakologi (Wong et al, 2008)

Menurut Supartini (2004) empat prinsip utama yaitu

- a. Cegah atau turunkan dampak perpisahan antara orang tua dan anak dengan menggunakan pendekatan family centered
- b. Tingkatkan kemampuan orang tua dalam mengontrol perawatan anaknya. Pendidikan kesehatan merupakan strategi yang tepat untuk menyiapkan orang tua sehingga terlibat aktif dalam perawatan anaknya
- c. Cegah dan turunkan cedera fisik dan psikologis. Rasa nyeri karena tindakan perlukaan tidak akan bisa dihilangkan tetapi dapat dikurangi dengan tindakan distraksi dan relaksasi
- d. Modifikasi lingkungan rumah sakit dengan mendesainnya seperti di rumah yaitu penataan dan dekorasi bernuansa anak misalnya menggunakan alat tenun dan tirai gambar bunga atau binatang lucu, hiasan dinding lucu, papan nama lucu, dinding warna cerah.

Prinsip utama dalam perawatan atraumatic care (Wong, 2008) adalah

- a. Mencegah atau meminimalkan stressor fisik dengan cara :
 - (1).Menghindari atau meminimalkan prosedur yang menimbulkan nyeri

Contoh

- a. penggunaan jelly xylocain 2 % ke dalam uretra sebelum pemasangan kateter
- b. Penggunaan jarum dengan ukuran kecil
- c. Melakukan injeksi intramuskuler dipaha jangan di pantat

(2). Mencegah atau menghindarkan distress fisik seperti

- a. Penggunaan restrain dengan pertimbangan mutlak atau harus, bisa digantikan dengan *therapeutic hugging* atau pelukan terapeutik
- b. Melakukan suction dengan memasukkan canul kateter tidak lebih dari 0,5 cm dibawah ujung ET
- c. Penggunaan parfum ruangan untuk menghilangkan bau yang tidak menyenangkan
- d. Mengatur jadwal perawatan untuk memberikan periode istirahat atau tidur kepada anak sekitar 60 – 120 menit
- e. Memodifikasi lingkungan fisik rumah sakit dengan desain dekorasi seperti di rumah missal penggunaan alat tenun dan tirai bergambar bunga atau binatang lucu, hiasan dinding bergambar lucu, dinding dicat dengan warna cerah

(3). Mengontrol nyeri

- a. Non farmakologis

Proses pengurangan nyeri sering tidak bisa dihilangkan secara cepat tetapi bisa dikurangi dengan teknik distraksi, relaksasi. Teknik ini bisa dilakukan pada anak dengan membawakan mainan kesayangannya, melakukan hal –

hal yang disukainya seperti mendengarkan cerita, menonton TV, menggambar, mewarnai, bermain puzzle dan lain - lain

b. Farmakologis

b. Mencegah atau meminimalkan perpindahan anak – orang tua

(1).Mengutamakan perawatan *family centered* adalah pasien, orang tua boleh tinggal bersama anak dalam 24 jam

(2).Menggunakan pusat perawatan primer dengan kelompok perawat dan asisten sama

c. Mengedepankan kontrol rasa

(1).Meningkatkan pengetahuan keluarga tentang kondisi anak dan kesehatnnya, serta ketrampilan dalam mengawasi perawatan anak

(2).Menghilangkan ketakutan dan ketidaktahuan

(3).Mengedepankan kesempatan untuk melakukan pengendalian atau kontrol missal dengan berpartisipasi dalam perawatan dan emnggunakan waktu sesuai dengan kebiasaan anak sehari-hari

(4).Satu hal yang harus menjadi perhatian perawat adalah dampak dari lingkungan fisik Rumah sakit dan perilaku petuga skesehatan terhadap anak dan orang tua yang sering menimbulkan trauma. Lingkungan asing, keramaian, bahkan seragam putih bisa menjadi stressor bagi anak. Apalagi perilaku tim kesehatan yang tidak ramah seperti cemberut, muka masam,tidak ada sapaan, acuh, bicara ketus. Hal ini sudah membuat anak ketakutan dan cemas. Namum apabila seorang perawat atau tim kesehatan dating dengan

wajah tersenyum, menyapa dengan lembut, bicara sopan, menawarkan mainan maka anak akan tertarik dan tidak takut. Selain itu untuk mengurangi stres pada anak maka anak diperbolehkan membawa mainan kesayangnya ke RS (Wong et al, 2008).

Peran perawat dalam meminimalkan stress akibat hospitalisasi pada anak dan bayi adalah sangat penting. Perawat perlu memahami konsep stress hospitalisasi dan prinsip-prinsip asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan. salah satu pendekatan yang bisa digunakan perawat untuk meminimalisir stres yang dialami anak akibat hospitalisasi adalah melibatkan, memberdayakan dan memampukan keluarga dengan meningkatkan peran serta keluarga selama perawatan. Keluarga khususnya ibu adalah orang yang paling memahami bagaimana menghadapi anak yang sedang mengalami stres akibat hospitalisasi melalui pendekatan *family center care* .

2.3. Konsep dasar *Family center care*

Penyakit anak dapat memberikan efek trauma bagi anak dan keluarga. Perawatan pediatrik telah mengadopsi filosofi *family center care* untuk memaksimalkan kesehatan pasien anak. Filosofi ini ditemukan pada kolaborasi keluarga, perawat dan petugas kesehatan untuk merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi perawatan. Filosofi didasarkan pada beberapa prinsip yang berpusat pada pendapat keluarga yang konstan pada kehidupan anak (Neal et al, 2007) dalam Saleeba, 2008).

Filosofi asuhan berpusat keluarga menunjukkan keluarga bersifat konstan dalam hidup anak. Sistem pelayanan dan personal harus mendukung, menghargai,

mendorong dan meningkatkan kekuatan dan kompetensi keluarga melalui pemberdayaan pendekatan dan pemberian bantuan efektif (Duns dan Trivette, 1996 dalam Wong et al, 2008). Keluarga didukung dalam peran pemberian perawatan yang alami dan peran pembuatan keputusan dengan membangun kekuatan unik mereka sebagai individu dan keluarga.

Dua konsep dasar dalam asuhan berpusat keluarga adalah memampukan (*empowering*) dan memberdayakan atau melibatkan orang tua dalam perawatan anaknya (*enabling*). Perawat memampukan keluarga dengan menciptakan kesempatan bagi semua anggota keluarga untuk menunjukkan kemampuan dan kompetensi terbaru mereka dan untuk mendapatkan kemampuan dan kompetensi yang baru yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan anak dan keluarga (wong et all, 2008). Perawat memiliki peran penting untuk meningkatkan kemampuan orang tua dalam merawat anaknya. Orang tua dipandang sebagai subyek yang memiliki kemampuan merawat anaknya. Diharapkan selama proses perawatan anaknya, terjadi proses belajar pada orang tua baik dalam hal peningkatan pengetahuan maupun ketrampilan yang berhubungan dengan keadaan sakit anaknya. Dengan demikian pada saat anaknya diperbolehkan pulang ke rumah, orang tua sudah memiliki seperangkat pengetahuan dan ketrampilan untuk merawat anaknya (Supartini, 2004)

Semua profesi kesehatan mengetahui bahwa kualitas pelayanan kesehatan anak harus disampaikan kepada keluarga. Fokus dari perawatan anak harus ditujukan pada anak dan keluarga. *Family center care* adalah sebuah filosofi keperawatan anak yang mengetahui bahwa keluarga adalah pusat dari kehidupan anak dan termasuk kontribusi keluarga juga termasuk dalam perencanaan untuk merawat dan

memberikan perawatan pada anak. Ini merupakan model pelayanan kesehatan untuk melibatkan keluarga pada perawatan anak secara penuh. *Family center care* dimaksudkan dalam merespon kebutuhan kritis, keperawatan yang berkelanjutan terhadap anak. Sebelumnya hubungan ini diabaikan oleh petugas kesehatan. Pada tahun 1987 *family center care* mulai dipublikasikan oleh *association for the care of children health (ACCH)*. Ketika keluarga kooperatif dalam merawat anak maka secara fisik, psikososial anak mengalami perkembangan cukup baik. Keluarga juga dapat mendemonstrasikan cara mengurangi stress dan lebih puas dengan perawatan (Potts & mandleco, 2012).

Perawat harus bekerja dengan keluarga untuk mengembangkan rencana yang terbaik untuk perawatan anak. Orang tua adalah orang yang paling mampu dan ahli dalam merawat anak – anak mereka dan mengetahui lebih tentang anak – anak mereka. Keluarga sebagai sumber utama anak dalam memberikan dukungan selama periode traumatik dalam kehidupan anak. Adanya keluarga selama pelaksanaan prosedur tindakan secara signifikan menurunkan kecemasan anak dan orang tua (Neff, 2003 dalam Saleeba 2008). Penurunan kecemasan dari pasien dan keluarga menurunkan stress pada petugas kesehatan, secara positif berdampak pada kemampuan mereka dalam memberikan perawatan. Perawat harus berada pada kebutuhan anak dan keluarga untuk memaksimalkan hasil perawatan (Saleeba, 2008).

Elemen dari *family center care* didasarkan pada prinsip untuk mempromosikan bahwa keluarga menentukan keputusan terhadap perawatan anak, kemampuan membuat keputusan, *self efficacy*. Hal ini menjadi kekuatan (*empowerment*) bagi

keluarga. Sebaliknya tim petugas kesehatan melaksanakan intervensi, mengevaluasi dan mengontrol tindakan perawatan (Potts & Mandleco, 2012).

Banyak pelayanan kesehatan mendukung ide *family center care* tetapi praktek dari model ini perawatan tidak secara penuh diaktualisasikan. Praktek *family center care* hanya menjadi bagian dari model dari asuhan keperawatan yang mereka yang mereka lakukan (*empowerment versus medical approach*). Perawat sering digunakan sebagai pengganti akan ketergantungan keluarga dan ketidakmampuan dalam mengambil kontrol dan memberikan perawatan tanpa masukan keluarga untuk kenyamanan dan juga kenyamanan staff dan institusi. tetapi Rumah sakit untuk memfasilitasi *family center care*, harus mencari masukan perawat, saran lalu memasukkan saran ini kedalam rencana perawatan dan mengajarkan intervensi yang tepat pada keluarga. Dengan memberikan pendidikan dan pengetahuan perawat dapat dikuatkan untuk memberikan informais keputusan perawatan anak mereka. Strategi lain yang dapat dimasukkan dalam *family center care* termasuk meniadakan batasan usia dan jumlah pengunjung kecuali diinginkan oleh keluarga. Memberikan fasilitas tempat tidur yang nyaman bagi keluarga (Potts & Mandleco, 2012).

Untuk mencapai tujuan dari upaya pencegahan dan pengobatan pada anak yang dirawat di RS, sangat diperlukan kerjasama antara orang tua dengan tim kesehatan dan asuhan pada anak baik sehat maupun sakit paling baik dilaksanakan oleh orang tua dengan bantuan tenaga kesehatan yang kompeten. (Casey, 1977 dalam Supartini, 2004).

Kemitraan orang tua – tim kesehatan adalah mekanisme yang sangat kuat untuk memampukan dan memberdayakan keluarga. Orang tua berhak dihargai seperti

halnya perawat dan mereka mempunyai hak memutuskan apa yang penting bagi mereka sendiri dan keluarganya. Peran perawat adalah mendukung dan menguatkan kemampuan keluarga untuk mengasuh dan meningkatkan perkembangan anggota dalam cara memampukan dan memberdayakan keluarga. Perawat juga harus bekerja sama sebagai satu tim demi keuntungan anak dan keluarga mereka (Patterson 1996 dalam Wong 2008).

Kemitraan menyiratkan kepercayaan bahwa mitra adalah individu yang mampu yang akan menjadi lebih mampu melalui pertukaran pengetahuan, ketrampilan dan sumber daya dalam cara tertentu yang bermanfaat bagi semua orang yang terlibat. Kerja sama dianggap sebagai satu rangkaian, bergantung pada kebutuhan dan kekuatan mereka serta profesi yang terlibat. Perawat dapat membantu setiap keluarga, mencakup mereka yang mempunyai riwayat (Wong et al, 2008).

2.3.1. Elemen penting asuhan berpusat keluarga menurut Wong et al (2008)

- 1) Memasukkan pemahaman ke dalam kebijakan dan praktek bahwa keluarga bersifat konstan dalam kehidupan anak sementara sistem pelayanan dan personal pendukung di dalam sistem tersebut berubah-ubah
- 2) Memfasilitasi kolaborasi keluarga dengan tim pelayanan kesehatan
- 3) Saling bertukar informasi yang jelas dan lengkap antar keluarga dan tim pelayanan kesehatan
- 4) Menggabungkan pemahaman dan penghormatan terhadap keanekaragaman budaya, ras, spiritual, suku , sosial, ekonomi
- 5) Mengenali dan menghormati metode koping yang berbeda

- 6) Mendorong dan memfasilitasi dukungan dan jaringan kerjasama keluarga dengan keluarga
- 7) Menghargai keluarga sebagai keluarga anak – anak , mengakui bahwa mereka memiliki beragam kekuatan, perhatian, emosi, dan cita-cita yang melebihi kekuatan mereka untuk mendapat layanan dan dukungan kesehatan

2.3.2. Manfaat asuhan berpusat pada keluarga (Wong et al, 2008)

- 1) Keluarga memiliki kepercayaan dan kemampuan yang lebih besar dan tekanan lebih kecil dalam merawat anak mereka
- 2) Ketergantungan keluarga pada pemberi perawatan berkurang
- 3) Biaya perawatan berkurang
- 4) Perawat mengalami peningkatan kepuasan
- 5) Orang tua dan perawat diberdayakan untuk mengembangkan keahlian dan ketrampilan yang baru.

2.3.3. Elemen pokok asuhan yang berpusat pada keluarga (Supartini, 2004)

- 1) Hubungan anak dan orang tua adalah unik, berbeda antara yang satu dan yang lainnya. Sikap anak mempunyai karakteristik yang berbeda dan berespon terhadap sakit dan perawatan di rumah sakit secara berbeda pula. Demikian pula orang tua mempunyai latar belakang individu yang berbeda dalam berespon terhadap kondisi anak dan perawatan di rumah sakit
- 2) Orang tua dapat memberikan asuhan yang efektif selama hospitalisasi anaknya. Telah terbukti dalam beberapa penelitian bahwa anak merasa aman apabila disamping orang tua, terlebih saat menghadapi situasi menakutkan seperti

prosedur invasive. Dengan demikian tujuan asuhan akan tercapai dengan baik apabila ada kerja sama yang baik antara perawat dan orang tua.

- 3) Kerja sama dalam model asuhan adalah fleksibel dan menggunakan konsep dasar asuhan keperawatan anak. Saat tertentu perawat dapat melakukan asuhan keluarga dan keluarga dapat melakukan asuhan keperawatan. Pada kondisi tertentu ketika orang tua harus meninggalkan anak sesaat perawat harus siap menggantikannya. Sebaliknya orang tua harus belajar melakukan tindakan keperawatan seperti memberi kompres, mengukur suhu tubuh, melalui pendidikan kesehatan yang diberikan perawat.
- 4) Keberhasilan dari pendekatan ini bergantung pada kesepakatan tim kesehatan untuk mendukung kerja sama yang aktif dari orang tua. Kesepakatan untuk menggunakan pendekatan *family centered care* tidak cukup hanya dari perawat tetapi juga seluruh petugas kesehatan yang ada

2.3.4. Dasar prinsip *family center care*

Family center care berdasar pada kolaborasi keluarga, perawat, petugas kesehatan lain untuk merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi pelayanan kesehatan sebaik mungkin melalui pendidikan kesehatan oleh petugas kesehatan (*American Academy of pediatrics*, 2003). Prinsip – prinsip dalam kolaborasi sebagai berikut :

- 1) Menghargai anak dan keluarganya
- 2) Menghargai perbedaan ras, etnik budaya dan sosial ekonomi yang bisa mempengaruhi pengalaman dan persepsi keluarga tentang perawatan
- 3) Mengenali dan membangun kekuatan keluarga dan anak dalam situasi yang sulit

- 4) Mendukung dan memfasilitasi pilihan anak dan keluarga tentang pendekatan perawatan yang dilakukan
- 5) Meyakinkan kebijakan RS, prosedur dan praktek pelayanan untuk melayani sesuai kebutuhan, kepercayaan, serta nilai budaya anak dan keluarga
- 6) Berbagi informasi yang jujur dan sebenarnya dengan keluarga menggunakan cara yang bermanfaat dan benar
- 7) Menyediakan dan meyakinkan adanya dukungan formal dan informal bagi anak dan keluarganya
- 8) Kolaborasi dengan keluarga pada semua tingkat pelayanan kesehatan selama perawatan anak, pendidikan kesehatan, pembuatan kebijakan dan program pengembangan
- 9) Memberdayakan anak dan keluarga melalui kemampuan mereka, membangun kepercayaan dan membuat keputusan tentang kesehatan mereka.

2.3.5. *Outcome of family centered care (American academy of pediatric, 2003)*

Family centered care meningkatkan kemampuan anak dan keluarga selama perawatan, meningkatkan kepuasan anak dan keluarga, membangun kekuatan anak dan keluarga, meningkatkan kepuasan petugas kesehatan serta mengurangi biaya.

2.3.5.1. *Pasien dan keluarga (American academy of pediatric, 2003)*

- 1) Kehadiran keluarga selama prosedur mengurangi kecemasan anak dan orang tua
- 2) Anak dengan ibu yang ikut merawat pada kasus post tonsilektomi lebih cepat pulang dibandingkan anak dengan ibu yang tidak ikut terlibat dalam perawatan
- 3) Anak yang mengalami pembedahan berkurang tangisannya, berkurang penggunaan obat ketika orang tua mendampingi anak ketika mengalami nyeri

- 4) Evaluasi *efficacy* dari orang tua ke orang tua dan dukungan orang tua akan meningkatkan kepercayaan orang tua, dan meningkatkan kapasitas dalam pengambilan keputusan.
- 5) Dukungan keluarga secara efektif sangat menguntungkan bagi kesehatan mental ibu yang memiliki anak dengan penyakit kronis

2.3.5.2. Keuntungan *family centered care* (*American academy of pediatrics*, 2003)

- 1) Kolaborasi yang kuat dengan keluarga untuk meningkatkan kesehatan dan perkembangan anak
- 2) Memperbaiki pengambilan keputusan klinik berdasarkan proses kolaborasi dan informasi yang lebih baik
- 3) Saling pengertian menjadi kekuatan keluarga dan kemampuan petugas kesehatan
- 4) Lebih efektif dan efisien dalam hal waktu dan sumber perawatan kesehatan (memperbanyak perawatan di rumah, mengurangi hospitalisasi yang tidak perlu, lebih efektif untuk melakukan pencegahan)
- 5) Memperbaiki komunikasi antar petugas kesehatan
- 6) Meningkatkan kepuasan anak dan keluarga dengan perawatan kesehatan yang diterima

2.4. Konsep Dasar *Discharge Planning*

2.4.1. Pengertian

Kozier (2004) mendefinisikan *discharge planning* sebagai proses mempersiapkan pasien untuk meninggalkan satu unit pelayanan kepada unit yang lain di dalam atau di luar suatu agen pelayanan kesehatan umum.

Discharge planning sebaiknya dilakukan sejak pasien diterima di suatu agen pelayanan kesehatan, terkhusus di rumah sakit dimana rentang waktu pasien untuk menginap semakin diperpendek. *Discharge planning* yang efektif seharusnya mencakup pengkajian berkelanjutan untuk mendapatkan informasi yang komprehensif tentang kebutuhan pasien yang berubah-ubah, pernyataan diagnosa keperawatan, perencanaan untuk memastikan kebutuhan pasien sesuai dengan apa yang dilakukan oleh pemberi layanan kesehatan.

Discharge planning untuk anak-anak terutama untuk tujuan perawatan dirumah dimulai sejak awal pasien masuk Rumah sakit. Perawat dan anggota tim kesehatan yang lain harus mengkaji tingkat pengetahuan anak dan keluarga serta kemampuan mereka untuk mempelajari kondisi anak dan perawatan yang diperlukan setelah pulang. Pemberian pengobatan khususnya penggunaan alat-alat, dan restriksi pada anak harus didiskusikan dengan perawat primer. Sebaiknya perawat memberikan catatan untuk dijadikan pedoman di rumah, tetapi jika tindakan terlalu sulit dan kompleks untuk orang tua maka diperlukan kunjungan perawat setelah anak kembali ke rumah (Hatfield, 2008)

Discharge planning merupakan suatu proses yang dinamis dan sistematis dari penilaian, persiapan, serta koordinasi yang dilakukan untuk memberikan kemudahan pengawasan pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial sebelum dan sesudah pulang. (Carpenito, 1999 yang dikutip Nursalam, 2011).

2.4.2. Tim *discharge Planning*

Segera setelah klien masuk ke Rumah Sakit, semua anggota tim pelayanan kesehatan melakukan persiapan pulang. Perencanaan pulang yang

berhasil adalah suatu proses yang terpusat, terkoordinasi dan terdiri dari berbagai disiplin ilmu yang memberi kepastian bahwa klien mempunyai suatu rencana untuk memperoleh perawatan yang berkelanjutan setelah meninggalkan Rumah Sakit. Proses discharge planning harus dilakukan secara komprehensif dan melibatkan multidisiplin, mencakup semua pemberi layanan kesehatan yang terlibat dalam memberi layanan kesehatan kepada pasien (Perry & Potter, 2005).

Seseorang yang merencanakan pemulangan atau koordinator asuhan berkelanjutan (*continuing care coordinator*) adalah staf rumah sakit yang berfungsi sebagai konsultan untuk proses discharge planning bersamaan dengan fasilitas kesehatan, menyediakan pendidikan kesehatan, dan memotivasi staf rumah sakit untuk merencanakan dan mengimplementasikan discharge planning (Discharge Planning Association, 2008)

2.4.3. Tujuan *Discharge planning* (Perry & Potter, 2005)

- 1) Klien dan keluarga memahami diagnose, antisipasi tingkat fungsi, obat-obatan dan tindakan pengobatan untuk kepulangan, antisipasi perawatan tindak lanjut dan respon yang diambil pada kondisi kedaruratan
- 2) Pendidikan khusus diberikan kepada klien dan keluarga untuk memastikan perawatan yang tepat setelah klien pulang
- 3) Sistem pendukung di masyarakat dikoordinasikan agar memungkinkan klien untuk kembali ke rumahnya dan untuk membantu klien dan keluarganya mempersiapkan coping dalam menghadapi perubahan status kesehatan pasien

- 4) Melakukan relokasi pasien dan koordinasi sistem pendukung atau memindahkan klier ke tempat pelayanan kesehatan lain.

2.4.4. Prinsip *discharge Planning* (the royal marsden hospital, 2004)

- 1) Discharge planning harus merupakan proses multidisiplin, dimana sumber-sumber untuk mempertemukan kebutuhan pasien dengan pelayanan kesehatan ditempatkan pada satu tempat.
- 2) Prosedur discharge planning harus dilakukan secara konsisten dengan kualitas tinggi pada semua pasien
- 3) Kebutuhan pemberi asuhan (*care giver*) juga harus dikaji.
- 4) Pasien harus dipulangkan kepada suatu lingkungan yang aman dan adekuat.
- 5) Keberlanjutan perawatan antar lingkungan harus merupakan hal yang terutama.
- 6) Informasi tentang penyusunan pemulangan harus diinformasikan antara tim kesehatan dengan pasien/ *care giver* dan kemampuan terakhir disediakan dalam bentuk tertulis tentang perawatan berkelanjutan.
- 7) Kebutuhan atas kepercayaan dan budaya pasien harus dipertimbangkan ketika menyusun discharge planning

2.4.5. Proses *Discharge Palnning*

Proses discharge planning mencakup kebutuhan fisik pasien, psikologis, sosial, budaya, dan ekonomi. Perry dan Potter (2005) membagi proses

discharge planning atas tiga fase, yaitu akut, transisional, dan pelayanan berkelanjutan. Pada fase akut, perhatian utama medis berfokus pada usaha discharge planning. Sedangkan pada fase transisional, kebutuhan pelayanan akut selalu terlihat, tetapi tingkat urgensinya semakin berkurang dan pasien mulai dipersiapkan untuk pulang dan merencanakan kebutuhan perawatan masa depan. Pada fase pelayanan berkelanjutan, pasien mampu untuk berpartisipasi dalam perencanaan dan pelaksanaan aktivitas perawatan berkelanjutan yang dibutuhkan setelah pemulangan. Perry dan Potter (2005) menyusun format discharge planning sebagai berikut :

- 1) Sejak pasien masuk, kaji kebutuhan pemulangan pasien dengan menggunakan riwayat keperawatan, berdiskusi dengan pasien dan care giver ; fokus pada pengkajian berkelanjutan terhadap kesehatan fisik pasien, status fungsional, sistem pendukung sosial, sumber-sumber finansial, nilai kesehatan, latar belakang budaya dan etnis, tingkat pendidikan, serta rintangan terhadap perawatan.
- 2) Kaji kebutuhan pasien dan keluarga terhadap pendidikan kesehatan berhubungan dengan bagaimana menciptakan terapi di rumah, penggunaan alat-alat medis di rumah, larangan sebagai akibat gangguan kesehatan, dan kemungkinan terjadinya komplikasi. Kaji cara pembelajaran yang lebih diminati pasien (seperti membaca, menonton video, mendengarkan petunjuk- petunjuk). Jika materi tertulis yang digunakan, pastikan materi tertulis yang layak tersedia. Tipe materi pendidikan yang berbeda- beda dapat mengaktifkan cara pembelajaran yang berbeda pada pasien.

- 3) Kaji bersama-sama dengan pasien dan keluarga terhadap setiap faktor lingkungan di dalam rumah yang mungkin menghalangi dalam perawatan diri seperti ukuran ruangan, kebersihan jalan menuju pintu, lebar jalan, fasilitas kamar mandi, ketersediaan alat-alat yang berguna (seorang perawat perawatan di rumah dapat dirujuk untuk membantu dalam pengkajian).
- 4) Berkolaborasi dengan dokter dan staf pada profesi lain (seperti dokter pemberi terapi) dalam mengkaji kebutuhan untuk rujukan kepada pelayanan perawatan rumah yang terlatih atau fasilitas perawatan yang lebih luas.
- 5) Kaji persepsi pasien dan keluarga terhadap keberlanjutan perawatan kesehatan di luar rumah sakit. Mencakup pengkajian terhadap kemampuan keluarga untuk mengamati care giver dalam memberikan perawatan epada pasien. Dalam hal ini sebelum mengambil keputusan, mungkin perlu berbicara secara terpisah dengan pasien dan keluarga untuk mengetahui kekhawatiran yang sebenarnya atau keragu-raguan diantara keduanya.
- 6) Kaji penerimaan pasien terhadap masalah kesehatan berhubungan dengan pembatasan.
- 7) Konsultasikan tim pemberi layanan kesehatan yang lain tentang kebutuhan setelah pemulangan (seperti ahli gizi, pekerja sosial, perawat klinik spesialis, perawat pemberi perawatan kesehatan di rumah). Tentukan kebutuhan rujukan pada waktu yang berbeda

Penentuan diagnosa keperawatan secara khusus bersifat individual berdasarkan kondisi atau kebutuhan pasien. Adapun diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan antara lain (Perry & Potter, 2005):

- 1) Kecemasan. Hal ini dapat menginterupsi proses keluarga
- 2) Tekanan terhadap care giver. Hal yang menyebabkannya adalah ketakutan.
- 3) Kurang pengetahuan terhadap pembatasan perawatan di rumah.
- 4) Pasien mengalami defisit perawatan diri dalam hal : makan, toileting , berpakaian, mandi/kebersihan.
- 5) Stres sindrom akibat perpindahan. Hal ini berhubungan dengan upaya meningkatkan pertahanan/pemeliharaan di rumah

Menurut Perry & Potter (2005) hasil yang diharapkan jika seluruh prosedur telah lengkap dilakukan adalah sebagai berikut :

- 1) Pasien atau keluarga sebagai care giver mampu menjelaskan bagaimana keberlangsungan pelayanan kesehatan di rumah (atau fasilitas lain), penatalaksanaan atau pengobatan apa yang dibutuhkan, dan kapan mencari pengobatan akibat masalah yang timbul.
- 2) Pasien mampu mendemonstrasikan aktivitas perawatan diri (atau anggota keluarga mampu melakukan aturan perawatan).
- 3) Rintangan kepada pergerakan pasien dan ambulasi telah diubah dalam setting rumah. Hal-hal yang dapat membahayakan pasien akibat kondisi kesehatannya telah diubah

Menurut Perry & Potter (2005) Penatalaksanaan dapat dibedakan dalam dua bagian, yaitu penatalaksanaan yang dilakukan sebelum hari pemulangan, dan penatalaksanaan yang dilakukan pada hari pemulangan.

- 1) Persiapan sebelum hari pemulangan pasien

- (1).Menganjurkan cara untuk merubah keadaan rumah demi memenuhi kebutuhan pasien.
 - (2).Mempersiapkan pasien dan keluarga dengan memberikan informasi tentang sumber-sumber pelayanan kesehatan komunitas. Rujukan dapat dilakukan sekalipun pasien masih di rumah
 - (3).Setelah menentukan segala hambatan untuk belajar serta kemauan untuk belajar, mengadakan sesi pengajaran dengan pasien dan keluarga secepat mungkin selama dirawat di rumah sakit (seperti tanda dan gejala terjadinya komplikasi, kepatuhan terhadap pengobatan, kegunaan alat- alat medis,
 - (4).perawatan lanjutan, diet, latihan, pembatasan yang disebabkan oleh penyakit atau pembedahan). Pamflet, buku-buku, atau rekaman video dapat diberikan kepada pasien. Pasien juga dapat diberitahu tentang sumber-sumber informasi yang ada di internet.
 - (5).Komunikasikan respon pasien dan keluarga terhadap penyuluhan dan usulan perencanaan pulang kepada anggota tim kesehatan lain yang terlibat dalam perawatan pasien
- 2) Penatalaksanaan pada hari pemulangan
 - 3) Jika beberapa aktivitas berikut ini dapat dilakukan sebelum hari pemulangan, perencanaan yang dilakukan akan lebih efektif. Adapun aktivitas yang dilakukan pada hari pemulangan antara lain :
 - 4) Biarkan pasien dan keluarga bertanya dan diskusikan isu-isu yang berhubungan dengan perawatan di rumah. Kesempatan terakhir untuk mendemonstrasikan kemampuan juga bermanfaat.

- 5) Periksa instruksi pemulangan dokter, masukkan dalam terapi, atau
- 6) kebutuhan akan alat-alat medis yang khusus. (Instruksi harus dituliskan sedini mungkin) Persiapkan kebutuhan dalam perjalanan dan sediakan alat-alat yang dibutuhkan sebelum pasien sampai di rumah (seperti tempat tidur rumah sakit, oksigen, feeding pump).
- 7) Tentukan apakah pasien dan keluarga telah dipersiapkan dalam kebutuhan transportasi menuju ke rumah.
- 8) Tawarkan bantuan untuk memakaikan baju pasien dan mengepak semua barang milik pasien. Jaga privasi pasien sesuai kebutuhan
- 9) Periksa seluruh ruangan dan laci untuk memastikan barang-barang pasien. Dapatkan daftar pertinggal barang-barang berharga yang telah ditandatangani oleh pasien, dan instruksikan penjaga atau administrator yang tersedia untuk menyampaikan barang-barang berharga kepada pasien
- 10) Persiapkan pasien dengan prescription atau resep pengobatan pasien sesuai dengan yang diinstruksikan oleh dokter. Lakukan pemeriksaan terakhir untuk kebutuhan informasi atau fasilitas pengobatan yang aman untuk administrasi diri.
- 11) Berikan informasi tentang petunjuk untuk janji follow up ke kantor dokter.
- 12) Hubungi kantor agen bisnis untuk menentukan apakah pasien membutuhkan daftar pengeluaran untuk kebutuhan pembayaran.
- 13) Anjurkan pasien dan keluarga mengunjungi kantornya.

- 14) Dapatkan kotak untuk memindahkan barang-barang pasien. Kursi roda untuk pasien yang tidak mampu ke mobil ambulans. Pasien yang pulang dengan menggunakan ambulans diantarkan oleh usungan ambulans.
- 15) Kembali ke bagian, dan laporkan waktu pemulangan kepada departemen pendaftaran/penerimaan. Ingatkan bagian kebersihan untuk membersihkan ruangan pasien.

Evaluasi yang dilakukan setelah dilakukan *discharge planning* (Perry, Potter, 2005)

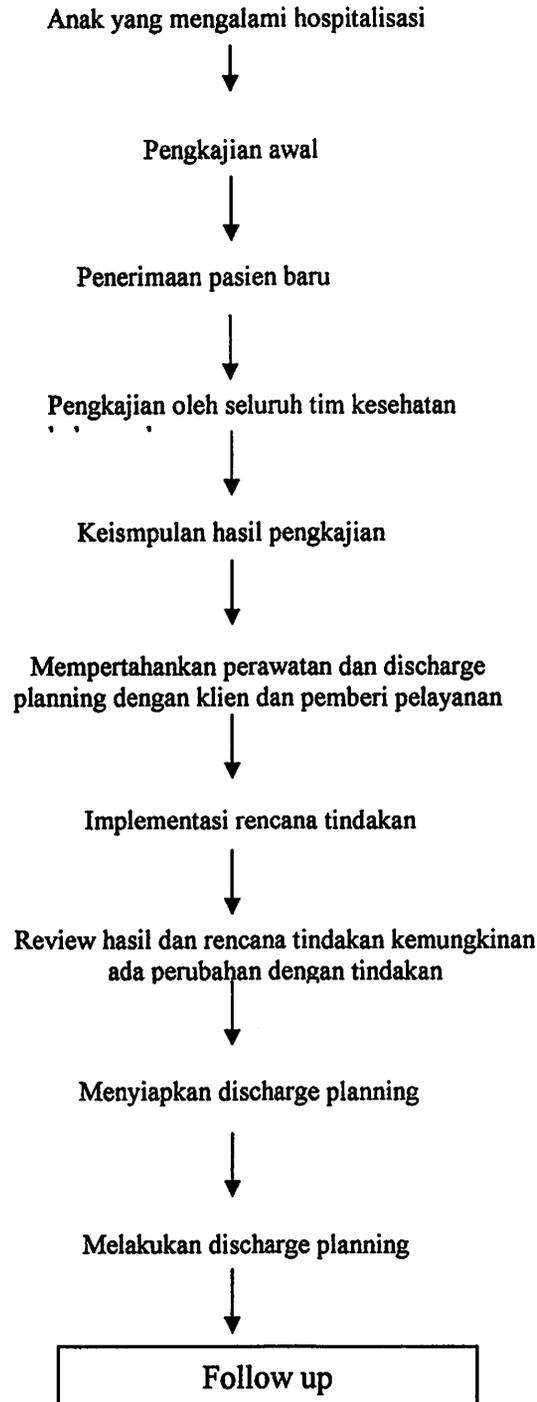
- 1) Minta pasien dan anggota keluarga menjelaskan tentang penyakit, pengobatan yang dibutuhkan, tanda-tanda fisik atau gejala yang harus dilaporkan kepada dokter.
- 2) Minta pasien atau anggota keluarga mendemonstrasikan setiap pengobatan yang akan dilanjutkan di rumah.
- 3) Perawat yang melakukan perawatan rumah memperhatikan keadaan rumah, mengidentifikasi rintangan yang dapat membahayakan bagi pasien, dan menganjurkan perbaikan

2.4.6. Unsur – unsur yang harus ada pada *Discharge Planning*

Discharge Planning Association (2008) mengatakan bahwa unsur- unsur yang harus ada pada sebuah form perencanaan pemulangan antara lain :

- 1) Pengobatan di rumah, mencakup resep baru, pengobatan yang sangat dibutuhkan, dan pengobatan yang harus dihentikan.

- 2) Daftar nama obat harus mencakup nama, dosis, frekuensi, dan efek samping yang umum terjadi.
- 3) Kebutuhan akan hasil test laboratorium yang dianjurkan, dan pemeriksaan lain, dengan petunjuk bagaimana untuk memperoleh atau bilamana waktu akan diadakannya.
- 4) Bagaimana melakukan pilihan gaya hidup dan tentang perubahan aktivitas, latihan, diet makanan yang dianjurkan dan pembatasannya.
- 5) Petunjuk perawatan diri (perawatan luka, perawatan kolostomi, ketentuan insulin, dan lain-lain).
- 6) Kapan dan bagaimana perawatan atau pengobatan selanjutnya yang akan dihadapi setelah dipulangkan. Nama pemberi layanan, waktu, tanggal, dan lokasi setiap janji untuk control
- 7) Apa yang harus dilakukan pada keadaan darurat dan nomor telepon yang bisa dihubungi untuk melakukan peninjauan ulang petunjuk pemulangan.
- 8) Bagaimana mengatur perawatan lanjutan (jadwal pelayanan di rumah, perawat yang menjenguk, penolong, pembantu jalan; walker , kanul, oksigen, dan lain-lain) beserta dengan nama dan nomor telepon setiap institusi yang bertanggung jawab untuk menyediakan pelayanan



Gambar 2.2 *Care and Discharge Planning Process (The National Council of Social Service)*

2.4.7. Cara Mengukur *Discharge Planning*

Sebuah discharge planning dikatakan baik apabila pasien telah dipersiapkan untuk pulang, pasien telah mendapatkan penjelasan-penjelasan yang diperlukan, serta instruksi-instruksi yang harus dilakukan, serta apabila pasien diantarkan pulang sampai ke mobil atau alat transportasi lainnya (The Royal Marsden Hospital, 2004). Kesuksesan tindakan discharge planning menjamin pasien mampu melakukan tindakan perawatan lanjutan yang aman dan realistis setelah meninggalkan rumah sakit (Hou, 2001 dalam Perry & Potter, 2006). Hal ini dapat dilihat dari kesiapan pasien untuk menghadapi pemulangan, yang diukur dengan kuesioner.

2.4.8. Kriteria pemulangan

Capernito (1999) mengatakan bahwa sebelum pulang pasien pasca bedah dan keluarga akan mampu menggambarkan pembatasan aktivitas di rumah, menggambarkan penatalaksanaan luka dan nyeri di rumah, mendiskusikan kebutuhan cairan dan nutrisi untuk pemulihan luka, menyebutkan tanda dan gejala yang harus dilaporkan pada tenaga kesehatan, serta menggambarkan perawatan lanjutan yang diperlukan. Sedangkan Perry dan Potter (2005) mengatakan bahwa pada saat pulang, pasien harus mempunyai pengetahuan, keterampilan, dan sumber yang dibutuhkan untuk memenuhi perawatan dirinya. Kesuksesan tindakan discharge planning menjamin pasien mampu melakukan tindakan perawatan lanjutan yang aman dan realistis setelah meninggalkan rumah sakit (Hou, 2001 dalam Perry & Potter, 2005). Oleh karena itu pasien dinyatakan siap menghadapi pemulangan apabila pasien

mengetahui pengobatan, tanda-tanda bahaya, aktivitas yang dilakukan, serta perawatan lanjutan di rumah (The Royal Marsden Hospital, 2004). Pasien dan keluarga memahami diagnosa, antisipasi tingkat fungsi, obat-obatan dan tindakan pengobatan untuk kepulangan, antisipasi perawatan tindak lanjut, dan respon yang diambil pada kondisi kedaruratan (Perry & Potter, 2005).

2.5. Konsep dasar Health promotion Model Nola J Pander

Model Promosi Kesehatan adalah suatu cara untuk menggambarkan interaksi manusia dengan lingkungan fisik dan interpersonalnya dalam berbagai dimensi. Tujuan dari teori ini adalah membantu perawat dalam memahami faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang sebagai bekal untuk melakukan konseling promosi gaya hidup sehat. Pada prinsipnya model ini menekankan pada 2 teori sebagai berikut:

2.5.1. *Expectancy value theory* (teori nilai pengharapan)

Setiap individu mempunyai nilai harapan tertentu dalam dirinya tentang perilaku kesehatan yang ingin dicapai. Harapan tersebut bersifat rasional dan ekonomis sehingga individu akan tetap berusaha untuk mencapai dan mempertahankan harapan tersebut. Individu tidak akan melakukan sesuatu tindakan yang tidak berguna dan tidak bernilai bagi dirinya dan tidak akan melakukan kegiatan walaupun kegiatan tersebut menarik bagi dirinya jika dirasakan tidak mungkin kegiatan tersebut dicapainya. Dua hal pokok dalam nilai harapan ini adalah: a) hasil tindakan bernilai positif, b) melakukan tindakan untuk menyempurnakan hasil yang diinginkan (Pender, 2011).

2.5.2. *Social cognitive theory* (teori sosial kognitif)

Teori ini menjelaskan tentang interaksi antara pikiran, perilaku dan lingkungan yang saling mempengaruhi. Teori ini menekankan pada pentingnya proses kognitif dalam merubah perilaku seseorang. Terdapat 3 macam kepercayaan diri dalam teori ini: a) *Self attribution* (pengenalan diri) , b) *Self evaluation* (evaluasi diri) untuk memotivasi diri dan mengatur perilaku serta lingkungan, c) *Self efficacy* (kemajuan diri) merupakan kemampuan seseorang untuk melakukan tindakan tertentu yang berkembang melalui pengalaman, belajar dan pengalaman orang lain.

2.5.3. Konsep mayor

2.5.3.1. Manusia

Organisme biopsikososial yang merupakan bagian dari lingkungan, namun juga berperan dalam menciptakan lingkungan, sehingga hubungan antara manusia dan lingkungan bersifat *reciprocal* (timbang balik). Karakteristik individu dan pengalaman hidup membentuk perilaku kesehatan seseorang.

2.5.3.2. Lingkungan

Merupakan bentuk fisik, kultural dan sosial dimana kehidupan berlangsung yang dapat dimanipulasi oleh individu untuk menciptakan kondisi positif yang dapat memfasilitasi pencapaian perilaku kesehatan.

2.5.3.3. Keperawatan

Kolaborasi antara individu, keluarga dan komunitas untuk menciptakan lingkungan yang kondusif bagi kehidupan manusia.

2.5.3.4. Kesehatan

Dalam konteks individu diartikan sebagai aktualisasi diri melalui perilaku yang diharapkan, pemenuhan kebutuhan perawatan diri, dan kepuasan dalam berhubungan dengan orang lain. Kesehatan merupakan pengalaman hidup yang berkembang.

2.4.3.4. Sakit

Peristiwa tidak menyenangkan yang terjadi dalam kehidupan, dapat berlangsung dalam jangka waktu pendek (akut) atau panjang (kronis) yang menyebabkan individu terhalang atau justru mencari kesehatan.

2.5.4. Asumsi Mayor dari Model Promosi Kesehatan (HPM)

- 1) Manusia mencoba menciptakan kondisi agar tetap hidup di mana mereka dapat mengekspresikan keunikannya.
- 2) Manusia mempunyai kapasitas untuk merefleksikan kesadaran dirinya, termasuk penilaian terhadap kemampuannya.
- 3) Manusia menilai perkembangan sebagai suatu nilai yang positif dan mencoba mencapai keseimbangan antara perubahan dan stabilitas.
- 4) Setiap individu secara aktif berusaha mengatur perilakunya.
- 5) Individu merupakan makhluk biopsikososial yang kompleks, berinteraksi dengan lingkungannya secara terus menerus, menjelmakan lingkungan yang diubah secara terus menerus.
- 6) Profesional kesehatan merupakan bagian dari lingkungan interpersonal yang berpengaruh terhadap manusia sepanjang hidupnya.
- 7) Pembentukan kembali konsep diri manusia dengan lingkungan adalah penting untuk perubahan perilaku.

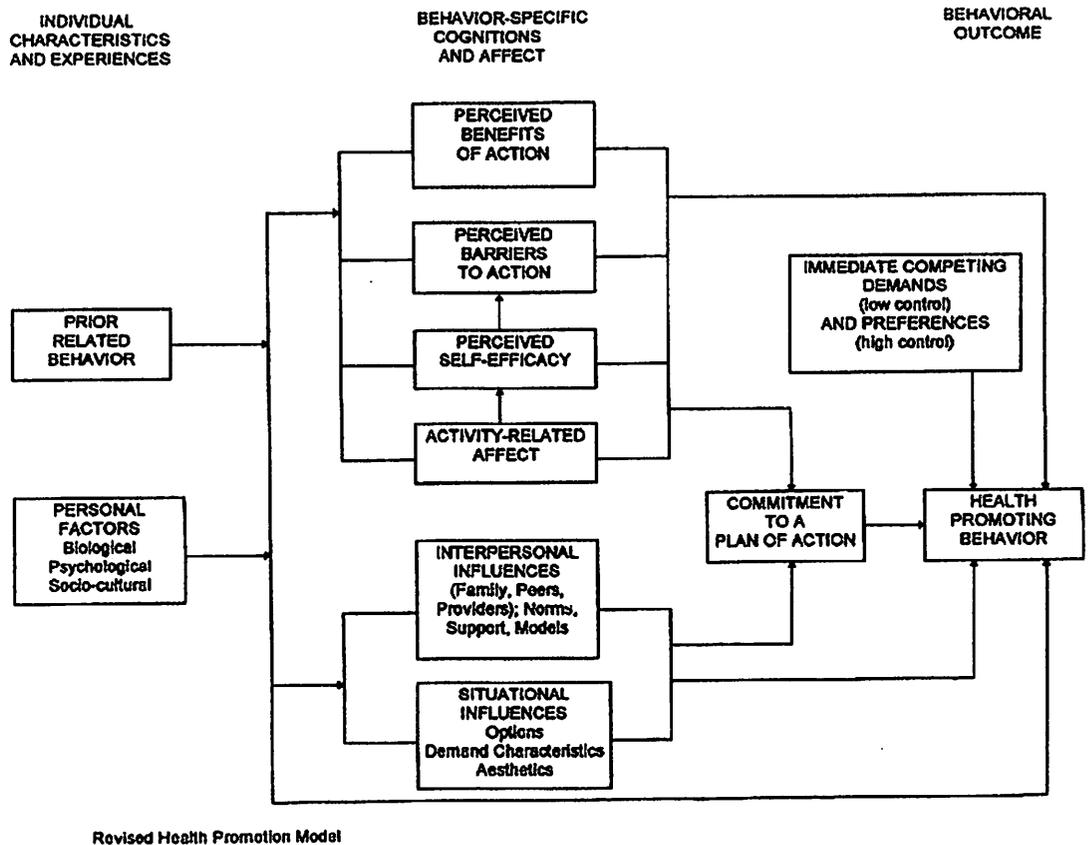
2.5.5. Proposisi Model Promosi Kesehatan

- 1) Perilaku sebelumnya dan karakteristik yang diperoleh mempengaruhi kepercayaan dan perilaku untuk meningkatkan kesehatan.
- 2) Manusia melakukan perubahan perilaku di mana mereka mengharapkan keuntungan yang bernilai bagi dirinya.
- 3) Rintangan yang dirasakan dapat menjadi penghambat kesanggupan melakukan tindakan, suatu mediator perilaku sebagaimana perilaku nyata.
- 4) Promosi atau pemanfaatan diri akan menambah kemampuan untuk melakukan tindakan dan perbuatan dari perilaku.
- 5) Pemanfaatan diri yang terbesar akan menghasilkan sedikit rintangan pada perilaku kesehatan spesifik.
- 6) Pengaruh positif pada perilaku akibat pemanfaatan diri yang baik dapat menambah hasil positif.
- 7) Ketika emosi yang positif atau pengaruh yang berhubungan dengan perilaku, maka kemungkinan menambah komitmen untuk bertindak.
- 8) Manusia lebih suka melakukan promosi kesehatan ketika model perilaku itu menarik, perilaku yang diharapkan terjadi dan dapat mendukung perilaku yang sudah ada.
- 9) Keluarga, kelompok dan pemberi layanan kesehatan adalah sumber interpersonal yang penting yang mempengaruhi, menambah atau mengurangi keinginan untuk berperilaku promosi kesehatan.

- 10) Pengaruh situasional pada lingkungan eksternal dapat menambah atau mengurangi keinginan untuk berpartisipasi dalam perilaku promosi kesehatan.
- 11) Komitmen terbesar pada suatu rencana kegiatan yang spesifik lebih memungkinkan perilaku promosi kesehatan dipertahankan untuk jangka waktu yang lama.
- 12) Komitmen pada rencana kegiatan kemungkinan kurang menunjukkan perilaku yang diharapkan ketika seseorang mempunyai kontrol yang sedikit dan kebutuhan yang diinginkan tidak tersedia.
- 13) Komitmen pada rencana kegiatan kurang menunjukkan perilaku yang diharapkan ketika tindakan-tindakan lain lebih atraktif dan juga lebih suka pada perilaku yang diharapkan.
- 14) Seseorang dapat memodifikasi kognisi, mempengaruhi interpersonal dan lingkungan fisik yang mendorong melakukan tindakan kesehatan.

2.5.6. Penjelasan Bagan *Health Promotion Model*

Model Promosi Kesehatan telah mengalami revisi pada tahun 2002. Pada model revisi ini menekankan pada 10 kategori determinan dari perilaku promosi kesehatan. Model ini menyediakan paradigma untuk pengembangan instrumen.



Gambar 2.1 Revised Health Promotion Model from Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2002), (Alligood & Tomey, 2006).

Keterangan:

Model HPM revisi menjelaskan tentang variabel-variabel yang berdampak pada perilaku kesehatan seseorang, antara lain sbb:

- 1) Karakteristik dan pengalaman individu

(1).Perilaku terdahulu

Pengulangan perilaku terdahulu dapat mempengaruhi perilaku promosi kesehatan secara langsung dan tidak langsung. Perilaku terdahulu tersebut menjadi faktor predisposisi perilaku kesehatan yang dipilih pada saat ini.

(2).Faktor personal

Faktor ini dikategorikan menjadi biologis, psikologis dan sosiokultural. Faktor-faktor ini menjadi prediktif dari perilaku yang diterapkan dan terbentuk dari perilaku yang diharapkan.

- a) Faktor biologis personal, meliputi: umur, jenis kelamin, indeks masa tubuh, status pubertas, status menopause, kapasitas aerobik, kekuatan, kecerdasan dan keseimbangan.
- b) Faktor psikologis personal, meliputi: kepercayaan diri, motivasi diri, kompetensi personal, perilaku kesehatan dan definisi kesehatan.
- c) Faktor sosiokultural personal, meliputi: ras, suku, penyesuaian diri, pendidikan dan status sosial ekonomi.

2) Variabel perilaku dan sikap spesifik yang disadari

- (1).Melihat manfaat tindakan, merupakan hasil positif yang diharapkan dari perilaku kesehatan yang dilakukan.
- (2).Melihat hambatan tindakan, merupakan segala sesuatu yang dapat menghambat perilaku kesehatan seperti biaya yang terlalu mahal, tidak ada waktu, dll.
- (3).Melihat kekuatan diri (*self efficacy*), merupakan kemampuan seseorang untuk memutuskan menggunakan atau menghindari perilaku promosi kesehatan yang akan dilakukan. *Self efficacy* mempengaruhi hambatan terhadap suatu tindakan,

sehingga *self efficacy* yang tinggi berdampak pada hambatan yang rendah dan sebaliknya.

- (4). Sikap yang berhubungan dengan perilaku, mendeskripsikan perasaan positif dan negatif subyektif yang terjadi sebelum, selama maupun setelah perilaku berdasarkan pada stimulus perilaku tersebut. Sikap ini mempengaruhi *self efficacy*, sehingga semakin positif perasaan subyektif berdampak pada *self efficacy* yang tinggi.
- (5). Pengaruh interpersonal, merupakan kesadaran terhadap perilaku, kepercayaan atau sikap dari orang lain. Pengaruh interpersonal meliputi norma, dukungan sosial, *role model*. Sumber primer dari pengaruh interpersonal antara lain keluarga, kelompok dan penyedia layanan kesehatan.
- (6). Pengaruh situasional, merupakan kesadaran dan persepsi personal terhadap situasi yang dihadapi yang berdampak pada perilaku. Pengaruh situasional meliputi persepsi saat menghadapi pilihan, karakteristik kebutuhan, dan estetika lingkungan yang memungkinkan perilaku kesehatan dapat diterapkan.

3) Hasil Perilaku

- (1). Komitmen terhadap rencana, merupakan maksud dan tujuan dari seseorang untuk membuat strategi perencanaan agar dapat menerapkan perilaku kesehatan secara optimal.
- (2). Kebutuhan dan pilihan lain yang mendesak. Kebutuhan lain yang mendesak merupakan perilaku alternative dari seseorang yang mempunyai kontrol lemah dikarenakan adanya lingkungan yang memungkinkan seperti pekerjaan atau tanggung jawab terhadap keluarga. Pilihan lain yang mendesak merupakan

perilaku alternatif dari seseorang dengan kontrol yang tinggi, seperti memilih es krim atau apel untuk snack.

- (3). Perilaku promosi kesehatan, merupakan perilaku akhir yang diharapkan atau hasil dari sebuah pengambilan keputusan kesehatan untuk mencapai kehidupan yang optimal, produktif dan terpenuhinya kebutuhan personal.

2.6 Keaslian penelitian

Tabel 2.3 Keaslian penelitian

| No | Judul penelitian | Pengarang | Variabel | Jenis penelitian | Hasil |
|----|--|--------------------------------------|---|------------------|---|
| 1 | Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan akibat hospitalisasi pada anak usia prasekolah di bangsal I rsup dr.soeradji tirtonegoro klaten tahun 2007 | Erni Murniasih dan Andhika Rahmawati | V.Independen : Dukungan keluarga V.Dependent : Kecemasan | Studi korelasi | Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kecemasan |
| 2 | Pengaruh terapi bermain dengan tehnik bercerita terhadap kecemasan akibat hospitalisasi pada anak | Elfira E | V.Independen : terapi bermain V.Dependen : kecemasan | Pre eksperimen | a. 92,3 % kecemasan sedang dan & 7,7 % kecemasan berat sebelum treatment b. 76,9 5 kecemasan ringan, 23,1 % kecemasan sedang setelah treatment c. Terapi bermain mempunyai pengaruh signifikan dengan kecemasan |

| | | | | | |
|---|---|-----------------|---|------------------|---|
| 3 | Efektifitas orientasi rumah sakit pada orang tua terhadap kecemasan karena anak di rawat inap di RSUP H. Adam Malik Medan | Mandasari, Y | V.Independen : Orientasi RS V.Dependen : Kecemasan | Studi korelasi | Ada perbedaan tingkat kecemasan yang signifikan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sehingga disarankan perawat memberikan orientasi RS kepada ortu yang anaknya di RS |
| 4 | Tingkah Laku Sosial Anak Prasekolah Saat Menjalani Rawat Inap di RB4 Rumah Sakit Umum Pusat H. Adam Malik Medan | Febrianti, T | Tingkah laku social anak | Studi deskriptif | Tingkah laku sosial anak selama menjalani rawat inap di RS adalah fase protes, fase putus asa, fase pelepasan, (diamati selama 3 hari) ternyata tingkah laku anak mengalami penurunan untuk hari – hari berikutnya untuk itu perlu intervensi untuk meminimalisir perpisahan, meminimalkan kehilangan kontrol dan nyeri akibat cedera |
| 5 | Respon Keluarga Terhadap Peran Perawat Dalam Hospitalisasi Anak Di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan | Sinaga, Sihol H | Respon keluarga terhadap peran perawat | Studi deskriptif | Respon keluarga terhadap peran perawat dalam hospitalisasi anak di RSU Haji Adam Malik Medan menunjukkan respon kurang baik 18 responden (13,6 %), respon cukup baik 110 responden (83,4), dan respon baik 4 responden (3,1%) |

| | | | | | |
|---|---|------------------------------|---|---------------------|--|
| 6 | Pengaruh terapi bermain terhadap penerimaan tindakan invasive pada anak pra sekolah | Widyasari C, Ain H, Juwadi G | V.Independen : terapi bermain V.Dependen : penerimaan tindakan | Quasy eksperimental | Ada pengaruh terapi bermain dengan penerimaan tindakan invasive pada anak usia pra sekolah |
|---|---|------------------------------|---|---------------------|--|

B A B 3
KERANGKA KONSENTUAL
DAN HIPOTESIS PENELITIAN

Berdasarkan gambar 3.1 diatas menunjukkan bahwa *discharge planning* merupakan salah satu metode dalam mengaplikasikan *health promotion model* dari Nola J Pander. Discharge planning diberikan pada ibu sebagai bentuk aplikasi dari pendekatan *family center care* (FCC) untuk melibatkan dan memberdayakan ibu selama proses hospitalisasi anak pra sekolah. Ada dua karakteristik yang mempengaruhi persepsi kognisi yaitu perilaku awal atau terdahulu dan faktor personal seperti biologis, psikologis, social dan budaya. Perawat memberikan *health education* berdasarkan hasil pengkajian dan kebutuhan pasien dan keluarga atas informasi perawatan pasien. Informasi yang disampaikan pada orang tua khususnya ibu akan mempengaruhi persepsi kognisi ibu tentang perawatan anaknya. Persepsi kognisi diawali dari pengetahuan ibu tentang informasi yang diberikan khususnya tentang *atraumatic care*, pemahaman tentang hambatan dalam *atraumatic care*, sikap. Beberapa komponen dalam persepsi kognisi ibu tersebut yang meningkatkan *self efficacy* ibu dalam *atraumatic care*. Perubahan persepsi kognisi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi komitmen ibu untuk melakukan atau tidak melakukan tindakan *atraumatic care*. Hasil akhir dari sebuah komitmen yang diharapkan adalah perilaku ibu dalam mendukung perawatan ibu melalui tindakan *atraumatic care*. Perawatan yang meminimalisir trauma pada anak akan membantu anak menghadapi pengalaman hospitalisasi tanpa trauma atau stres. Kondisi ini mampu menurunkan respon stres hospitalisasi pada anak prasekolah.

3.2 Hipotesa

H I : Ada pengaruh *discharge planning* terhadap perilaku spesifik, kognisi dan sikap ibu dalam *atraumatic care*

H I : Ada pengaruh perilaku spesifik, kognitif dan sikap ibu terhadap komitmen ibu dalam *atraumatic care*

H I : Ada pengaruh komitmen ibu dalam *atraumatic care* terhadap perilaku *atraumatic care*

H I : Ada pengaruh tindakan ibu dalam *atraumatic care* dengan stres hospitalisasi

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Berdasarkan tujuan penelitian, desain penelitian yang digunakan adalah penelitian *explanatif survey* karena penelitian ini dilakukan untuk menemukan penjelasan tentang suatu kejadian atau gejala dengan hasil akhir adalah gambaran mengenai hubungan sebab akibat variabel bebas dan terikat.

Berdasarkan waktu desain penelitian dengan menggunakan pendekatan yang bersifat *cross sectional*, yaitu : jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran atau observasi data variabel independent dan dependen hanya satu kali pada satu saat. Pada jenis ini variabel independen dan dependen dinilai secara simultan sehingga tidak ada tindak lanjut.

4.2 Populasi dan sampel

4.2.1 Populasi

Pada penelitian ini unit analisis adalah ruang rawat inap ruang anak (IRNA E) RSUD Syarifam Ambami ratu Ebu Bangkalan yang terdiri dari perawat, ibu dan anak pra sekolah.

4.2.2 Sampel

1. Besar sampel

Tabel 4.1 besar sampel penelitian

| No | Sampel | Jumlah |
|----|---|------------|
| 1 | Perawat IRNA E (rawat inap anak) | 24 perawat |
| 2 | Anak pra sekolah | 25 pasien |
| 3 | Ibu yang mendampingi anak pra sekolah di IRNA E | 25 ibu |

2. Kriteria sampel

a. Kriteria inklusi :

1) Anak

- (1) Anak memiliki kesadaran komposmentis
- (2) Anak baru pertama kali dirawat di rumah Sakit
- (3) Lama rawat inap minimal 2 x 24 jam
- (4) Anak ditemani oleh ibunya selama perawatan di RS

2) Ibu

- (1) Ibu memberikan persetujuan menjadi responden
- (2) Ibu menemani anaknya selama perawatan Rumah Sakit
- (3) Ibu baru pertama kali menemani anaknya di Rumah Sakit

3) Perawat

- (1) Memberikan persetujuan sebagai responden
- (2) Memiliki pengalaman bekerja di unit rawat inap anak minimal 6 bulan
- (3) Pendidikan minimal Diploma keperawatan (D III keperawatan)

3. Teknik sampling

Penelitian ini menggunakan *purposive sampling* yaitu suatu metode pemilihan sampel yang dilakukan berdasarkan maksud atau tujuan tertentu yang ditentukan oleh peneliti. Peneliti mengambil sampel di ruang rawat inap anak di RSUD Syarifah Ambami Ratu Ebu Bangkalan terhadap unit analisis (perawat, ibu dan anak pra sekolah) berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditetapkan oleh peneliti.

4.3 Variabel penelitian

4.3.1 Variabel independen

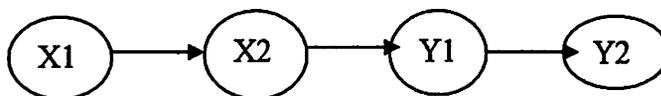
variabel independen dalam penelitian ini adalah

1. *Discharge planning*
2. Perilaku, kognisi spesifik dan sikap ibu tentang *atraumatic care*.

4.3.2 Variabel dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah

1. Komitmen ibu tentang *atraumatic care*
2. Perilaku ibu tentang *atraumatic care*



Gambar 4.1 Variabel penelitian pengembangan model asuhan keperawatan menggunakan pendekatan health promotion model dan family center care

Table 4.1 Variabel penelitian pengembangan model asuhan keperawatan berbasis health promotion model dan family center care

| Variabel | Keterangan | Indikator |
|----------|---|------------------------|
| X 1 | Discharge planning | |
| X 2 | Perilaku, kognisi spesifik dan sikap ibu tentang <i>atraumatic care</i> | X2.1 Pengetahuan |
| | | X2.1 Sikap |
| | | X2.3 Self efficacy ibu |
| Y 1 | Komitmen ibu | |
| Y 2 | Perilaku ibu dalam <i>atraumatic care</i> | |

4.3.3 Definisi operasional

Tabel 4.2 definisi operasional pengembangan model asuhan keperawatan stress hospitalisasi berbasis HPM dan FCC

| Variabel | Definisi operasional | Parameter | Alat ukur | Skala | Hasil |
|---|--|---|---|---------|---|
| 1. Pelaksanan <i>discharge planning</i> | Informasi, pendidikan kesehatan yang dilakukan oleh perawat tentang <i>atraumatic care</i> kepada ibu sejak anak diterima di rumah sakit dan selama dirawat | materi yang diberikan : a. Informasi tentang penyakit anaknya termasuk tanda dan gejala yang perlu diwaspadai (no 1) b. Informasi tentang nutrisi atau gizi yang sesuai kondisi anaknya (no 2) c. Informasi tentang aktifitas atau mobilisasi yang diperbolehkan atau dianjurkan (no 3) d. Memberi kesempatan ibu untuk bertanya tentang penyakit anaknya dan perawatan yang sesuai (no 4) e. Mengajarkan ibu 3 prinsip <i>atraumatic care</i> : meminimalisir perpisahan, meminimalisir nyeri dan meningkatkan kendali/control (no 6, 7 & 8, 10, 11) f. Melibatkan ibu dalam tindakan keperawatan (no 9, 15) g. Mengajarkan ibu tindakan keperawatan yang bisa dilakukan ibu secara mandiri ataupun dibawah pengawasan perawat (no 5, 12, 13) h. Memberikan informasi tentang jenis, dosis, indikasi dan cara pemberian obat (no 14) | Observasi | Ordinal | a. Jika jawaban benar diberi skor 2 b. Jika jawaban salah diberi skor 1 Jadi total skor 15-30 a. Baik jika total skor 15-20 b. Cukup jika total skor 21 - 25 c. Kurang jika total skor 26-30 |
| 2. Perilaku spesifik, kognisi dan sikap ibu tentang hospitalisasi | Kemampuan ibu dalam memahami , mengambil sikap dan mengambil keputusan tentang perawatan anak selama dirawat di RS yang berfokus pada <i>atraumatic care</i> untuk | a. Pemahaman tentang keuntungan dan kerugian tindakan b. Sikap c. <i>Self efficacy</i> | a. Kuesioner tentang keuntungan dan hambatan yang | Ordinal | a. Baik jika total skor 8-9 b. Cukup jika total skor 6-7 c. Kurang jika total skor 3-5 |

meminimalisir stres anak sebagai akibat anak dirawat di RS

dirasakan
 b. Kuesioner tentang sikap ibu
 c. Kuesioner tentang self efficacy

| | | | | | |
|--|---|---|-----------|---------|--|
| a. Penerimaan ibu tentang keuntungan dan hambatan dalam tindakan | Pemahaman ibu tentang perawatan anak yang mengalami hospitalisasi yang difokuskan pada tindakan <i>atraumatic care</i> termasuk keuntungan, pentingnya <i>atraumatic care</i> serta tindakan untuk meminimalisir stres anak sebagai akibat anak dirawat di RS | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ibu memahami penyebab stres hospitalisasi (no 1) 2. Ibu memahami prinsip – prinsip <i>atraumatic care</i> : <ol style="list-style-type: none"> a. Cegah atau turunkan dampak perpisahan antara orang tua dan anak dengan menggunakan pendekatan family centered (no 2, 6, 15) b. Orang tua terlibat aktif dalam perawatan anaknya (no 3, 12, 13) c. Meningkatkan kendali atau control anak dengan mengikutsertakan dalam perawatan (no 8, 9, 10, 11, 14) d. Cegah dan turunkan cedera fisik dan psikologis (no 4, 7) e. Modifikasi lingkungan rumah sakit dengan mendesainnya seperti di rumah (no 5) | Kuesioner | Ordinal | <ol style="list-style-type: none"> a. Jawaban benar diberi skor 2 b. Jawaban salah diberi skor 1 <p>Jadi total skor 15-30</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Baik jika total skor 26-30 b. Cukup jika total skor 21-25 c. Kurang jika total skor 15-20 |
| b. Sikap yang berhubungan dengan tindakan | Pandangan positif dan negatif yang terjadi sebelum, selama perawatan anaknya terhadap prinsip <i>atrumatic care</i> | <p>Pandangan ibu tentang <i>atraumatic care</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Cegah atau turunkan dampak perpisahan antara orang tua dan anak dengan menggunakan pendekatan family centered (no 1, 3, 8, 10) b. Orang tua terlibat aktif dalam perawatan anaknya (no 6) c. Meningkatkan kendali atau control anak dengan mengikutsertakan dalam | Kuesioner | Ordinal | <p>Untuk pernyataan positif :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sangat setuju diberi skor b. Negatif jika \leq mean T c. Positif jika $>$ mean T |

| | | | | | | |
|--|---|---|------------------|---------|--|--|
| | | perawatan dan bermain (no 2, 4, 5, 9) | | | | |
| | | d. Cegah dan turunkan cedera fisik dan psikologis. (nu 7) | | | | |
| c. <i>Self efficacy</i> | Kemampuan yang dimiliki ibu yang anaknya mengalami hospitalisasi untuk mengambil keputusan dalam memberikan perawatan <i>atraumatic care</i> yang sesuai dengan informasi yang didapatkan dari tim kesehatan RS | Besarnya kemampuan ibu dalam : a. Cegah atau turunkan dampak perpisahan antara orang tua dan anak dengan menggunakan pendekatan <i>family centered</i> (no 1, 2 b. Orang tua terlibat aktif dalam perawatan anaknya (no 4, 5, c. Meningkatkan kendali atau control anak dengan mengikutsertakan dalam perawatan (no 3, 9) d. Cegah dan turunkan cedera fisik dan psikologis. (no 6, 7, 8) e. Modifikasi lingkungan rumah sakit dengan mendesainnya seperti di rumah (no 10) | Kuesioner | Ordinal | a. Baik jika total skor 31-40 b. Cukup jika total skor 21 - 30 c. Kurang jika total skor 10 - 20 | |
| 3. Komitmen ibu dalam <i>atraumatic care</i> | Besarnya niat dan rencana ibu untuk melakukan tindakan <i>atraumatic care</i> pada anaknya yang mengalami hospitalisasi agar dapat mengurangi stres hospitalisasi anaknya | Niat ibu dalam <i>atraumatic care</i> yaitu : a. Cegah atau turunkan dampak perpisahan antara orang tua dan anak dengan menggunakan pendekatan <i>family centered</i> (no 1, 2 b. Orang tua terlibat aktif dalam perawatan anaknya (no 4, 5, c. Meningkatkan kendali atau control anak dengan mengikutsertakan dalam perawatan (no 3, 9) d. Cegah dan turunkan cedera fisik dan psikologis. (no 6, 7, 8) e. Modifikasi lingkungan rumah sakit dengan mendesainnya seperti di rumah (no 10) | Kuesioner | Ordinal | a. Tinggi jika total skor 24-30 b. Cukup jika total skor 17-23 c. Rendah jika total skor 10-16 | |
| 4. Perilaku ibu dalam <i>atraumatic care</i> | Tindakan yang diperlihatkan ibu dalam memberikan perawatan yang tidak meninggalkan trauma bagi anak | a. Cegah atau turunkan dampak perpisahan antara orang tua dan anak dengan menggunakan pendekatan <i>family centered</i> (no 1, 2 b. Orang tua terlibat aktif | Lembar observasi | Ordinal | a. Baik jika total skor : 31-40 b. Cukup jika total skor 21- | |

| | | | | | | |
|----|----------------------|---|---|------------------|---------|--|
| | selama hospitalisasi | dalam perawatan anaknya (no 4, 5, | | | | 30 |
| | | c. Meningkatkan kendali atau control anak dengan mengikutsertakan dalam perawatan (no 3, 9) | | | c. | Kurang jika total skor 10-20 |
| | | d. Cegah dan turunkan cedera fisik dan psikologis. (no 6, 7, 8) | | | | |
| | | e. Modifikasi lingkungan rumah sakit dengan mendesainnya seperti di rumah (no 10) | | | | |
| 5. | Stres hospitalisasi | Reaksi yang muncul pada anak pra sekolah selama hospitalisasi | a. Reaksi terhadap perpisahan yang ditunjukkan anak usia prasekolah adalah dengan menolak makan, sulit tidur, sering bertanya, menangis walaupun secara perlahan, dan tidak kooperatif terhadap petugas kesehatan. (no 1, 2, 5, 6, 9, 14) | Lembar observasi | Ordinal | a. Stres hospitalisasi jika total skor 15 – 30 |
| | | | b. Perawatan di rumah sakit juga membuat anak kehilangan kontrol terhadap dirinya. Perawatan di rumah sakit sering kali dipersepsikan anak prasekolah sebagai hukuman sehingga anak akan merasa malu, bersalah, atau takut. (no 3, 4, 7) | | | b. Tidak stres jika total skor 31 - 45 |
| | | | c. Ketakutan anak terhadap perlukaan muncul karena anak menganggap tindakan dan prosedurnya mengancam integritas tubuhnya. | | | |
| | | | d. Reaksi agresif dengan marah dan berontak, ekspresi verbal dengan mengucapkan kata-kata marah, tidak mau bekerja sama dengan perawat, dan ketergantungan pada orangtua (no 10, 11, 12, 13, 15) | | | |
| | | | e. Anak regresi (no 8) | | | |

4.4 Instrumen Penelitian

4.4.1. *Discharge planning*

Untuk mengumpulkan data tentang *discharge planning* menggunakan kuesioner yang disusun berdasarkan konsep *discharge planning* dari Potter, Patricia A (2006) yang dimodifikasi dengan protap yang ada di ruangan. Kuesioner ditanyakan kepada ibu yang memiliki anak pra sekolah dengan pengalaman hospitalisasi. Kuesioner terdiri dari 3 bagian penting yaitu informasi yang diberikan perawat tentang *atraumatic care* sejak penerimaan pasien masuk RS, selama proses perawatan. Kuesioner terdiri dari 15 pertanyaan dengan 2 pilihan jawaban.. Jika jawaban benar diberi skor 2 dan jika jawaban salah diberi skor 1 jadi total skor antara 15 – 30.

Instrumen tentang pelaksanaan *discharge planning* telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas terlebih dahulu menggunakan *korelasi pearson product moment* dan uji reliabilitas menggunakan *alfa cronbach* yang dilaksanakan di ruang anak RSUD Sampang sebanyak 15 anak prasekolah. Hasil uji validitas menunjukkan bahwa r hitung terkecil $0,6055 > r$ tabel (0,514) sehingga semua item pernyataan dinyatakan valid. Sedangkan nilai α $0.94428 > r$ tabel sehingga semua item dinyatakan reliable

4.4.1. Kognisi ibu

Instrument yang digunakan untuk mengumpulkan data kognisi ibu yang terdiri atas Pengetahuan *atraumatic care*, hambatan, *self efficacy* dan sikap menggunakan kuesioner yang disusun berdasarkan konsep *atraumatic care* dari Wong (2006). Kuesioner terdiri dari

1) Penerimaan tentang keuntungan dan hambatan tindakan (*atraumatic care*)

terdiri dari 15 pertanyaan tertutup yang terdiri dari 2 pilihan jawaban

(1).jika jawaban benar diberi skor 2

(2).Jika jawaban salah diberi skor 1

Jadi total skor 15 – 30

Kemudian dibagi menjadi 3 yaitu :

a. Baik jika total skor 26-30

b. Cukup jika total skor 21-25

c. Kurang jika total skor 15-20

2) Sikap sebanyak 10 pertanyaan dengan 5 jawaban pilihan

(1) Untuk pernyataan positif

a. Jawaban sangat setuju diberi skor 5

b. Jawaban setuju diberi skor 4

c. Jawaban ragu – ragu diberi skor 3

d. Jawaban tidak setuju diberi skor 2

e. Jawaban sangat tidak setuju diberi skor 1

(2) Untuk pernyataan negatif

a. Jawaban sangat setuju diberi skor 1

- b. Jawaban setuju diberi skor 2
 - c. Jawaban ragu – ragu diberi skor 3
 - d. Jawaban tidak setuju diberi skor 4
 - e. Jawaban sangat tidak setuju diberi skor 5
 - f. , jadi total skor jawaban responden antara 10-50
- 3) *Self efficacy* sebanyak 10 pernyataan dengan 4 pilihan jawaban yaitu sangat mampu, cukup mampu, kurang mampu dan tidak mampu.
- (1). Pernyataan positif
- a. Sangat mampu diberi skor 4
 - b. Cukup mampu diberi skor 3
 - c. Kurang mampu diberi skor 2
 - d. Tidak mampu diberi skor 1
- (2). Pernyataan negative
- a. Sangat mampu diberi skor 1
 - b. Cukup mampu diberi skor 2
 - c. Kurang mampu diberi skor 3
 - d. Tidak mampu diberi skor 4
- 4) Instrumen tentang pengetahuan, *self efficacy*, sikap akan dilakukan uji validitas dan reliabilitas terlebih dahulu menggunakan *korelasi pearson product moment* dan uji reliabilitas menggunakan *alfa cronbach* yang dilaksanakan di ruang anak sebanyak 15 anak prasekolah. Hasil uji validitas untuk pengetahuan menunjukkan bahwa r hitung terkecil 0.5782 > r tabel (0,514) sehingga semua item pernyataan dinyatakan valid.

Sedangkan nilai alpha 0.9334 > r tabel sehingga semua item dinyatakan reliable. Untuk sikap menunjukkan bahwa r hitung terkecil 0,5^o82 > r tabel (0,514) sehingga semua item pernyataan dinyatakan valid. Sedangkan nilai alpha 0.8989 > r tabel sehingga semua item dinyatakan reliable. Hasil uji validitas *self efficacy* menunjukkan bahwa r hitung terkecil 0,5754 > r tabel (0,514) sehingga semua item pernyataan dinyatakan valid. Sedangkan nilai alpha 0.8989 > r tabel sehingga semua item dinyatakan reliabel

- 5) Untuk mengklasifikasikan tingkat perilaku spesifik, kognisi dan sikap dengan cara mengkompositkan ketiga sub variabel diatas yaitu penerimaan keuntungan dan hambatan, sikap dan *self efficacy*.
- a. Tingkat penerimaan keuntungan dan hambatan tindakan
 - (1) Baik diberi skor 3
 - (2) Cukup diberi skor 2
 - (3) Kurang diberi skor 1
 - b. Sikap
 - (1) Positif diberi skor 2
 - (2) Negative diberi skor 1
 - c. *Self efficacy*
 - (1) Baik diberi skor 3
 - (2) Cukup diberi skor 2
 - (3) Kurang diberi skor 1
- Jadi total skor untuk perilaku spesifik, kognitif dan sikap adalah 3 – 8

4.4.2. Komitmen ibu

Instrumen yang digunakan untuk mengumpulkan data tentang komitmen ibu berupa kuesioner dengan jenis pertanyaan tertutup yang terdiri dari 10 pernyataan. Kuesioner disusun berdasarkan konsep Wong (2006) tentang *atraumatic care* dan *health promotion Model*. Pilihan jawaban yang disediakan setuju, ragu-ragu, tidak setuju.

1) Pernyataan positif

- (1). Jawaban setuju diberi skor 3
- (2). Ragu-ragu diberi skor 2
- (3). Tidak setuju diberi skor 1

2) Pernyataan negatif

- (1). Jawaban setuju diberi skor 1
- (2). Ragu-ragu diberi skor 2
- (3). Tidak setuju diberi skor 3

Jadi total skor adalah 10-30

Instrumen tentang komitmen dilakukan uji validitas dan reliabilitas terlebih dahulu menggunakan *korelasi pearson product moment* dan uji reliabilitas menggunakan *alfa cronbach* yang dilaksanakan di ruang anak RSUD Sampang sebanyak 15 ibu yang memiliki anak prasekolah. Hasil uji validitas menunjukkan bahwa r hitung terkecil $0.8115 > r$ tabel $(0,514)$ sehingga semua item pernyataan dinyatakan valid. Sedangkan nilai α $0.9282 > r$ tabel sehingga semua item dinyatakan reliabel

4.4.3. Tindakan atraumatic care

Instrumen yang digunakan untuk mengumpulkan data tindakan ibu berupa lembar observasi terhadap kemampuan ibu dalam tindakan atraumatic care selama anak dirawat di RS, yang terdiri dari 10 pernyataan. Hasil uji validitas menunjukkan bahwa r hitung terkecil $0,5366 > r$ tabel ($0,514$) sehingga semua item pernyataan dinyatakan valid. Sedangkan nilai alpha $0.9066 > r$ tabel sehingga semua item dinyatakan reliabel. Ada 4 pilihan jawaban yang terdiri dari selalu, sering, kadang-kadang, tidak pernah.

- 1) Jika jawaban selalu diberi skor 4
- 2) Jika jawaban sering diberi skor 3
- 3) Jika jawaban kadang – kadang diberi skor 2
- 4) Jika jawaban tidak pernah diberi skor 1

Jadi total skor 10-40

4.4.4. Stress hospitalisasi

Instrumen yang digunakan untuk mengumpulkan data tingkat stress hospitalisasi menggunakan lembar observasi berjumlah 15 item. Hasil uji validitas menunjukkan bahwa r hitung terkecil $0,5658 > r$ tabel ($0,514$) sehingga semua item pernyataan dinyatakan valid. Sedangkan nilai alpha $0.9227 > r$ tabel sehingga semua item dinyatakan reliabel. Ada 4 pilihan jawaban yang terdiri dari :

- 1) Selalu diberi skor 4
- 2) Sering diberi skor 3
- 3) Kadang – kadang diberi skor 2

4) Tidak pernah diberi skor 1

Jadi total skor 15 – 60

4.5 Lokasi dan waktu penelitian

Penelitian dilakukan di ruang rawat inap anak (IRNA E) RSUD Syarifah Ambami Ratu Ebu Bangkalan pada bulan Februari sampai maret 2012

4.6 Prosedur pengumpulan data

Prosedur pengambilan dan pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah :

1. Penilaian *discharge planning* dilaksanakan saat pertama kali anak masuk ruang rawat inap anak (IRNA E) oleh perawat ruangan (berdasarkan format penerimaan pasien baru dan *discharge planning* yang sudah disusun peneliti) sebelum dan sesudah dilakukan sosialisasi tentang aplikasi *discharge planning*
2. Melakukan pengukuran tingkat perilaku spesifik, kognisi dan sikap ibu tentang *atraumatic care* yang terdiri dari 3 sub variabel yaitu penerimaan keuntungan dan hambatan, sikap dan *self efficacy*. Untuk mengukur tingkat perilaku spesifik, kognitif dan sikap menggunakan 3 kuesioner yaitu tentang penerimaan keuntungan dan hambatan tindakan, sikap dan *self efficacy*. Pengukuran variabel ini dilakukan oleh peneliti minimal dalam waktu 1 x 24 jam setelah anak dirawat di RS. Jika ibu tidak bias membaca dan menulis maka kuesioner akan dibacakan oleh peneliti.
3. Mengukur komitmen ibu dalam menerapkan tindakan *atraumatic care* pada anaknya menggunakan kuesioner yang dilakukan oleh peneliti sendiri. Bagi

ibu yang tidak bisa membaca dan menulis maka kuesioner akan dibacakan oleh peneliti.

4. Mengukur perilaku ibu dalam tindakan *atraumatic care* yang difokuskan pada tindakan ibu selama perawatan anaknya yang diukur minimal 1 x 24 jam setelah anak dirawat di RS menggunakan lembar observasi.
5. Mengukur stres hospitalisasi pada anak pra sekolah menggunakan lembar observasi minimal 2 x 24 jam setelah anak dirawat di RS. Apabila perilaku anak sulit di observasi maka akan ditanyakan pada ibu dan perawat ruangan.

4.7 Cara analisa data

Data yang terkumpul dari kuesioner yang telah diisi kemudian diolah dengan tahap sebagai berikut

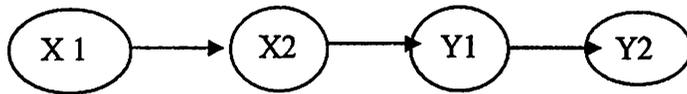
4.7.1 Analisis deskriptif

Penelitian ini akan dilakukan analisa deskriptif untuk semua variabel penelitian, dengan menghitung mean, median, modus dan membuat distribusi frekuensi berdasarkan masing – masing variabel. Analisa univariat ini pada umumnya hanya menghasilkan distribusi dan prosentase dari masing – masing variabel. Analisis bivariat secara deskriptif dilakukan pada variabel dalam bentuk kategori dengan pendekatan tabulasi silang

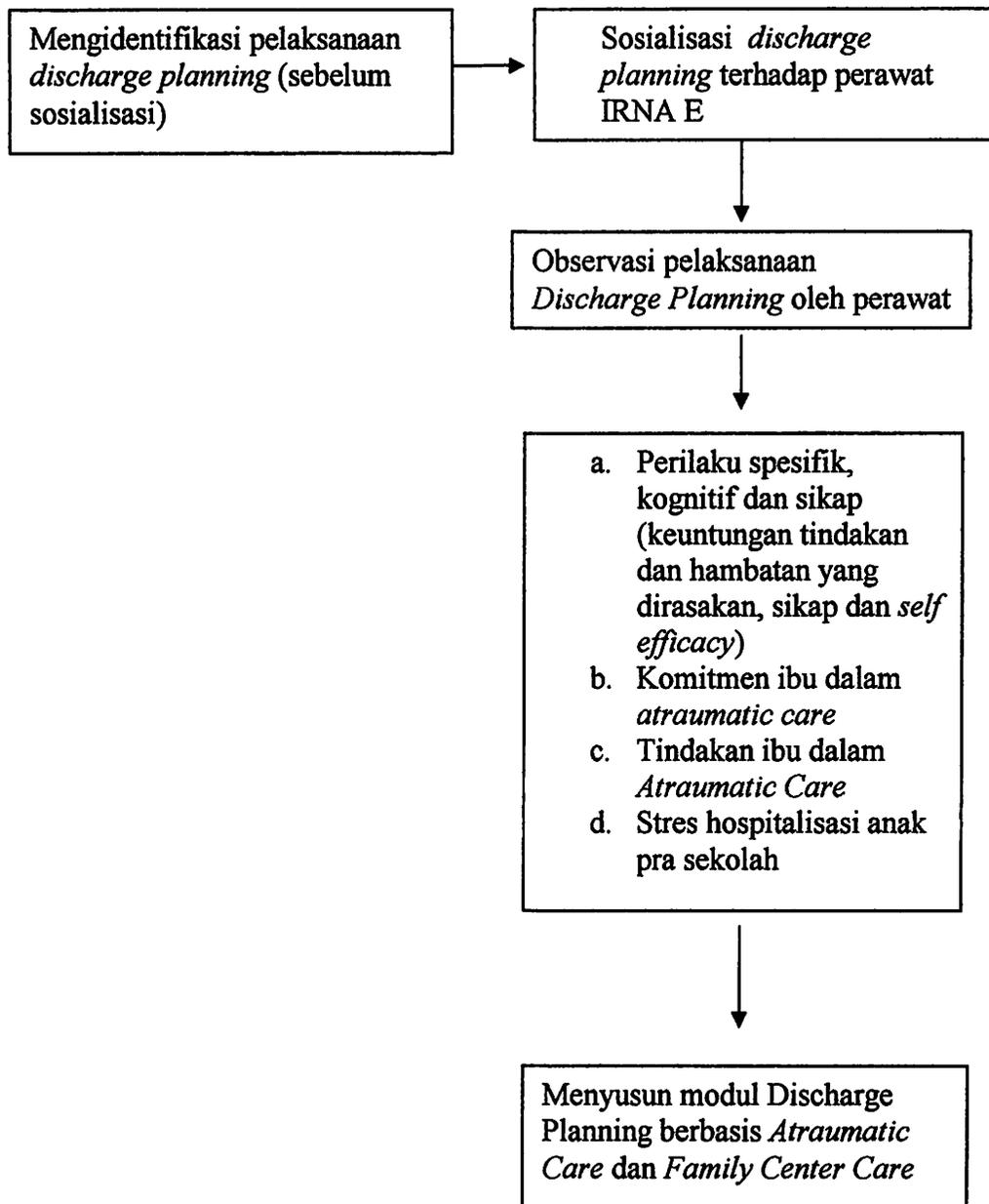
4.7.2. Analisis bivariat analitik

Analisa bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi. Untuk menguji pengaruh variabel independen yaitu *discharge planning* dan kognisi spesifik ibu : penerimaan keuntungan dan hambatan, *self efficacy* terhadap variabel dependen yaitu komitmen, perilaku

dan stres hospitalisasi *Corelation Spearman Rho* dengan $\alpha \leq 0,05$ dan kriteria pengujiannya apabila *p-value* lebih kecil atau sama dengan α maka H_0 di tolak dan H_a diterima.



4.8 Kerangka operasional



Gambar 4.1 Kerangka operasional model asuhan keperawatan stres hospitalisasi pada anak usia pra sekolah berbasis HPM dan FCC

4.9 Etika penelitian

Sebelum melakukan penelitian, peneliti perlu mendapatkan persetujuan dari tempat penelitian. Peneliti juga akan melakukan uji etik terlebih dahulu ke bagian Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat RSUD Syarifah Ambami Ratu Ebu Bangkalan. Setelah persetujuan diperoleh, penelitian segera dilakukan dengan menekankan masalah etika penelitian meliputi:

4.9.1. *Inform concent* (lembar persetujuan)

Persetujuan ini ditujukan kepada calon responden yang telah memenuhi kriteria dan akan diteliti, bila subyek menolak maka peneliti tidak dapat memaksa dan tetap menghormati hak-haknya. Jika di tengah jalan responden mengundurkan diri dipersilahkan mengundurkan diri dan kuesioner yang telah diisi tidak diikutkan dalam pengolahan data.

4.9.2. *Anonimity* (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak akan mencantumkan nama responden, tetapi lembar jawaban akan diberikan kode.

4.9.3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi responden akan dijamin oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian. Setelah data selesai digunakan maka akan dimusnahkan.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN ANALISA

Bab ini menjelaskan tentang hasil penelitian yang telah dilakukan di IRNA E RSUD Syarifah Amabami Ratu Ebu Bangkalan mulai tanggal 27 Februari sampai dengan 20 April 2012 yang meliputi gambaran umum lokasi penelitian, data umum dan data khusus.

5.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Lokasi RSUD berada di JL Pemuda Kaffa No 9 Bangkalan dengan status akreditasi B (non pendidikan) dengan status kepemilikan pemerintah daerah. IRNA E merupakan salah satu ruang atau instalasi rawat inap yang diperuntukkan bagi pasien yang masuk kategori anak. IRNA E memiliki tenaga perawat berjumlah 15 perawat yang menggunakan model asuhan keperawatan profesional Tim yang dibagi menjadi 5 tim dengan 1 kepala ruangan. IRNA E terdiri dari ruang HCU (5 tempat tidur), ruang tropical disease (4 tempat tidur), ruang GEA (4 tempat tidur), ruang isolasi (4 tempat tidur), ruang bermain, ruang kelas 3 A dan 3 B masing masing 4 tempat tidur, ruang kelas 2 A, B, C masing masing 1 tempat tidur jadi total kapasitas tempat tidur adalah 28 pasien.

Tabel 5.1 Data BOR, av LOS, TOI dan BTO ruang IRNA E RSUD Syarifah Ambami Ratu Ebu Bangkalan tahun 2011

| | Bulan | | | | | | | | | | | |
|-----|-------|------|------|------|------|------|-------|------|------|------|------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| BOR | 23,5 | 28,5 | 37,1 | 31,6 | 38,9 | 28,4 | 24,8 | 21,5 | 29,8 | 26,5 | 45,8 | 48,1 |
| Av | 3,67 | 4,20 | 3,8 | 4,4 | 3,8 | 3,8 | 4,3 | 3,4 | 4,5 | 3,6 | 3,4 | 3,9 |
| LOS | | | | | | | | | | | | |
| TOI | 10,5 | 11,2 | 6,7 | 8,7 | 5,7 | 10 | 12,07 | 11,3 | 11,7 | 9,2 | 4,6 | 4,02 |
| BTO | 2,2 | 1,8 | 2,9 | 2,4 | 3,3 | 2,1 | 1,9 | 2,1 | 1,8 | 2,4 | 3,5 | 4,00 |

Berdasarkan tabel 5.1 menunjukkan bahwa terjadi peningkatan *Bed Occupancy Rate* (BOR) dari bulan januari sebesar 23.50 menjadi 48.16 pada bulan desember tahun 2011. Hal ini juga diikuti oleh peningkatan BTO (*Bed Turn Over*) dari 2.25 menjadi 4.00 sedangkan untuk Av LOS (*Average Length Of Stay*) cenderung stabil antara 3 – 5 hari. Berdasarkan data Rekam Medis RS tahun 2011 didapatkan bahwa 10 kasus terbanyak yang terjadi pada anak pra sekolah di IRNA E RSUD Syarifah Ambami Ratu Ebu Bangkalan adalah GEA (*Gastroenteritis Akut*), Bronkopneumonia, Konvulsi, DHF, bronchitis, febris, ISPA, encephalitis, vomiting dan thypoid fever.

5.2. Karakteristik Umum

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada tanggal 27 Februari sampai dengan 20 April 2012 tentang usia anak, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, pendidikan perawat di IRNA E RSUD Syarifah Ambami Ratu Ebu Bangkalan didapatkan hasil sebagai berikut :

Tabel 5.2 Karakteristik umum responden di IRNA E RSUD Syarifah Ambami Ratu Ebu Bangkalan bulan februari sampai dengan April 2012 (n : 25)

| Data | Kategori | Frekuensi | Prosentase (%) |
|--------------------------|------------------|-----------|----------------|
| Usia Anak | 3 tahun | 14 | 56 |
| | 4 tahun | 6 | 24 |
| | 5 tahun | 5 | 20 |
| Pendidikan Ibu | SD | 6 | 24 |
| | SMP | 9 | 36 |
| | SMA | 9 | 36 |
| | Diploma | 1 | 4 |
| Pekerjaan Ibu | Ibu rumah tangga | 14 | 56 |
| | Wiraswasta | 4 | 16 |
| | Guru SD | 2 | 8 |
| | PNS | 5 | 20 |
| Pendidikan Perawat/Bidan | SPK | 2 | 10 |
| | DIII Keperawatan | 10 | 53 |
| | D III Kebidanan | 4 | 21 |
| | SI Keperawatan | 3 | 16 |

Berdasarkan tabel 5.2 menunjukkan bahwa lebih dari 50 % pasien anak yang dirawat di IRNA E pada bulan Februari sampai dengan April berusia 3 tahun yaitu sebesar 56 %. Sebagian ibu yang mendampingi anaknya di IRNA E memiliki pendidikan SMP yaitu sebesar 36 % dan SMA yaitu sebesar 36 %. Berdasarkan status pekerjaan lebih dari 50 % ibu tidak memiliki pekerjaan (ibu rumah tangga) sebesar 56 %. Sedangkan sebagian kecil yaitu 8 % bekerja sebagai guru SD. Sedangkan untuk pendidikan perawat atau bidan lebih dari 50 % perawat memiliki pendidikan D III Keperawatan yaitu sebesar 53 %

5.3. Data variabel penelitian

5.3.1. Data *Discharge Planning*

Tabel 5.3 Pelaksanaan *discharge planning* di IRNA E RSUD Syarifah Ambami Ratu Ebu Bangkalan bulan february sampai dengan April 2012 (n : 25)

| Item <i>Discharge Planning</i> | Discharge Planning 1 | | Discharge Planning 2 | |
|---|----------------------|----|----------------------|----|
| | Frekuensi | % | Frekuensi | % |
| 1. Informasi tentang penyakit | 2 | 8 | 17 | 68 |
| 2. Informasi tentang nutrisi atau gizi | 10 | 40 | 19 | 76 |
| 3. Informasi tentang aktifitas atau mobilisasi | 13 | 52 | 19 | 76 |
| 4. Memberi kesempatan ibu untuk bertanya tentang penyakit anaknya dan perawatan | 4 | 16 | 17 | 68 |
| 5. Mengajarkan ibu 3 prinsip <i>atraumatic care</i> | 9 | 36 | 19 | 76 |
| 6. Melibatkan ibu dalam tindakan keperawatan | 8 | 32 | 17 | 68 |
| 7. Mengajarkan ibu tindakan keperawatan yang bisa dilakukan ibu secara mandiri ataupun dibawah pengawasan perawat | 13 | 52 | 20 | 80 |
| 8. Informasi tentang jenis, dosis, indikasi dna cara pemberian obat | 3 | 12 | 6 | 24 |

Penghitungan frekuensi pada pelaksanaan *discharge planning* berdasarkan pada jumlah jawaban “ya” dari responden untuk masing - masing parameter atau item pertanyaan dalam *discharge planning*.. Berdasarkan tabel 5.3 menunjukkan bahwa sebelum dilakukan sosialisasi skor terendah adalah tidak diberikan informasi yang jelas tentang penyakit, tanda dan gejala yang perlu diwaspadai ibu yaitu sebesar 8 %. Setelah diberikan sosialisasi skor terendah adalah pemberian informasi tentang jenis, dosis, indikasi dan cara pemberian obat yaitu sebesar 24 %. Secara umum terjadi peningkatan yang cukup signifikan setelah dilakukan sosialisasi tentang pelaksanaan *discharge planning* kecuali pada item pemberian informasi tentang jenis, dosis, indikasi dan cara pemberian obat tetap rendah meskipun sudah diberikan sosialisasi.

5.3.2. Data pemahaman ibu tentang keuntungan dan hambatan *atraumatic care*

Tabel 5.4 Distribusi frekuensi pemahaman ibu tentang keuntungan dan hambatan *atraumatic care* di IRNA E RSUD Syarifah Ambami Ratu Ebu Bangkalan bulan february sampai dengan April 2012 (n : 25)

| No | Pemahaman tentang <i>atraumatic care</i> | Frekuensi | Prosentase (%) |
|----|--|-----------|----------------|
| 1 | Penyebab stres hospitalisasi | 25 | 100 |
| 2 | Pencegahan perpisahan | 21 | 84 |
| 3 | Keterlibatan orang tua | 16 | 64 |
| 4 | Peningkatan kendali/ kontrol anak | 14 | 56 |
| 5 | Pencegahan dan penurunan cedera | 20 | 80 |
| 6 | Modifikasi ruangan perawatan | 14 | 56 |

Penghitungan frekuensi untuk pemahaman ibu tentang keuntungan dan hambatan *atraumatic care* berdasarkan jumlah jawaban benar untuk masing – masing parameter. Berdasarkan tabel 5.4 menunjukkan bahwa ibu sudah memiliki pemahaman yang baik pada beberapa item parameter. Seluruh ibu (100 %) memahami bahwa perpisahan dengan ibu adalah

penyebab utama stres hospitalisasi. Mayoritas ibu (84 %) memahami bahwa pencegahan perpisahan, trauma dan cedera sangat penting untuk menurunkan trauma anak akibat hospitalisasi. Hasil terendah adalah pemahaman ibu tentang perlunya modifikasi ruangan dan peningkatan kendali atau kontrol anak selama hospitalisasi yaitu sebesar (56 %).

5.3.3. Data sikap ibu tentang *atraumatic care*

Tabel 5.5 Distribusi frekuensi sikap ibu tentang *atraumatic care* di IRNA E RSUD Syarifah Ambami Ratu Ebu Bangkalan bulan februari sampai dengan April 2012 (n : 25)

| No | Sikap <i>atraumatic care</i> | Frekuensi | (%) |
|----|---|-----------|-----|
| 1 | Mencegah dampak perpisahan (FCC) | 19 | 76 |
| 2 | Orang tua terlibat aktif selama perawatan | 15 | 60 |
| 3 | Meningkatkan kendali atau kontrol anak | 16 | 64 |
| 4 | Mencegah trauma atau cedera, nyeri anak | 20 | 80 |

Penghitungan frekuensi sikap ibu berdasarkan jumlah jawaban sangat setuju dan setuju atas pertanyaan yang ada di kuesioner sikap. Berdasarkan tabel 5.5 diatas menunjukkan bahwa secara umum memiliki sikap yang cukup positif dalam *atraumatic care*. Sebagian besar ibu (84 %) menunjukkan pandangan yang positif tentang *atraumatic care* yaitu mencegah dan menurunkan cedera, trauma dan nyeri akibat tindakan perawatan serta dengan meminimalisir dampak perpisahan. sedangkan nilai terendah (60 %) adalah sikap ibu untuk terlibat aktif selama perawatan anak.

5.3.4. Data *self efficacy* ibu

Tabel 5.6 Distribusi frekuensi *self efficacy* di IRNA E RSUD Syarifah Ambami Ratu Ebu Bangkalan bulan february sampai dengan April 2012 (n : 25)

| No | <i>Self efficacy</i> | Frekuensi | % |
|----|--|-----------|----|
| 1 | Kemampuan dalam mencegah perpisahan | 19 | 76 |
| 2 | Kemampuan ibu terlibat aktif | 16 | 64 |
| 3 | Kemampuan ibu dalam meningkatkan kendali | 16 | 64 |
| 4 | Kemampuan ibu mencegah & menurunkan cedera | 19 | 76 |
| 5 | Kemampuan memodifikasi ruang perawatan | 14 | 56 |

Penghitungan frekuensi data *self efficacy* ibu berdasarkan jumlah jawaban

responden yang memilih sangat mampu dan mampu untuk masing - masing parameter. Berdasarkan tabel 5.6 menunjukkan bahwa secara umum ibu memiliki *self efficacy* yang cukup dalam *atraumatic care*. Sebagian besar ibu (76 %) memiliki kemampuan yang baik dalam mencegah perpisahan, dan mencegah serta meminimalisir trauma atau cedera pada anak. Nilai terendah adalah kemampuan ibu dalam memodifikasi ruang perawatan yaitu sebesar 56 %.

5.3.5. Data perilaku spesifik, kognisi dan sikap

Tabel 5.7 Distribusi frekuensi perilaku spesifik, kognisi dan sikap di IRNA E RSUD Syarifah Ambami Ratu Ebu Bangkalan bulan february sampai dengan April 2012 (n : 25)

| No | Perilaku spesifik, kognisi dan sikap | Frekuensi | % |
|----|--|-----------|----|
| 1 | Penerimaan keuntungan dan hambatan | 21 | 84 |
| 2 | Sikap ibu tentang <i>atraumatic care</i> | 17 | 68 |
| 3 | <i>Self efficacy</i> ibu | 16 | 64 |

Penghitungan frekuensi perilaku berdasarkan hasil akhir yang dikategorikan baik untuk pemahaman, positif untuk data sikap dan baik untuk *self efficacy* ibu. Berdasarkan tabel 5.7 menunjukkan bahwa dari perilaku, kognisi dan sikap spesifik ibu tentang *atraumatic care* sebagian besar memiliki penerimaan keuntungan dan hambatan tentang *atraumatic*

care. nilai yang paling rendah adalah pada *self efficacy* ibu dalam aplikasi *atraumatic care* selama perawatan anaknya.

5.3.6. Data komitmen ibu

Tabel 5.8 Distribusi frekuensi komitmen ibu dalam *atraumatic care* di IRNA E RSUD Syarifah Ambami Ratu Ebu Bangkalan bulan februari sampai dengan April 2012 (n : 25)

| No | Komitmen ibu | Frekuensi | % |
|----|--|-----------|----|
| 1 | Niat ibu dalam mencegah / menurunkan dampak perpisahan | 17 | 68 |
| 2 | Niat ibu terlibat aktif dalam perawatan | 16 | 64 |
| 3 | Niat ibu dalam meningkatkan control anak | 18 | 72 |
| 4 | Niat ibu dalam mencegah cedera, trauma | 16 | 64 |
| 5 | Niat ibu memodifikasi ruang perawatan | 19 | 76 |

Penghitungan data komitmen ibu berdasarkan jumlah jawaban setuju oleh seluruh responden untuk masing-masing parameter atau item pertanyaan. Berdasarkan tabel 5.8 menunjukkan bahwa secara umum ibu memiliki komitmen yang cukup dalam aplikasi *atraumatic care*. Lebih dari 50 % ibu memiliki komitmen yang baik dalam seluruh parameter dalam aplikasi *atraumatic care* selama anaknya mengalami hospitalisasi.

5.3.7. Data tindakan ibu dalam *atraumatic care*

Tabel 5.9 Distribusi frekuensi tindakan *atraumatic care* di IRNA E RSUD Syarifah Ambami Ratu Ebu Bangkalan bulan februari sampai dengan April 2012 (n : 25)

| No | Tindakan <i>atraumatic care</i> | Frekuensi | % |
|----|---|-----------|----|
| 1 | Cegah atau turunkan dampak perpisahan (FCC) | 23 | 92 |
| 2 | Orang tua terlibat aktif dalam perawatan | 17 | 68 |
| 3 | Meningkatkan kendali atau control anak | 13 | 52 |
| 4 | Mencegah cedera atau trauma dan nyeri | 12 | 48 |
| 5 | Memodifikasi lingkungan & ruang perawatan | 20 | 80 |

Penghitungan data tindakan ibu dalam *atraumatic care* berdasarkan jumlah pilihan selalu dan sering pada seluuruh responden untuk masing-masing parameter yang dinilai dari observasi. Berdasarkan tabel 5.9

menunjukkan bahwa ibu memiliki tindakan yang baik dalam hal mencegah dampak perpisahan sedangkan untuk item lainnya dalam kondisi cukup baik. Mayoritas ibu (92 %) mampu mencegah perpisahan selama perawatan anaknya. Nilai terendah adalah kemampuan ibu dalam mencegah trauma, cedera dan nyeri akibat tindakan yaitu sebesar 48 %.

5.3.8. Data tingkat stress hospitalisasi

Tabel 5.10 Distribusi frekuensi stres hospitalisasi pada anak yang dirawat di IRNA E RSUD Syarifah Ambami Ratu Ebu Bangkalan bulan februari sampai dengan April 2012 (n : 25)

| No | Stres hospitalisasi | Frekuensi | % |
|----|---|-----------|----|
| 1 | Reaksi anak terhadap perpisahan | 14 | 56 |
| 2 | Reaksi anak terhadap kehilangan control | 10 | 40 |
| 3 | Reaksi agresif anak | 13 | 52 |
| 4 | Anak regresi | 9 | 36 |

Penghitungan data tingkat stres hospitalisasi berdasarkan jumlah jawaban selalu dan sering untuk reaksi yang ditimbulkan anak untuk masing-masing parameter. Berdasarkan tabel 5.10 menunjukkan bahwa lebih dari 50 % bereaksi negative selama perpisahan. Skor terendah adalah sikap regresi yang ditunjukkan anak selama hospitalisasi yaitu sebesar 36 %.

5.3.9. Hubungan *Discharge planning* dengan perilaku spesifik, kognisi dan sikap ibu dalam *atraumatic care*

Tabel 5.11 Hubungan antara pelaksanaan *discharge planning* dengan perilaku spesifik, kognisi dan sikap ibu dalam *atraumatic care* di IRNA E RSUD Syarifah Ambami Ratu Ebu Bangkalan bulan februari sampai dengan April 2012 (n : 25)

| Discharge Planning | Perilaku spesifik, kognisi & sikap ibu dalam <i>atraumatic care</i> | | | | | | | | |
|---------------------|---|---------------|-----------|------|-----------|------------------------|-----------|-----|--|
| | Kurang | | Cukup | | Baik | | Total | | |
| | Frekuensi | % | Frekuensi | % | Frekuensi | % | Frekuensi | % | |
| Kurang | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 1 | 100 | |
| Cukup | 2 | 20 | 4 | 40 | 4 | 40 | 10 | 100 | |
| Baik | 1 | 7.1 | 6 | 42.9 | 7 | 50 | 14 | 100 | |
| <i>Spearman Rho</i> | | $r^2 : 0.401$ | | | | <i>p value : 0.047</i> | | | |

Berdasarkan tabel 5.11 menunjukkan bahwa pelaksanaan *discharge planning* yang baik (14 responden) memiliki kecenderungan mempengaruhi perilaku spesifik, kognisi dan sikap ibu dalam *atraumatic care* yaitu cukup (42.9 %) dan baik (50 %). Berdasarkan uji statistik *spearman rho* dengan $\alpha : 0.05$ dengan *p value* 0.047 berarti *p value* < α artinya H_0 ditolak (ada hubungan antara pelaksanaan *discharge planning* dengan perilaku spesifik, kognisi dan sikap ibu dalam *atraumatic care*).

5.3.10. Hubungan perilaku, kognisi spesifik dan sikap dengan komitmen ibu

Tabel 5.12 Hubungan antara perilaku, kognisi dan sikap dengan komitmen ibu di IRNA E RSUD Syarifah Ambami Ratu Ebu Bangkalan bulan februari sampai dengan April 2012 (n : 25)

| Perilaku, kognisi, sikap spesifik | Komitmen ibu dalam <i>atraumatic care</i> | | | | Total |
|--|---|------|------------------------|------|-------|
| | Cukup | | Baik | | |
| | Frekuensi | % | Frekuensi | % | |
| Kurang | 3 | 100 | 0 | 0 | 100 |
| Cukup | 7 | 63.6 | 4 | 36.4 | 100 |
| Baik | 1 | 9.1 | 10 | 90.9 | 100 |
| (<i>Spearman's Rho</i>) | $r^2 : 0.663$ | | <i>p value</i> : 0.000 | | |

Berdasarkan tabel 5.12 menunjukkan bahwa ada kecenderungan ibu dengan perilaku kognisi dan sikap yang baik tentang *atraumatic care* akan memiliki komitmen yang baik dalam *atraumatic care*, dimana dari 90.9 % ibu yang memiliki perilaku yang baik sekaligus memiliki komitmen baik dalam menerapkan *atraumatic care* selama anaknya mengalami hospitalisasi. Uji statistik menunjukkan bahwa *P Value* < α artinya H_0 ditolak yaitu ada hubungan perilaku ibu dengan komitmen ibu.

5.3.11. Hubungan komitmen ibu dengan tindakan *atraumatic care*

Tabel 5.13 Hubungan antara komitmen ibu dalam *atraumatic care* dengan tindakan *atraumatic care* di IRNA E RSUD Syarifah Ambami Ratu Ebu Bangkalan bulan februari sampai dengan April 2012 (n : 25)

| Komitmen ibu dalam <i>atraumatic care</i> | Tindakan <i>atraumatic care</i> | | | | | | Total |
|---|---------------------------------|--------------|-----------|---------------------------|-----------|----|-------|
| | Kurang | | Cukup | | Baik | | |
| | Frekuensi | % | Frekuensi | % | Frekuensi | % | |
| Cukup | 9 | 82 | 1 | 9 | 1 | 9 | 100 |
| baik | 1 | 7 | 11 | 79 | 2 | 14 | 100 |
| (Spearman's Rho) | | $r^2: 0.652$ | | $p \text{ value: } 0.000$ | | | |

Berdasarkan tabel 5.14 menunjukkan bahwa komitmen yang cukup (81.8 %) dalam *atraumatic care*, sebagian besar memiliki tindakan *atraumatic care* yang kurang. Berdasarkan uji statistik didapatkan hasil bahwa $p \text{ value} < \alpha$ yang berarti H_0 ditolak yaitu ada hubungan antara komitmen dengan tindakan *atraumatic care*

5.3.12. Hubungan tindakan *atraumatic care* dengan stres hospitalisasi anak

Tabel 5.14 Hubungan antara tindakan *atraumatic care* dengan stres hospitalisasi di IRNA E RSUD Syarifah Ambami Ratu Ebu Bangkalan bulan februari sampai dengan April 2012 (n : 25)

| Tindakan | Stress hospitalisasi | | | | Total | | |
|------------------|----------------------|--------------|--------------|---------------------------|-----------|-----|--|
| | Stres | | Tidak stress | | Frekuensi | % | |
| | Frekuensi | % | Frekuensi | % | | | |
| Kurang | 10 | 100 | 0 | 0 | 10 | 100 | |
| Cukup | 3 | 25 | 9 | 75 | 12 | 100 | |
| Baik | 1 | 33.3 | 2 | 66.7 | 3 | 100 | |
| (Spearman's Rho) | | $r^2: 0.658$ | | $P \text{ value: } 0.000$ | | | |

Berdasarkan tabel 5.14 menunjukkan bahwa tindakan *atraumatic care* ibu mempengaruhi terjadinya stress hospitalisasi pada anak dimana tindakan yang cukup (12 responden), ditemukan 75 % anak tidak cemas, sebaliknya 10 ibu yang kurang dalam tindakan *atraumatic care* ditemukan 100 % anak mengalami stress hospitalisasi. Berdasarkan uji statistik *spearman rho* didapatkan $p \text{ value} 0.000$ dengan $\alpha : 0.05$ berarti

HO ditolak artinya ada hubungan tindakan *atraumatic care* dengan stres hospitalisasi pada anak.

5.3.13. Rekapitulasi hubungan antar variabel penelitian

Tabel 5.15 Rekapitulasi hubungan antar variabel penelitian di IRNA E RSUD Syarifah Ambami Ratu Ebu Bangkalan bulan februari sampai dengan April 2012 (n : 25)

| No | Variabel | Uji statistik | r^2 | <i>p value</i> |
|----|--|-----------------------|-------|----------------|
| 1 | Hubungan discharge planning dengan tindakan ibu dalam <i>atraumatic care</i> | <i>Spearman's Rho</i> | 0.401 | 0.047 |
| 2 | Hubungan perilaku spesifik kognisi dan sikap dengan komitmen | <i>Spearman's Rho</i> | 0.663 | 0.000 |
| 3 | Hubungan komitmen ibu dengan tindakan <i>atraumatic care</i> | <i>Spearman's Rho</i> | 0.652 | 0.000 |
| 4 | Hubungan tindakan <i>atraumatic care</i> ibu dengan stres hospitalisasi anak | <i>Spearman's Rho</i> | 0.658 | 0.000 |

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa ada hubungan antara keempat variabel dengan tingkat keeratan hubungan yang cukup bervariasi. Hubungan antara pelaksanaan *Discharge planning* dengan tindakan ibu dalam *atraumatic care* memiliki keeratan hubungan yang paling rendah dibandingkan hubungan variabel lainnya yaitu sebesar 0.401.

5.4. Pelaksanaan *Focus Group Discussion* (FGD) I

Pelaksanaan FGD I dilaksanakan setelah pengumpulan data tentang pelaksanaan *discharge planning* yaitu sebelum dilakukan sosialisasi standart pelaksanaan *discharge planning* yang sesuai.

1. Hari/ tanggal : Senin/ 19 Maret 2012
2. Jam : 09.00-11.15 Wib
3. Tempat : Ruang IRNA E RSUD Syarifah Ambami Ratu Ebu Bangkalan

4. Peserta FGD :
- a. Kepala ruangan
 - b. 3 ketua tim
 - c. 3 perawat IRNA E
5. Tema-tema atau temuan penting dalam FGD

| No | Isu strategis | Pendapat peserta FGD | Rekomendasi |
|----|---|---|--|
| 1 | Belum dilaksanakannya <i>Discharge Planning</i> (DP) secara umum | <ol style="list-style-type: none"> a. Kepala ruangan menyampaikan bahwa <i>discharge planning</i> belum dilaksanakan secara optimal. b. DP hanya dilakukan saat pasien menjelang pulang saja c. Perawat belum memahami bahwa DP harusnya dilakukan sejak awal pasien dirawat, selama proses perawatan dan sesaat sebelum meninggalkan ruang perawatan. Sehingga aplikasi <i>discharge planning</i> hanya dilakukan sesaat sebelum pasien keluar Rumah Sakit d. Belum ada SOP <i>Discharge Planning</i> e. Belum pernah ada sosialisasi atau informais tentang pelaksanaan <i>discharge planning</i> dari Rumah Sakit f. Belum ada leaflet atau media informais lainnya di ruangan | <ol style="list-style-type: none"> a. Harus dirumuskan SOP <i>Discharge planning</i> b. Perlu sosialisasi impelementasi <i>discharge Planning</i> yang sesuai pada pasien mulai awal masuk, selama proses dan menjelang pulang c. Perlu adanya modul atau panduan praktis aplikasi <i>discharge planning</i> untuk media belajar bagi perawat di ruangan d. Perlu disiapkan leaflet atau media informasi lainnya yang diperlukan untuk mendukung pemberian informasi |
| 2 | Belum ditemukan standart operasional prosedur <i>discharge planning</i> | <ol style="list-style-type: none"> a. Sudah ada format <i>discharge planning</i> di rekam medis pasien tetapi dalam aplikasinya belum optimal artinya sudah ada pendokumentasian dan ditandatangani tetapi tidak dilakukan ke pasien | <ol style="list-style-type: none"> a. Harus dirumuskan SOP <i>Discharge planning</i> b. SOP <i>discharge planning</i> yang sudah dirumuskan harus disosialisasikan |

- | | | | | | |
|---|---|----|---|----|---|
| 3 | Discharge planning hanya dilakukan menjelang pasien pulang | b. | <i>Discharge planning</i> sudah diterapkan dengan baik ketika pasien akan meninggalkan ruang perawatan karena sudah sembuh, pulang paksa atau pindah ke Rumah Sakit lainnya. Informasi yang diberikan meliputi jenis obat, waktu minum obat, waktu kontrol, tempat control, nutrisi dan aktifitas setelah keluar Rumah Sakit. | a. | Merumuskan SOP Discharge Planning |
| | | | | b. | Sosialisasi SOP discharge planning kepada perawat ruang anak. |
| 4 | Perawat belum melibatkan keluarga secara aktif dalam perawatan anak | a. | Perawat berpendapat bahwa keluarga memang perlu dilibatkan selama perawatan tetapi seluruh tindakan perawatan harusnya dilakukan sendiri oleh perawat di ruangan | a. | Sosialisasi aplikasi FCC (<i>Family Center Care</i>) selama perawatan anaknya |
| | | b. | Sejak awal ibu memang sudah dilibatkan dalam perawatan tetapi belum optimal terutama ketika anak menangis karena kehadiran orang tua selama tindakan justru menghambat tindakan. | b. | Ruangan harus lebih banyak memberikan kebijakan dalam melibatkan keluarga selama perawatan anak |
| 5 | Belum mengajarkan prinsip atraumatic care pada ibu selama DP | a. | Perawat belum memahami aplikasi <i>atraumatic care</i> dan <i>discharge planning</i> serta falsafah <i>family center care</i> selama perawatan anak | a. | Sosialisasi prinsip atraumatic care sebagai prinsip dasar perawatan anak yang mengalami hospitalisasi |
| | | b. | Selama perawatan memang perawat belum sepenuhnya menekankan 3 prinsip <i>atraumatic care</i> dan keterlibatan ibu selama perawatan anaknya untuk tujuan peningkatan kemampuan ibu. Karena seluruh tindakan harus dilakukan sendiri oleh perawat ruangan | | |
-

5.6. Pelaksanaan FGD II

Pelaksanaan FGD I dilaksanakan setelah dikumpulkan data tentang pelaksanaan *discharge planning* yaitu setelah dilakukan sosialisasi standart pelaksanaan *discharge planning* yang sesuai.

1. Hari/ tanggal : Kamis/ 26 April 2012
2. Jam : 09.30-12.00 Wib
3. Tempat : Ruang IRNA E RSUD Syarifah Ambami Ratu Ebu Bangkalan
4. Peserta FGD :
 - a. Kepala ruangan
 - b. 4 ketua tim
 - c. 4 perawat ruangan
5. Tema-tema atau temuan penting dalam FGD

| No | Isu strategis | Pendapat peserta FGD | Rekomendasi |
|----|---|--|---|
| 1 | Ada peningkatan penilaian ibu tentang pelaksanaan <i>discharge planning</i> meskipun ada sebagian ibu memberikan penilaian rendah atau kurang terutama item kemampuan perawat dalam menjelaskan jenis obat, dosis, aturan, manfaat dan cara pemberian | <ol style="list-style-type: none"> a. Karena biasanya perawat hanya memberikan obat tanpa menjelaskan dan meminta ibu untuk memberikan pada anak atau langsung memasukkan obat lewat infuse atau NGT. b. Faktor utama karena sudah berjalannya sentralisasi obat dengan baik sehingga perawat merasa tidak perlu memberikan informasi pada keluarga c. Hal ini disebabkan faktor kebiasaan dan pasien tidak pernah <i>complain</i> atau mengeluh kondisi ini. d. Walaupun ibu diberikan informasi juga tidak terlalu penting karena system obat sudah sentralisasi obat jadi | <ol style="list-style-type: none"> a. Sosialisasi implemntasi <i>Discharge planning</i> pada pasien anak yang mengalami hospitalisasi b. Sosialisasi kepada perawat di ruangan tentang peran perawat dalam pemberian obat kepada pasien c. Menyediakan leaflet atau media informasi lainnya di |

| | | | |
|---|--|--|--|
| | | perawat sendiri yang mengatur jadwal, dosis sehingga tidak beresiko salah | d. Meningkatkan kualitas pelaksanaan discharge planning terutama untuk memberikan informasi tentang jenis, dosis dan aturan pakai obat. |
| | | e. Perawat sudah berusaha seoptimal mungkin memberikan informasi sejak awal pasien masuk Rumah Sakit tetapi karena keterbatasan SDM dan persiapan lain yang harus disiapkan oleh perawat membuat perawat tidak memiliki cukup waktu dalam memberikan informasi di awal | |
| | | f. Ketua tim sudah berusaha mengingatkan perawat di timnya untuk memberikan informasi kepada ibunya yang berkaitan dengan perawatan anaknya termasuk ketika anak dan ibu pertama kali masuk Rumah sakit | |
| 2 | Sebagian perawat belum melibatkan ibu selama perawatan anaknya | a. Pelaksanaan DP selama proses perawatan sepertinya sudah optimal. b. Perawat mulai banyak memberikan penjelasan dan informasi kepada ibu terutama untuk tindakan – tindakan sederhana seperti pengukuran suhu, kompres, pemberian obat oral. c. Bahkan ibu yang sudah beberapa kali menemani anaknya dirawat di Rumah Sakit mulai diajarkan melakukan nebulizer dan lapping, vibrasi. d. Ibu juga diajarkan cara deteksi dini gangguan yang muncul untuk segera memanggil perawat di ruangan untuk memberikan pertolongan secepatnya e. Perawat mulai memahami bahwa selama proses perawatan anak sangat penting melibatkan anak | a. Penekanan penerapan prinsip <i>atraumatic care</i> bagi seluruh perawat dan keluarga pasien b. Meningkatkan pemberian asuhan keperawatan anak berbasis <i>Family Center Care</i> di IRNA E |

selama perawatan untuk
memberdayakan dan
meningkatkan kemampuan
ibu sekaligus menurunkan
stres yang muncul pada
anak akibat hospitalisasi

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa pelaksanaan *discharge planning* secara umum mengalami peningkatan setelah dilakukan sosialisasi kecuali pada pemberian informasi tentang jenis, dosis, indikasi, kontraindikasi, efek samping dan aturan pemakaian obat pada ibu. Berdasarkan hasil FGD menunjukkan bahwa yang menjadi penyebab masih rendahnya pemberian informasi tentang obat karena sudah berlakunya sentralisasi obat, tidak ada *complain* atau keluhan dari keluarga pasien sehingga tidak diperlukan informasi secara detail tentang obat. Rekomendasi yang bisa disarankan yaitu perlunya sosialisasi tentang peran perawat dalam pemberian obat, perumusan SOP *discharge planning* yang salah satunya menekankan pentingnya informasi tentang obat.

BAB 6
PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1. Pelaksanaan *discharge planning*

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan sebelum dilakukan sosialisasi skor terendah adalah tidak diberikan informasi yang jelas tentang penyakit, tanda dan gejala yang perlu diwaspadai ibu yaitu sebesar 8 %. Setelah diberikan sosialisasi skor terendah adalah pemberian informasi tentang jenis, dosis, indikasi dan cara pemberian obat yaitu sebesar 24 %. Secara umum terjadi peningkatan yang cukup signifikan setelah dilakukan sosialisasi tentang pelaksanaan *discharge planning* kecuali pada item pemberian informasi tentang jenis, dosis, indikasi, kontraindikasi, mekanisme kerja, efek samping, waktu pemberian obat dan rute pemberian obat tetap rendah meskipun sudah diberikan sosialisasi

Berdasarkan hasil FGD didapatkan bahwa masih rendahnya pemberian informasi disebabkan oleh beberapa faktor antar lain karena sudah berjalannya sentralisasi obat dengan baik sehingga perawat merasa tidak perlu memberikan informasi pada keluarga karena perawat sendiri yang mengatur jadwal, dosis sehingga tidak beresiko salah. Kedua karena faktor kebiasaan dan pasien tidak pernah *complain* atau mengeluh akibat tidak mendapatkan informasi tentang obat. Biasanya perawat hanya memberikan obat tanpa menjelaskan dan meminta ibu untuk memberikan pada anak. Seharusnya perawat mampu memberikan informasi tentang pemberian obat yang dibutuhkan oleh keluarga pasien sesuai tugas atau peran independent perawat dalam pemberian obat. Hal ini juga menjadi salah satu rekomendasi

yang diberikan dalam FGD II tentang pentingnya sosialisasi kepada perawat pelaksana tentang pentingnya pemberian informasi tentang obat.

Hasil pengisian kuesioner oleh seluruh ibu sebelum dilakukan sosialisasi pelaksanaan *discharge planning* kepada perawat didapatkan skor terendah adalah tidak diberikan informasi yang jelas tentang penyakit, tanda dan gejala yang perlu diwaspadai ibu yaitu sebesar 8 %. Item pertanyaan lain yang juga mendapatkan nilai rendah adalah pemberian informasi tentang jenis, dosis, indikasi dan cara pemberian obat yaitu sebesar 12 %. Hasil pengisian kuesioner oleh ibu menunjukkan bahwa perawat tidak menginformasikan obat yang diberikan, aturannya, dosis dan cara memberikannya seperti tabel 5.3 (hal 101). Kondisi ini membuat ibu tidak paham obat apa yang diberikan pada anak yaitu tujuannya, efek sampingnya dan cara pemberiannya. Ibu mempercayakan pengobatan anaknya pada perawat di ruangan.

Perawat juga tidak pernah melibatkan ibu dalam pengambilan keputusan tentang tindakan yang akan dilakukan misalnya tentang kesiapan anak dan waktu yang sesuai saat dilakukan injeksi atau pemasangan infus. Sehingga ibu tidak punya kapasitas untuk menolak, menunda atau menghentikan tindakan karena anak dalam kondisi belum siap.

Hasil pengisian kuesioner sebelum sosialisasi menunjukkan bahwa ada 2 item yang mendapatkan nilai cukup dari ibu yaitu perawat sudah mengajarkan ibu tentang tindakan sederhana yang bisa dilakukan ibu seperti pemeriksaan suhu, kompres hangat sehingga ibu sudah mampu melakukan deteksi dini terhadap peningkatan suhu tubuh baik dengan cara palpasi badan,

menggunakan thermometer atau sekedar menyampaikan pada perawat bahwa anaknya panas. Ibu juga bisa mengambil keputusan tepat dengan mengompres anaknya menggunakan air hangat secara mandiri tanpa dibantu atau mendapat instruksi perawat ruangan. Sebagian besar ibu mengatakan sudah mendapatkan informasi tentang unit perawatan lain seperti apotik, laboratorium.

Discharge planning sebaiknya dilakukan sejak pasien diterima di suatu agen pelayanan kesehatan, terkhusus di rumah sakit dimana rentang waktu pasien untuk menginap semakin diperpendek (Kozier (2004)). *Discharge planning* yang efektif seharusnya mencakup pengkajian berkelanjutan untuk mendapatkan informasi yang komprehensif tentang kebutuhan pasien yang berubah-ubah, pernyataan diagnosa keperawatan, perencanaan untuk memastikan kebutuhan pasien sesuai dengan apa yang dilakukan oleh pemberi layanan kesehatan.

Pernyataan diatas juga didukung oleh konsep yang dikemukakan oleh Hatfield (2008) bahwa *discharge planning* untuk anak terutama untuk tujuan perawatan dirumah dimulai sejak awal pasien masuk Rumah sakit. Perawat dan anggota tim kesehatan yang lain harus mengkaji tingkat pengetahuan anak dan keluarga serta kemampuan mereka untuk mempelajari kondisi anak dan perawatan yang diperlukan setelah pulang. Pemberian pengobatan khususnya penggunaan alat – alat, dan restriksi pada anak harus didiskusikan dengan perawat primer. Sebaiknya perawat memberikan catatan untuk dijadikan pedoman di rumah, tetapi jika tindakan terlalu sulit dan kompleks

untuk orang tua maka diperlukan kunjungan perawat setelah anak kembali ke rumah

Pelaksanaan *discharge planning* seharusnya dilakukan mulai dari awal pasien masuk karena ibu khususnya sebagai orang terdekat anak membutuhkan beberapa informasi, ketrampilan untuk dapat mengambil keputusan supaya dapat mendukung perawatan dan kesembuhan anaknya. Ketika perawat memperkenalkan petugas yang ada di ruangan, maka ibu akan merasa tenang selama proses perawatan sehingga ibu juga lebih tenang dalam menghadapi anaknya yang sakit. Informasi tentang hak, kewajiban, fasilitas di ruangan terutama ruang bermain sangat dibutuhkan bagi ibu untuk mengurangi stres anak. Kondisi inilah yang menjadi alasan supaya *discharge planning* dilakukan sejak awal anak dirawat di ruang rawat inap.

Setelah dilakukan sosialisasi terdapat peningkatan pelaksanaan *discharge planning* seperti pada tabel 5.3 (hal 101). Hasil pengisian kuesioner menunjukkan bahwa mayoritas perawat menyarankan pada ibu untuk melibatkan anak dalam kegiatan selama di Rumah sakit seperti makan, mandi, mobilisasi. Perawat mengajarkan cara menurunkan keluhan dan gejala penyakit anak kepada ibunya seperti kompres hangat untuk menurunkan panas pasien, minum lebih banyak dari biasanya, menurunkan rasa nyeri akibat penyakit maupun tindakan. Perawat melibatkan ibu dalam pengambilan keputusan tentang tindakan yang akan dilakukan seperti waktu yang tepat untuk makan, minum obat, pemberian obat. Informasi di atas diberikan untuk meningkatkan pemahaman dan kemampuan ibu merawat anak selama dirawat di rumah sakit dan pulang ke rumah. Selain mempersiapkan

anak dan ibu untuk pulang juga meningkatkan keterlibatan keluarga selama perawatan anaknya.

Data diatas sangat sesuai dengan filosofi keperawatan anak yaitu *family center care*. Filosofi asuhan berpusat keluarga menunjukkan keluarga bersifat konstan dalam hidup anak. Sistem pelayanan dan personal harus mendukung, menghargai, mendorong dan meningkatkan kekuatan dan kompetensi keluarga melalui pemberdayaan pendekatan dan pemberian bantuan efektif (Duns dan Trivette, 1996 dalam Wong et al, 2008). Keluarga didukung dalam peran pemberian perawatan yang alami dan peran pembuatan keputusan dengan membangun kekuatan unik mereka sebagai individu dan keluarga.

Dua konsep dasar dalam asuhan berpusat keluarga adalah memampukan (*empowering*) dan memberdayakan atau melibatkan orang tua dalam perawatan anaknya (*enabling*). Perawat memampukan keluarga dengan menciptakan kesempatan bagi semua anggota keluarga untuk menunjukkan kemampuan dan kompetensi terbaru mereka dan untuk mendapatkan kemampuan dan kompetensi yang baru yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan anak dan keluarga (wong et all, 2008). Perawat memiliki peran penting untuk meningkatkan kemampuan orang tua dalam merawat anaknya. Orang tua dipandang sebagai subyek yang memiliki kemampuan merawat anaknya. Diharapkan selama proses perawatan anaknya, terjadi proses belajar pada orang tua baik dalam hal peningkatan pengetahuan maupun ketrampilan yang berhubungan dengan keadaan sakit anaknya. Dengan demikian pada saat anaknya diperbolehkan pulang ke rumah, orang tua sudah memiliki

seperangkat pengetahuan dan ketrampilan untuk merawat anaknya (Supartini, 2004). Hal ini tentu sangat relevan dengan konsep *discharge planning* yang harus dilakukan perawat.

Perry dan Potter (2005) mengatakan bahwa pada saat pulang, pasien harus mempunyai pengetahuan, keterampilan, dan sumber yang dibutuhkan untuk memenuhi perawatan dirinya. Kesuksesan tindakan *discharge planning* menjamin pasien mampu melakukan tindakan perawatan lanjutan yang aman dan realistis setelah meninggalkan rumah sakit (Hou, 2001 dalam Perry & Potter, 2005). Oleh karena itu pasien dinyatakan siap menghadapi pemulangan apabila pasien mengetahui pengobatan, tanda-tanda bahaya, aktivitas yang dilakukan, serta perawatan lanjutan di rumah (The Royal Marsden Hospital, 2004). Pasien dan keluarga memahami diagnosa, antisipasi tingkat fungsi, obat-obatan dan tindakan pengobatan untuk kepulangan, antisipasi perawatan tindak lanjut, dan respon yang diambil pada kondisi kedaruratan (Perry & Potter, 2005).

Ada keterkaitan yang sangat erat antara konsep *family center care* dan *discharge planning*, dimana salah satu strategi untuk mengoptimalkan keberhasilan *discharge planning* adalah dengan melibatkan dan memapukan keluarga. Kalau keluarga khususnya ibu memiliki pemahaman dan kemampuan dalam merawat anak maka ibu akan mampu merawat anak ketika di rumah.

6.2. Hubungan pelaksanaan *discharge planning* dengan perilaku spesifik, kognitif dan sikap ibu dalam *atraumatic care*

Berdasarkan hasil pengumpulan data menunjukkan bahwa pelaksanaan *discharge planning* yang baik memiliki kecenderungan mempengaruhi tindakan ibu dalam *atraumatic care* yaitu baik. Dimana pelaksanaan *discharge planning* yang baik (14 responden) memiliki kecenderungan mempengaruhi perilaku spesifik, kognisi dan sikap ibu dalam *atraumatic care* yaitu cukup (42.9 %) dan baik (50 %). Berdasarkan uji statistik spearman rho dengan $\alpha : 0.05$ dengan *P value* 0.047 berarti *p value* < α artinya H_0 ditolak (ada hubungan antara pelaksanaan *discharge planning* dengan perilaku spesifik, kognisi dan sikap ibu dalam *atraumatic care*). Sebaliknya pelaksanaan *discharge planning* yang cukup sebagian besar tindakan ibu dalam *atraumatic care* masih kurang. Berdasarkan uji statistik *spearman rho* dengan *P value* 0.047 berarti *p value* < α artinya H_0 ditolak (ada hubungan antara pelaksanaan *discharge planning* dengan tindakan ibu dalam *atraumatic care*).

Hasil penelitian menunjukkan sebelum dilakukan sosialisasi skor terendah adalah tidak diberikan informasi yang jelas tentang penyakit, tanda dan gejala yang perlu diwaspadai ibu yaitu sebesar 8 %. Setelah diberikan sosialisasi skor terendah adalah pemberian informasi tentang jenis, dosis, indikasi dan cara pemberian obat yaitu sebesar 24 %. Secara umum terjadi peningkatan yang cukup signifikan setelah dilakukan sosialisasi tentang pelaksanaan *discharge planning* kecuali pada item pemberian informasi tentang jenis, dosis, indikasi, kontraindikasi, mekanisme kerja, efek samping,

waktu pemberian obat dan rute pemberian obat tetap rendah meskipun sudah diberikan sosialisasi

Sebagian perawat mampu melaksanakan *discharge planning* pada kategori cukup dan baik setelah mendapatkan sosialisasi tentang pelaksanaan *discharge planning* seperti tabel 5.3 (hal 101). Mayoritas perawat menyarankan pada ibu untuk melibatkan anak dalam kegiatan selama di Rumah sakit seperti makan, mandi, mobilisasi. Perawat mengajarkan cara menurunkan keluhan dan gejala penyakit anak kepada ibunya seperti kompres hangat untuk menurunkan panas pasien, minum lebih banyak dari biasanya, menurunkan rasa nyeri akibat penyakit maupun tindakan. Perawat melibatkan ibu dalam pengambilan keputusan tentang tindakan yang akan dilakukan seperti waktu yang tepat untuk makan, minum obat, pemberian obat seperti tabel 5.3 (hal 99).

Informasi yang telah diberikan perawat bermanfaat untuk meningkatkan pemahaman ibu merawat anak selama dirawat di rumah sakit dan pulang ke rumah. Ibu yang memiliki pemahaman yang baik tentang *atraumatic care* dan FCC akan mampu meningkatkan kemampuan dirinya dalam memutuskan untuk melakukan tindakan. *Self efficacy* merupakan kemampuan seseorang untuk memutuskan menggunakan atau menghindari perilaku promosi kesehatan yang akan dilakukan. *Self efficacy* mempengaruhi hambatan terhadap suatu tindakan, sehingga *self efficacy* yang tinggi berdampak pada hambatan yang rendah dan sebaliknya Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2002) dalam Alligood & Tomey (2006).

Self efficacy yang baik akan mampu memicu sikap yang positif dalam menghadapi sebuah masalah. Sikap yang berhubungan dengan perilaku, mendeskripsikan perasaan positif dan negatif subyektif yang terjadi sebelum, selama maupun setelah perilaku berdasarkan pada stimulus perilaku tersebut. Sikap ini mempengaruhi *self efficacy*, sehingga semakin positif perasaan subyektif berdampak pada *self efficacy* yang tinggi (Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2002) dalam Alligood & Tomey (2006).

Kemampuan perawat dalam melaksanakan *discharge planning* yang mempengaruhi kemampuan ibu untuk terlibat aktif dalam perawatan anak menggunakan pendekatan *atraumatic care* dan *family center care*. Seperti yang dikemukakan oleh Duns dan Trivette (1996) dalam Wong et al, 2008 bahwa filosofi asuhan berpusat keluarga menunjukkan keluarga bersifat konstan dalam hidup anak. Sistem pelayanan dan personal harus mendukung, menghargai, mendorong dan meningkatkan kekuatan dan kompetensi keluarga melalui pemberdayaan pendekatan dan pemberian bantuan efektif. Keluarga didukung dalam peran pemberian perawatan yang alami dan peran pembuatan keputusan dengan membangun kekuatan unik mereka sebagai individu dan keluarga. Dua konsep dasar dalam asuhan berpusat keluarga adalah memampukan (*empowering*) dan memberdayakan atau melibatkan orang tua dalam perawatan anaknya (*enabling*). Perawat memampukan keluarga dengan menciptakan kesempatan bagi semua anggota keluarga untuk menunjukkan kemampuan dan kompetensi terbaru mereka dan untuk mendapatkan kemampuan dan kompetensi yang baru yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan anak dan keluarga (wong et all, 2008).

Perawat memiliki peran penting untuk meningkatkan kemampuan orang tua dalam merawat anaknya. Orang tua dipandang sebagai subyek yang memiliki kemampuan merawat anaknya. Diharapkan selama proses perawatan anaknya, terjadi proses belajar pada orang tua baik dalam hal peningkatan pengetahuan maupun ketrampilan yang berhubungan dengan keadaan sakit anaknya. Dengan demikian pada saat anaknya diperbolehkan pulang ke rumah, orang tua sudah memiliki seperangkat pengetahuan dan ketrampilan untuk merawat anaknya (Supartini, 2004)

Konsep diatas menunjukkan bahwa dengan *discharge planning* yang dilaksanakan secara baik akan mampu mempengaruhi individu dalam perilaku spesifik, kognisi dan sikap ibu dalam *atraumatic care* selama perawatan anaknya . Dengan *discharge planning* yang baik akan membantu ibu terlibat aktif dan meningkatkan kemampuan ibu dalam perawatan anak selama sakit. Dalam *discharge planning* perawat mengajarkan cara melakukan tindakan keperawatan yang bisa dilakukan secara mandiri oleh ibu baik ketika anak dirawat di Rumah sakit maupun anak sudah dibawa pulang.

6.3. Hubungan perilaku spesifik, sikap dan kognisi ibu dengan komitmen ibu

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa ada kecenderungan ibu dengan perilaku, kognisi dan sikap yang baik tentang *atraumatic care* akan memiliki komitmen yang baik dalam *atraumatic care*, dimana dari mayoritas ibu yang memiliki perilaku yang baik sekaligus memiliki komitmen baik dalam menerapkan *atraumatic care* selama anaknya mengalami hospitalisasi. Uji statistik menunjukkan bahwa $P Value < \alpha$ artinya

HO ditolak yaitu ada hubungan perilaku ibu dengan komitmen ibu dalam *atraumatic care*.

Hasil pengumpulan data menunjukkan bahwa dari perilaku, kognisi dan sikap spesifik ibu tentang *atraumatic care* sebagian besar memiliki pemahaman keuntungan dan hambatan tentang *atraumatic care* yang baik dan nilai yang paling rendah adalah pada *self efficacy* ibu dalam aplikasi *atraumatic care* selama perawatan anaknya seperti yang ditunjukkan oleh tabel 5.7 (hal 104).

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi *self efficacy* ibu dalam aplikasi *atraumatic care* yang menyebabkan masih rendahnya *self efficacy* ibu disbanding pemahaman dan sikap ibu. Seperti yang dikemukakan oleh Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. dalam Alligood & Tomey (2006), menjelaskan tentang variabel-variabel yang berdampak pada perilaku kesehatan seseorang antara lain karakteristik dan pengalaman individu meliputi perilaku terdahulu. Pengulangan perilaku terdahulu dapat mempengaruhi perilaku promosi kesehatan secara langsung dan tidak langsung. Perilaku terdahulu tersebut menjadi faktor predisposisi perilaku kesehatan yang dipilih pada saat ini. Faktor personal seperti biologis, psikologis dan sosiokultural. Faktor-faktor ini menjadi prediktif dari perilaku yang diterapkan dan terbentuk dari perilaku yang diharapkan. Faktor biologis personal, meliputi: umur, jenis kelamin, indeks masa tubuh, status pubertas, status menopause, kapasitas aerobic, kekuatan, kecerdasan dan keseimbangan. Faktor psikologis personal, meliputi: kepercayaan diri, motivasi diri, kompetensi personal, perilaku kesehatan dan definisi kesehatan. Faktor

sosiokultural personal, meliputi: ras, suku, penyesuaian diri, pendidikan dan status sosial ekonomi.

Hasil penelitian menunjukkan ada kecenderungan bahwa ibu yang memiliki pemahaman yang baik tentang keuntungan dan kerugian *atraumatic care* akan memiliki sikap yang positif dan *self efficacy* yang positif meskipun ada ibu yang masih memiliki *self efficacy* yang kurang. Data di atas didukung oleh konsep yang dikemukakan oleh Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. dalam Alligood & Tomey (2006), bahwa *self efficacy* mempengaruhi hambatan terhadap suatu tindakan, sehingga *self efficacy* yang tinggi berdampak pada hambatan yang rendah dan sebaliknya. Sikap yang berhubungan dengan perilaku, mendeskripsikan perasaan positif dan negatif subyektif yang terjadi sebelum, selama maupun setelah perilaku berdasarkan pada stimulus perilaku tersebut. Sikap ini mempengaruhi *self efficacy*, sehingga semakin positif perasaan subyektif berdampak pada *self efficacy* yang tinggi.

Ibu yang memiliki pemahaman yang baik tentang keuntungan dan kerugian *atraumatic care* akan mempengaruhi perasaan yang positif atau negatif ibu tentang pentingnya *atraumatic care* dan pentingnya keterlibatan ibu selama perawatan anaknya. Sikap yang positif atau negative ini akan menentukan *self efficacy* atau kekuatan ibu untuk mampu atau tidak dalam melakukan pengambilan keputusan dan tindakan yang diperlukan

Hasil pengisian kuesioner menunjukkan bahwa sebagian besar ibu memiliki perilaku yang cukup dan baik tetapi masih ada sebagian kecil ibu yang masih memiliki perilaku dan kognisi spesifik yang kurang dalam

penerapan *atraumatic care* selama anaknya mengalami hospitalisasi seperti yang ditunjukkan oleh tabel 5.7 (hal 100). Bila dilihat dari komitmen ibu menunjukkan bahwa sebagian besar ibu memiliki komitmen yang baik dalam *atraumatic care* selama anaknya mengalami hospitalisasi dan memiliki komitmen cukup dalam *atraumatic care* dan keterlibatan aktif dalam perawatan anaknya dan tidak ada ibu yang memiliki komitmen rendah dalam pelaksanaan *atraumatic care*. Hal ini menunjukkan bahwa ibu yang memiliki pemahaman, sikap dan *self efficacy* yang baik tentang *atraumatic care* dan keterlibatan ibu selama perawatan anaknya mempengaruhi tingginya komitmen ibu dalam bertindak. Hal ini didukung oleh pengisian kuesioner bahwa seluruh ibu (100 %) memiliki pemahaman yang baik tentang stres hospitalisasi dan pentingnya *atraumatic care* dimana mereka memahami bahwa perpisahan dengan ibu adalah stressor terbesar, selama perawatan ibu harus terus mendampingi anaknya dan selama tindakan terutama tindakan yang menyakitkan ibu harus menemani anaknya dan tidak meninggalkannya sendirian. Seluruh ibu juga paham bahwa anaknya membutuhkan otonomi atau kebebasan untuk melakukan aktifitas atau pergerakan sesuai kemampuannya misal duduk, berjalan, makan sendiri dan menentukan aktifitasnya selama sakit. Mayoritas ibu juga setuju bahwa selama anaknya dirawat dirinya harus mempelajari tindakan yang dilakukan perawat serta membantu perawat selama proses tindakan perawatan berlangsung. Hal ini sesuai dengan konsep Wong et al (2002) tujuan mencapai perawatan *atraumatic care* adalah pertama, jangan menyakiti. Sehingga terdapat tiga prinsip kerangka kerja untuk mencapai tujuan tersebut, yaitu, mencegah atau

meminimalkan perpisahan anak dari orangtua, meningkatkan kontrol diri, mencegah atau meminimalkan cedera tubuh.

Berdasarkan hasil pengumpulan data menunjukkan bahwa seluruh ibu memahami bahwa perpisahan dengan ibu adalah penyebab utama stres hospitalisasi. Hasil terendah adalah pemahaman ibu tentang perlunya modifikasi ruangan dan peningkatan kendali atau kontrol anak selama hospitalisasi.

Sebagian besar ibu mengatakan bahwa anak tidak membutuhkan aktifitas bermain selama menjalani perawatan di Rumah sakit karena bermain akan menghabiskan energi yang seharusnya dipakai untuk penyembuhan. Ibu juga setuju bahwa kedatangan saudara kandung dan teman sangat berarti bagi anak yang sedang sakit dan dirawat di Rumah Sakit. Anak tidak akan kehilangan komunikasi dengan saudara kandungnya dan teman dekatnya selama sakit.

Upaya mempertahankan kedekatan dan komunikasi antara anak dengan keluarga serta teman dekat anak sangat relevan dengan prinsip *atraumatic care* dalam perawatan anak yang mengalami hospitalisasi seperti yang disampaikan oleh Wong et al (2002), bahwa terdapat tiga prinsip *atraumatic care* yaitu, mencegah atau meminimalkan perpisahan anak dari orangtua, meningkatkan kontrol diri, mencegah atau meminimalkan cedera tubuh. Contoh dari peningkatan tindakan *atraumatic care* menyangkut mengorganisir hubungan orangtua dengan anak selama hospitalisasi, persiapan anak sebelum tindakan atau prosedur yang tidak menyenangkan, mengontrol rasa nyeri, mengizinkan privasi anak, alihkan dengan bermain

untuk menghindarkan rasa takut. Karena anak stress dan gelisah serta tidak tenang berada di rumah sakit tanpa orangtua di sampingnya, orangtua pun merasa semakin stres. Stres psikologi pada orang tua dapat berupa perhatian terhadap nasib anak mereka, lamanya tinggal di rumah sakit, ketidakmampuan berkomunikasi secara efektif dengan profesional kesehatan, dan tidak adekuatnya pengetahuan dan pemahaman tentang situasi kondisi penyakit.

Untuk mencapai perawatan tersebut beberapa prinsip yang dapat dilakukan antara lain, menurunkan atau mencegah dampak perpisahan dari keluarga, meningkatkan kemampuan orangtua dalam mengontrol perawatan anak, mencegah atau mengurangi cedera (*injury*) dan nyeri (dampak psikologis), tidak melakukan kekerasan pada anak, dan modifikasi lingkungan fisik (Hidayat, 2005).

Seiring waktu berlalu, orientasi pelayanan keperawatan anak berubah menjadi *rooming in*, yaitu orangtua boleh tinggal bersama anaknya di rumah sakit selama 24 jam. Selain itu, mainan boleh dibawa ke rumah sakit, dan penting untuk perawat atau tenaga kesehatan mempersiapkan anak dan orangtuanya sebelum dirawat di rumah sakit. Dengan demikian, pendidikan kesehatan untuk orangtua menjadi sangat penting untuk dilakukan perawat. Kerja sama antara orangtua dan tim kesehatan dirasakan besar manfaatnya dan orangtua tidak hanya sekedar pengunjung bagi anaknya. Beberapa bukti ilmiah menunjukkan pentingnya keterlibatan orangtua dalam perawatan anaknya di rumah sakit. Begitu juga keberadaan orangtua terutama kelompok orangtua yang anaknya mempunyai jenis penyakit yang sama ternyata dapat

membuat orang tua lebih percaya diri dalam merawat anaknya dan merasa ada dukungan psikologis sehingga diharapkan dapat bekerja sama sebagai mitra tim kesehatan

Pemahaman yang baik dari ibu terhadap pentingnya *atraumatic care* dan keterlibatan ibu dalam perawatan anaknya salah satunya dipengaruhi oleh faktor pendidikan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa menunjukkan bahwa sebagian ibu yang mendampingi anaknya di IRNA E memiliki pendidikan SMP dan SMA. Pendidikan SMP dan SMA sudah termasuk dalam pendidikan dasar dan pendidikan cukup, kondisi ini mempengaruhi kemampuan individu dalam memahami sebuah kondisi bahwa anaknya sedang dirawat yang membutuhkan keterlibatan ibu dalam *atraumatic care*.

Secara umum ibu memiliki pemahaman yang baik tentang hospitalisasi pada anak dan *atraumatic care* meskipun ada beberapa hal yang tidak dipahami ibu dengan baik. Sebagian ibu belum memahami cara menurunkan stres akibat hospitalisasi misalnya ibu melarang saudara kandung dan teman datang ke ruangan karena akan menambah stres anak. Menurut ibu dengan kedatangan saudara kandung dan teman anak justru tidak kerasan di Rumah Sakit. Sebagian ibu juga tidak tahu tindakan yang diambil ibu sebelum dan saat anaknya dilakukan tindakan yang menyakitkan seperti infus, injeksi karena ibu lebih memilih meminta dengan keras supaya cukup di tusuk dengan jarum satu kali saja supaya anak tidak trauma.

Sebagian ibu masih membatasi sosialisasi anak dengan pasien lainnya, hal ini dikarenakan ibu tidak memahami manfaat dari interaksi anak dengan pasien lainnya. Ibu justru khawatir anaknya ketularan penyakit dari pasien

lainnya kalau ada interaksi atau komunikasi. Sehingga anak tidak perlu dikenalkan dengan pasien lainnya, cukup berinteraksi dengan orang tua dan perawat serta dokter di ruangan. Selain membatasi sosialisasi sejumlah ibu juga masih membatasi aktifitas anak terutama dalam pengambilan keputusan tentang kemandirian anak. Ibu tidak pernah menanyakan kepada anak tentang keinginan anak dalam pemenuhan kebutuhan sehari hari artinya seluruh kebutuhan harian anak dipenuhi oleh ibu baik itu mandi, makan, eliminasi. Anak tidak dilibatkan dalam pemenuhan kebutuhan tersebut, bahkan sebagian berpendapat bahwa perawat yang harus melakukan hal itu. Kondisi ini membuat anak kehilangan control dan kendali atas kekuatan dirinya. Anak merasa tidak berdaya dan harus menuruti semua keinginan ibunya.

Sebagian besar ibu berpendapat bahwa ketika perawat melakukan pengukuran tanda tanda vital terutama suhu badan, ibu tidak perlu belajar dan membantu perawat meletakkan thermometer di ketiak ibu. Menurut ibu sebaiknya ibu memegang tangan anaknya selama dilakukan pengukuran suhu meskipun anaknya menangis tetap harus dilakukan oleh perawat.

Pemahaman keluarga khususnya ibu tentang pentingnya *atraumatic care* selama anaknya dirawat sangat dibutuhkan, karena anak tidak memiliki kekuatan dalam pengambilan keputusan tanpa dukungan orang tua khususnya ibu. Pemahaman ibu tentang *atraumatic care* sangat menentukan sikap dan tindakan ibu selama anaknya dirawat di RS.

Pemahaman yang baik tentang *atraumatic care* inilah yang mempengaruhi sikap dan *self efficacy* ibu. Sikap yang berhubungan dengan perilaku, mendeskripsikan perasaan positif dan negatif subyektif yang terjadi

sebelum, selama maupun setelah perilaku berdasarkan pada stimulus perilaku tersebut. Sikap ini mempengaruhi *self efficacy*, sehingga semakin positif perasaan subyektif berdampak pada *self efficacy* yang tinggi. menyebabkan tingginya komitmen ibu. Seperti yang dikemukakan oleh Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. dalam Alligood & Tomey, (2006) bahwa manfaat yang dirasakan, merupakan hasil positif yang diharapkan dari perilaku kesehatan yang dilakukan yang mempengaruhi *self efficacy* ibu yaitu kemampuan seseorang untuk memutuskan menggunakan atau menghindari perilaku promosi kesehatan yang akan dilakukan. *Self efficacy* mempengaruhi hambatan terhadap suatu tindakan, sehingga *self efficacy* yang tinggi berdampak pada hambatan yang rendah dan sebaliknya. *Sel efficacy* sendiri mempengaruhi tingginya komitmen ibu dalam melaksanakan sebuah tindakan.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu menunjukkan pandangan yang positif tentang *atraumatic care* yaitu mencegah dan menurunkan cedera, trauma dan anyeri akibat tindakan perawatan serta dengan meminimalisir dampak perpisahan. Lebih dari 50 % ibu memiliki sikap yang negatif terhadap pelaksanaan *atraumatic care*. Hal ini menunjukkan bahwa ada proporsi yang hampir seimbang antara sikap positif dan negative. Sikap negative mengindikasikan bahwa ibu masih memiliki pandangan yang salah tentang *atraumatic care* selama anaknya dirawat di Rumah Sakit.

Hasil pengisian kuesioner oleh ibu menunjukkan bahwa sebagian ibu menyatakan setuju dan sangat setuju bahwa anak yang sakit tidak perlu bermain karena akan menghambat penyembuhannya. Sebagian ibu juga

membatasi interaksi dan kebutuhan sosialisasi anak dengan menyatakan tidak setuju kalau anak harus dikenalkan dengan pasien yang lain, perawat maupun kepala ruangan. Ibu juga membatasi aktifitas anak selama sakit karena menghambat penyembuhan. Selama tindakan menyakitkan sebagian kecil ibu menyatakan sangat setuju untuk meninggalkan anaknya dengan perawat supaya terbiasa dan tidak manja kalau sewaktu waktu ditinggal ibunya pergi.

Hasil pengisian kuesioner juga menunjukkan seluruh ibu menunjukkan sikap positif untuk selalu menemani anaknya selama 1 x 24 jam anaknya di ruang rawat inap dan setuju bahwa ibu harus mampu dan mau memberikan penjelasan kepada anaknya tentang tindakan yang akan dilakukan serta menemani anaknya selama proses tindakan untuk menurunkan rasa takut dan cemas anak akibat intervensi atau tindakan perawat.

Menurut Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A yang dikutip oleh Alligood & Tomey, (2006) bahwa sikap yang berhubungan dengan perilaku, mendeskripsikan perasaan positif dan negatif subyektif yang terjadi sebelum, selama maupun setelah perilaku berdasarkan pada stimulus perilaku tersebut. Stimulus yang dimaksud disini adalah *discharge planning* awal yang diberikan perawat ketika pertama kali atau awal masuk ruang rawat inap RS. Ketika *discharge planning* diberikan secara baik akan berdampak pada sikap ibu terhadap pentingnya *atraumatic care* selama perawatan anaknya dan pentingnya keterlibatan ibu selama perawatan anaknya.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu memiliki kemampuan yang baik dalam mencegah perpisahan, dan mencegah serta meminimalisir trauma atau cedera pada anak. Sebagian ibu merasa tidak

mampu memodifikasi ruang perawatan. Sebagian ibu memiliki *self efficacy* yang baik dan cukup dalam penerapan *atraumatic care* selama anaknya mengalami hospitalisasi dan hanya sebagian kecil saja orang tua yang memiliki *self efficacy* kurang.

Sebagian besar ibu sudah memiliki *self efficacy* yang baik, tetapi ada sebagian kecil ibu yang masih memiliki *self efficacy* yang rendah dalam menurunkan stres pada anak akibat hospitalisasi seperti tabel 5.6 (hal 99). Hasil pengisian kuesioner didapatkan sebagian besar ibu tidak mampu membuatkan jadwal harian kegiatan anak selama di rumah sakit, karena ibu berpendapat bahwa anak yang sedang dalam kondisi sakit tidak membutuhkan kegiatan bermain atau kegiatan lainnya, yang harus dilakukan anak adalah istirahat, mengikuti perawatan selama di ruangan. Anak tidak membutuhkan kegiatan rekreatif lainnya seperti di rumah. Sebagian ibu juga kurang mampu untuk memberikan kesempatan anak untuk melakukan aktifitas sesuai kemampuan anak seperti makan, minum, pergerakan. Ibu sangat khawatir kalau anak diberi aktifitas selama sakit akan menghambat penyembuhannya. Kondisi ini dikarenakan ibu kurang mampu memberikan kepercayaan pada anak untuk ikut serta memutuskan tindakan yang akan dilakukan padanya seperti makan, minum, mandi.

Self efficacy sangat menentukan kemampuan ibu dalam melakukan tindakan untuk menurunkan stres hospitalisasi. Seperti yang dikemukakan oleh Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A dalam Alligood & Tomey (2006) bahwa kekuatan diri (*self efficacy*), merupakan kemampuan seseorang untuk memutuskan menggunakan atau menghindari perilaku promosi kesehatan

yang akan dilakukan. *Self efficacy* mempengaruhi hambatan terhadap suatu tindakan, sehingga *self efficacy* yang tinggi berdampak pada hambatan yang rendah dan sebaliknya.

Sebagian besar ibu sudah memiliki *self efficacy* atau kekuatan yang cukup baik untuk terlibat aktif dalam perawatan anaknya. Banyak faktor yang bisa mempengaruhi *self efficacy* ibu seperti status pekerjaan, tingkat pendidikan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari 50 % ibu tidak memiliki pekerjaan (ibu rumah tangga), kondisi ini menjadi sangat menguntungkan bagi ibu selama anaknya menjalani perawatan di Rumah Sakit karena ibu memiliki lebih banyak waktu untuk memperhatikan, menemani anak 24 jam, mempelajari tindakan perawatan sehingga bisa terlibat secara aktif dalam perawatan anaknya. Kondisi inilah yang meningkatkan kekuatan dan kemampuan ibu dalam keterlibatan perawatan anaknya. Selain faktor pekerjaan yang ikut mempengaruhi *self efficacy* ibu adalah tingkat pendidikan. Hasil penelitian menunjukkan sebagian ibu memiliki pendidikan SMP dan SMA serta 1 orang ibu dengan pendidikan diploma III kebidanan. Cukupnya tingkat pendidikan ibu mempermudah kemampuan ibu dalam memahami sebuah masalah, mampu mengambil keputusan saat diperlukan, memiliki keyakinan dan kekuatan untuk melakukan atau tidak melakukan sebuah tindakan perawatan.

6.4. Hubungan komitmen dengan tindakan ibu dalam *atraumatic care*

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu yang memiliki komitmen cukup dalam *atraumatic care*, ibu kurang mampu dalam melaksanakan tindakan *atraumatic care*. Sedangkan ibu yang memiliki

komitmen yang baik diikuti oleh kemampuan yang cukup dalam tindakan *atraumatic care*. Berdasarkan uji statistik didapatkan hasil bahwa $p\text{ value} < \alpha$ yang berarti H_0 ditolak yaitu ada hubungan antara komitmen dengan tindakan *atraumatic care*.

Hasil pengisian kuesioner oleh ibu didapatkan bahwa seluruh ibu memiliki komitmen tinggi selama anaknya dirawat di Rumah Sakit, ibu menemani anak selama 24 jam sampai anak dinyatakan sembuh. Ibu juga setuju bahwa harus bisa mengurangi rasa nyeri yang dialami anak akibat tindakan keperawatan yang dilakukan pada anak seperti berada disamping anak selama dan sesudah tindakan, memeluk anak dan menghibur anak. Seluruh ibu juga menyatakan setuju bahwa ibu harus mengetahui seluruh tindakan yang akan dilakukan pada anaknya serta harus bisa membuat anaknya bisa menjalani penyakit dan perawatan di RS dengan baik.

Secara umum ibu sudah memiliki komitmen yang baik dalam *atraumatic care*, tetapi sebagian ibu masih memiliki komitmen yang kurang seperti tabel 5.8 (hal 105). Hasil pengisian kuesioner didapatkan bahwa sebagian ibu tidak mampu untuk memberikan penjelasan pada anak tentang tindakan yang akan dilakukan terutama tindakan yang menyakitkan. Ibu bingung untuk menjelaskan dan khawatir kalau anak dijelaskan maka anak akan semakin menolak tindakan, sehingga ibu memilih untuk tidak menjelaskan pada anak. Walaupun ingin menjelaskan ibu tidak tahu harus menggunakan kalimat yang seperti apa yang bisa dipahami oleh anak. Ibu juga berpendapat bahwa tidak perlu melibatkan anak dalam pengambilan keputusan terhadap segala tindakan pada anak termasuk untuk hal hal yang

harusnya bisa melibatkan anak seperti makan, minum, mandi dan kegiatan bermain. Sebagian ibu mengatakan bahwa anak tidak perlu mengenal pasien lainnya, perawat, kepala ruangan, dokter ataupun petugas kesehatan lain yang ada di ruangan Karena tidak memberikan manfaat bagi kesembuhan anaknya.

Komitmen ibu sangat diperlukan untuk membentuk perilaku yang baik selama perawatan anaknya karena keterlibatan ibu dalam perawatan akan sangat mempengaruhi kesembuhan anak. Seperti yang dikemukakan oleh Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. dalam Alligood & Tomey, (2006) bahwa komitmen terbesar pada suatu rencana kegiatan yang spesifik lebih memungkinkan perilaku promosi kesehatan dipertahankan untuk jangka waktu yang lama. Komitmen pada rencana kegiatan kemungkinan kurang menunjukkan perilaku yang diharapkan ketika seseorang mempunyai kontrol yang sedikit dan kebutuhan yang diinginkan tidak tersedia.

Besarnya komitmen ibu bisa dilihat dari besarnya niat dan keinginan ibu dalam mendukung perawatan anaknya. Seperti niat ibu dalam mendampingi anaknya selama 24 jam di ruangan, kemampuan ibu menjelaskan tindakan yang akan dilakukan, kemampuan ibu dalam mengurangi rasa nyeri.

Hasil pengisian kuesioner oleh ibu didapatkan bahwa seluruh ibu memiliki komitmen tinggi bahwa selama anaknya dirawat di Rumah Sakit. Ibu menyatakan mampu dan setuju kalau harus menemani anak selama 24 jam sampai anak dinyatakan sembuh. Ibu juga setuju bahwa harus bisa mengurangi rasa nyeri yang dialami anak akibat tindakan keperawatan yang dilakukan pada anak seperti berada disamping anak selama dan sesudah

tindakan, memeluk anak dan menghibur anak. Seluruh ibu juga menyatakan setuju bahwa ibu harus mengetahui seluruh tindakan yang akan dilakukan pada anaknya serta harus bisa membuat anaknya bisa menjalani penyakit dan perawatan di RS dengan baik. Secara umum ibu sudah memiliki komitmen yang baik dalam *atraumatic care*, tetapi sebagian ibu masih memiliki komitmen yang kurang seperti tabel 5.8 (hal 105).

Data tindakan ibu dalam *atraumatic care* menunjukkan bahwa sebagian ibu memiliki tindakan yang cukup dalam *atraumatic care* tetapi sebagian juga masih kurang dalam tindakan *atraumatic care*. Hasil pengisian kuesioner menunjukkan bahwa seluruh ibu menemani anak selama 24 jam sampai anak dinyatakan sembuh. Lebih dari 50 % Ibu menjelaskan kepada anak tentang tindakan yang akan dilakukan padanya termasuk tindakan yang menimbulkan rasa nyeri seperti infus, suntik dan Ibu mampu menenangkan anaknya ketika rewel, marah, frustrasi dengan lembut dan sabar. Hal ini menunjukkan sebagian besar ibu sudah cukup mampu memberikan tindakan *atraumatic care* pada anaknya.

Komitmen ibu dalam melaksanakan *atraumatic care* dan keterlibatan dalam perawatan sangat mempengaruhi tindakan ibu dalam *atraumatic care*. Komitmen terbesar pada suatu rencana kegiatan yang spesifik lebih memungkinkan perilaku promosi kesehatan dipertahankan untuk jangka waktu yang lama. Komitmen pada rencana kegiatan kemungkinan kurang menunjukkan perilaku yang diharapkan ketika seseorang mempunyai kontrol yang sedikit dan kebutuhan yang diinginkan tidak tersedia. Komitmen pada rencana kegiatan kurang menunjukkan perilaku yang diharapkan ketika

tindakan-tindakan lain lebih atraktif dan juga lebih suka pada perilaku yang diharapkan. Seseorang dapat memodifikasi kognisi, mempengaruhi interpersonal dan lingkungan fisik yang mendorong melakukan tindakan kesehatan (Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A, Alligood & Tomey, 2006).

Ibu yang memiliki tingkat motivasi yang baik sangat mempengaruhi kemampuan dan kemauan ibu dalam melaksanakan tindakan. Karena ibu dengan komitmen tinggi memiliki pemahaman yang baik tentang pentingnya sebuah tindakan. Ibu juga mampu menghadapi hambatan yang mungkin timbul selama perawatan anaknya.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas ibu mampu mencegah perpisahan selama perawatan anaknya. Tetapi sebagian ibu masih belum mampu mencegah trauma, cedera dan nyeri akibat tindakan dan belum mampu mengendalikan atau meningkatkan control anak akibat hospitalisasi. Sebagian ibu memiliki tindakan yang cukup dalam *atraumatic care*, tetapi sebagian masih kurang dalam tindakan *atraumatic care*. hasil pengisian kuesioner menunjukkan bahwa seluruh ibu selama anak dirawat di Rumah Sakit menemani anak selama 24 jam sampai anak dinyatakan sembuh. Lebih dari 50 % Ibu menjelaskan kepada anak tentang tindakan yang akan dilakukan padanya termasuk tindakan yang menimbulkan rasa nyeri seperti infus, suntik dan Ibu mampu menenangkan anaknya ketika rewel, marah, frustrasi dengan lembut dan sabar. Ibu bisa mengurangi rasa nyeri yang dialami anak akibat tindakan keperawatan yang dilakukan pada anak serta ibu memenuhi kebutuhan sosialisasi anak seperti mengizinkan temannya, saudara

kandung dan keluarga lainnya untuk datang. Hal ini menunjukkan sebagian besar ibu sudah cukup mampu memberikan tindakan *atraumatic care* pada anaknya.

Data diatas sangat relevan dengan konsep yang dikemukakan oleh (Potts & Mandleco, 2012) bahwa *atraumatic care* adalah perawatan yang tidak menimbulkan trauma untuk meminimalkan distress fisik, dan psikologis pada anak. Dalam perawatan anak banyak intervensi traumatik, penuh stress dan stress nyeri sehingga ini penting bagi perawat untuk mengetahui situasi ini dan memberikan perawatan untuk meminimalkan distress. Tiga prinsip dasar untuk *atraumatic care* yaitu identifikasi stressor untuk anak dan keluarga, meminimalkan perpisahan dari anak dan keluarga, meminimalkan atau mencegah nyeri missal mempersiapkan anak sebelum prosedur dengan menggunakan penjelasan secara tepat setiap usia, untuk anak yang dijadwalkan pembedahan, persiapan sebelum masuk RS. Mengijinkan keluarga untuk dilibatkan secara fisik untuk mendukung dan member kenyamanan pada anak, mengontrol nyeri dengan pemberian analgesic, local anestesi sebelum pengambilan darah dan injeksi.

Atraumatic care atau asuhan yang tidak menimbulkan trauma pada anak dan keluarganya merupakan asuhan yang teraupetik karena bertujuan sebagai terapi bagi anak. Dasar pemikiran pentingnya asuhan teraupetik Karena bertujuan teraupetik bagi anak. *Atraumatic care* adalah bentuk perawatan teraupetik yang diberikan oleh tenaga kesehatan dalam tatanan pelayanan kesehatan anak, melalui penggunaan tindakan yang dapat mengurangi distress fisik maupun distress psikologis yang dialami anak

maupun orang tua. *Atraumatic care* bukan satu bentuk intervensi yang nyata terlihat tetapi memberikan perhatian pada apa, siapa, dimana, mengapa dan bagaimana prosedur dilakukan pada anak dengan tujuan mencegah dan mengurangi stress fisik dan psikologis (Supartini, 2004)

Beberapa ibu masih memiliki kemampuan yang rendah dalam *atraumatic care* yaitu ibu tidak pernah menjelaskan dan mengenalkan anak pada perawat, pasien lain dan petugas kesehatan yang akan merawat anak karena dirasakan tidak perlu dan tidak ada manfaatnya. Sebagian ibu tidak pernah memenuhi kebutuhan sosialisasi anak seperti mengizinkan temannya, saudara kandung dan keluarga lainnya untuk datang karena akan membuat anak tidak nyaman di ruangan.

6.5. Hubungan tindakan ibu dalam *atraumatic care* dengan stres hospitalisasi

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa tindakan *atraumatic care* ibu mempengaruhi terjadinya stress hospitalisasi pada anak dimana tindakan yang cukup, ditemukan sebagian besar anak tidak cemas, sebaliknya ibu yang kurang dalam tindakan *atraumatic care* ditemukan anak mengalami stress hospitalisasi. Berdasarkan uji statistik *spearman rho* didapatkan *p value* 0.000 berarti $p\ value < \alpha$ sehingga H_0 ditolak artinya ada hubungan tindakan *atraumatic care* dengan stress hospitalisasi pada anak.

Data tindakan *atraumatic care* yang dilakukan oleh ibu menunjukkan bahwa sebagian ibu memiliki tindakan yang cukup dalam *atraumatic care* dan sebagian perawat masih kurang dalam tindakan *atraumatic care*. Hasil pengisian kuesioner menunjukkan bahwa seluruh ibu selama anak dirawat di Rumah Sakit ibu menemani anak selama 24 jam sampai anak dinyatakan

sembuh. Lebih dari 50 % Ibu menjelaskan kepada anak tentang tindakan yang akan dilakukan padanya termasuk tindakan yang menimbulkan rasa nyeri seperti infus, suntik dan Ibu mampu menenangkan anaknya ketika rewel, marah, frustasi dengan lembut dan sabar. Ibu bisa mengurangi rasa nyeri yang dialami anak akibat tindakan keperawatan yang dilakukan pada anak serta ibu memenuhi kebutuhan sosialisasi anak seperti mengizinkan temannya, saudara kandung dan keluarga lainnya untuk datang. Hal ini menunjukkan sebagian besar ibu sudah cukup mampu memberikan tindakan *atraumatic care* pada anaknya.

Tindakan *atraumatic care* yang baik akan mempengaruhi stres hospitalisasi pada anak pra sekolah. Seperti yang dikemukakan oleh Supartini (2004) *atraumatic care* atau asuhan yang tidak menimbulkan trauma pada anak dan keluarganya merupakan asuhan yang terapeutik karena bertujuan sebagai terapi bagi anak. Dasar pemikiran pentingnya asuhan terapeutik karena bertujuan terapeutik bagi anak. *Atraumatic care* adalah bentuk perawatan terapeutik yang diberikan oleh tenaga kesehatan dalam tatanan pelayanan kesehatan anak, melalui penggunaan tindakan yang dapat mengurangi distress fisik maupun distress psikologis yang dialami anak maupun orang tua. *Atraumatic care* bukan satu bentuk intervensi yang nyata terlihat tetapi memberikan perhatian pada apa, siapa, dimana, mengapa dan bagaimana prosedur dilakukan pada anak dengan tujuan mencegah dan mengurangi stress fisik dan psikologis. Perawatan terapeutik termasuk preventif, diagnosis, perawatan paliatif penyakit kronis, atau akut. Konsep *atraumatic care* untuk menurunkan gangguan fisik dan mental serta

menyediakan lingkungan dengan meminimalisir trauma fisik dan mental. Wong et al (2008).

Ibu yang mampu melaksanakan prinsip *atraumatic care* dan keterlibatan aktif selama perawatan anaknya di Rumah Sakit akan mampu mengurangi stressor yang harus dihadapi anak selama perawatan di RS. Karena anak lebih sering berinteraksi dengan ibu dan keluarga dibandingkan dengan perawat sebagai orang asing bagi anak pra sekolah. Walaupun ada intervensi yang harus dilakukan perawat, ibu pasti mendampingi anak sehingga anak berkurang rasa cemas dan takutnya karena tindakan keperawatan.

Berdasarkan hasil pengumpulan data menunjukkan bahwa dari 50 % anak menjadi regresi, reaksi anak juga negative akibat kehilangan control atau kendali. Sebagian anak juga selalu bersikap agresif ketika dilakukan perawatan baik secara verbal maupun non verbal lebih dari 50 % anak mengalami stres hospitalisasi yang dirawat di IRNA E yaitu sekitar 52 % dan sisanya tidak mengalami stres hospitalisasi. Hasil pengisian kuesioner menunjukkan bahwa anak menunjukkan perilaku yang kurang baik selama hospitalisasi yang mengindikasikan munculnya stres hospitalisasi. Lebih dari 50 % anak menunjukkan bahwa kadang anak kurang aktif selama diruangan dan sebagian anak sering tidak aktif. Menurut ibunya anak lebih banyak tidur dan berdiam diri di ruangan, dengan alasan takut infusnya mancet, ibu melarang anaknya banyak gerak atau banyak aktifitas karena akan memperlama masa penyembuhan.

Hasil pengisian kuesioner menunjukkan bahwa sebagian besar anak menangis dan berteriak ketika perawat masuk ruangan. Kondisi ini selalu terjadi pada anak untuk tindakan yang menyakitkan atau tidak menyakitkan seperti pengukuran suhu, pengantian alat tenun dan mengganti cairan Infus.

Konsep sakit anak pra sekolah dipengaruhi oleh perkembangan kognitif yaitu pra operasional. Anak pra sekolah sulit membedakan antara diri mereka sendiri dan dunia luar. Pemikiran mereka difokuskan pada kejadian eksternal yang dirasakan dan kausalitas dibuat berdasarkan kedekatan antara dua kejadian. Akibatnya anak – anak mendefinisikan penyakit berdasarkan apa yang diberitahukan pada mereka atau bukti eksternal yang diberikan. Agresi fisik dan verbal lebih spesifik dan mengarah kepada tujuan misalnya mendorong orang yang akan melakukan tindakan, mencoba mengamankan peralatan, berusaha mengunci diri di tempat yang aman. (Wong et al, 2008).

Berdasarkan tabel 5.10 (hal 106) menunjukkan bahwa lebih dari 50 % bereaksi negative selama perpisahan. Skor terendah adalah sikap regresi yang ditunjukkan anak selama hospitalisasi yaitu sebesar 36 %. Lebih dari 50 % anak mengalami keluhan tentang kebutuhan nutrisi yaitu anak tidak ada nafsu makan. Hasil wawancara dengan ibu menunjukkan variasi kesulitan makan pada anak mulai dari tidak mau membuka mulut, mengunyah dalam waktu lama, sama sekali tidak mau makan atau terlalu banyak permintaan selama makan baik menu, alat makan dan waktu makan.

Lebih dari 50 % anak selalu bertanya kapan pulang dan kapan sembuh kepada orang tua khususnya ibu. Anak terkadang sampai marah marah karena

ingin pulang. Anak tidak bisa menerima penjelasan dari orang tua bahwa anak masih sakit dan memerlukan perawatan di Rumah Sakit.

Sebagian anak selalu berontak setiap dilakukan tindakan terhadap dirinya terutama tindakan yang menyakitkan, seperti pemberian obat lewat infus, pengambilan sampel darah, maupun tidak menyakitkan seperti pemasangan thermometer, penggantian cairan infus. Tetapi karena sebagian ibu bersedia untuk membantu perawat memasang thermometer di ketiak pasien pada sebagian anak tidak memberontak. Bahkan sebagian anak secara verbal mengusir perawat yang berada di ruangan. Lebih dari 50 % anak tidak bisa ditinggal oleh ibunya meskipun hanya sebentar, sehingga ibu tidak bisa jauh dari anaknya kecuali anaknya sedang tidur.

Masalah diatas sesuai dengan konsep yang disampaikan oleh Wong (2008), bahwa Kecemasan akibat perpisahan merupakan stress terbesar yang ditimbulkan oleh hospitalisasi selama kanak kanak awal. Jika perpisahan tersebut dapat dihindari maka anak-anak memiliki kapasitas yang luar biasa untuk menghadapi stress lainnya. (Wong et al, 2008).

Stres karena penyakit biasanya membuat anak pra sekolah menjadi kurang mampu menghadapi perpisahan, akibatnya mereka menunjukkan perilaku kecemasan. Anak pra sekolah menunjukkan kecemasan dengan cara menolak makan, sulit tidur, menangis diam – diam. Karena kepergian orang tua mereka, terus bertanya kapan orang tua datang, atau menarik diri dari orang lain. Mereka dapat mengungkapkan rasa marah secara tidak langsung dengan memecahkan mainan, memukul anak lain, menolak bekerja sama selama aktifitas perawatan diri yang biasa dilakukan (Wong et al, 2008).

Anak pra sekolah memiliki keterbatasan dalam memahami penyakit dan perawatan selama sakit di Rumah Sakit. Perkembangan kognitif anak yang terbatas membuat mereka menolak tindakan yang sebenarnya tidak menyakitkan, hal ini dikarenakan dalam persepsi mereka berusaha sebisa mungkin menghindari orang asing dan tindakan yang mungkin menyakitkan anak. Kondisi ini semakin kuat ketika orang tua khususnya ibu tidak berusaha untuk memberikan penjelasan, pengertian dan support system selama perawatan anaknya. Dalam hal ini ibu harus terlibat aktif dalam perawatan anaknya untuk meningkatkan kemampuan ibu memberikan tindakan mandiri pada anaknya selama di Rumah Sakit maupun setelah pulang dan kembali ke rumah.

6.6. Keterbatasan

Penilaian *Discharge planning* pada penelitian ini lebih menitikberatkan pada tahap awal DP dan selama proses perawatan karena akan dianalisis hubungannya dengan tindakan ibu selama proses perawatan.

B A B 7
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

1. Kemampuan perawat dalam melakukan discharge planning mengalami peningkatan setelah mendapatkan sosialisasi yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan dan keterlibatan ibu selama proses perawatan anaknya (*family center care*) dengan prinsip *atraumatic care*
2. *Discharge planning* yang dilaksanakan secara baik akan mampu mempengaruhi individu dalam memahami manfaat dan hambatan pelaksanaan *atraumatic care* selama perawatan anaknya. Dengan *discharge planning* yang baik akan membantu ibu terlibat aktif dan meningkatkan *self efficacy* dan sikap ibu dalam perawatan anak selama sakit.
3. Ibu yang memiliki perilaku, kognisi spesifik dan sikap yang baik tentang *atraumatic care* maka akan memiliki niat yang lebih untuk melakukan tindakan (komitmen). Hal ini dikarenakan ketika ibu memahami manfaat dari perilaku kesehatan yang dilakukan yang mempengaruhi *self efficacy* ibu. *Self efficacy* sendiri mempengaruhi tingginya komitmen ibu dalam melaksanakan sebuah tindakan.
4. Komitmen ibu sangat diperlukan untuk membentuk perilaku yang baik selama perawatan anaknya karena keterlibatan ibu dalam perawatan akan sangat mempengaruhi kesembuhan anak. Komitmen terbesar ibu untuk bersama sama dengan perawat dalam aplikasi *atraumatic care* dan FCC lebih memungkinkan perilaku promosi kesehatan dipertahankan untuk

jangka waktu yang lama terutama dalam kondisi sulit yaitu merawat anak yang mengalami hospitalisasi

5. Tindakan *atraumatic care* yang baik akan mempengaruhi stres hospitalisasi pada anak pra sekolah. *Atraumatic care* adalah bentuk perawatan terapeutik yang diberikan oleh tenaga kesehatan dalam tatanan pelayanan kesehatan anak, melalui penggunaan tindakan yang dapat mengurangi distress fisik maupun distress psikologis yang dialami anak maupun orang tua.

7.2. Saran

1. Institusi pelayanan kesehatan (IRNA E)
 - a. Berdasarkan hasil FGD dan pengumpulan data disarankan bagi ruang rawat inap anak untuk membuat standart operasional prosedur (SOP) *discharge planning* bagi anak yang dirawat di ruangan. Melakukan sosialisasi SOP kepada seluruh perawat dan bidan yang akan merawat pasien.
 - b. Harus ada panduan kerja atau modul aplikasi *Discharge Planning* berbasis *atraumatic care* dan *family center care* yang bisa dijadikan pedoman bagi perawat untuk melaksanakan *discharge planning* dengan baik.
 - c. Harus ada sosialisasi pentingnya prinsip *atraumatic care* selama perawatan dengan menggunakan prinsip keterlibatan dan pemberdayaan ibu (*Family Center Care*)
 - d. Perawat di ruangan harus mampu mengaplikasi 3 prinsip penting dalam *atraumatic care* terutama terkait dengan upaya meningkatkan

kontrol atau kendali anak dengan memanfaatkan ruang bermain yang sudah ada bagi anak untuk beraktifitas dan bermain selama dirawat di ruangan

- e. Menyediakan media informasi (*leaflet, flip chart* atau papan informasi) untuk mendukung pelaksanaan *discharge planning*.

2. Keluarga

Ibu sebagai anggota keluarga yang paling dekat dengan anak yang sedang mengalami hospitalisasi harus mampu terlibat aktif dan memiliki kemampuan untuk bersama sama perawat mengaplikasikan prinsip *atraumatic care* selama perawatan anak untuk meminimalisir kejadian stres akibat hospitalisasi. Keluarga yang lain harus juga dilibatkan secara aktif dalam perawatan anak.

3. Peneliti selanjutnya

Perlunya dilakukan penelitian lebih lanjut tentang pelaksanaan *discharge planning* yang efektif untuk meningkatkan keterlibatan dan kemampuan ibu dalam perawatan anaknya selama di Rumah Sakit (hospitalisasi) untuk meminimalisir stres hospitalisasi pada anak pra sekolah dengan keterbatasan kognitif.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, MR & Tomey, AM. (2006). *Nursing theorists and their work seventh edition*. St.Louis, Missouri : Mosby, inc.
- American academy of pediatric (2003). Family centered care and pediatrician's role. *Pediatric* volume 112 no 3 september 2003. Diakses tanggal 10 desember 2011. Web site <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics>.
- Budiarto, E. (2001). *Biostatistika untuk kedokteran dan kesehatan masyarakat*. Jakarta : EGC
- Elfira, E (2011). Pengaruh Terapi Bermain Dengan Teknik Bercerita Terhadap Kecemasan Akibat Hospitalisasi Pada Anak Usia Prasekolah Di Ruang Perawatan RSUP H Adam Malik Medan diakses tanggal 11 November 2011. Web site <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/24484>
- Murniasih, E dan Rahmawati, A (2007). hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan akibat hospitalisasi pada anak usia prasekolah di bangsal RSUP dr.soeradji tirtonegoro klaten tahun 2007. Diakses tanggal 11 November 2011. Web site <http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/127/jtptunimus-gdl-ernimurnia-6337-1-ernimd-r.pdf>
- Febriyanti, T (2011). Tingkah laku sosial anak selama rawat inap di rumah sakit adam malik medan. Diakses tanggal 10 November 2011. Web site <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/24953/1/Appendix.pdf>
- Hatfield, N.T. (2008). *Pediatric nursing seventh edition*. Lippincott Williams & wilkins
- Hidayat, AA (2005). *Pengantar ilmu keperawatan anak*. Jakarta : Salemba medika
- Kozier, B (2005). *Fundamentals of nursing : concept, process and practice seventh edition*. California : Addison-wesley publishing CO
- Mandasary, Y (2011). Efektifitas orientasi Rumah Sakit pada orang tua terhadap kecemasan anak di rawat inap RSUP H. Adam malik Medan. Diakses tanggal 10 desember 2011. Web site <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/24959>
- Nursalam. (2011). *Manajemen keperawatan. Aplikasi dalam praktik keperawatan professional*. Jakarta : Salemba Medika.

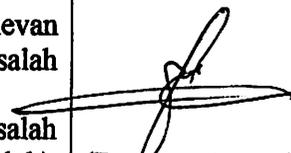
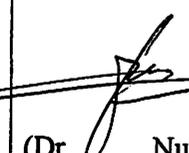
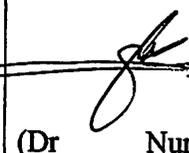
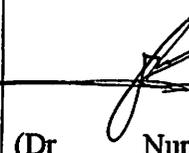
- Nursalam. (2008). Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan. Pedoman skripsi, tesis dan instrument penelitian keperawatan.
- Nursalam, susilaningrum, utami. (2005). Asuhan keperawatan bayi dan anak (untuk perawat dan bidan). Jakarta : Salemba medika.
- Notoatmodjo, S (2005). Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Perry, A.G & Potter, P.A. (2005). Buku ajar fundamental keperawatan : konsep, proses, dan praktik edisi 4 volume 2. .Jakarta : EGC.
- Potts, N.L & Mandleco, B.L (2012), *Pediatric Nursing : Caring for children and their families third edition*. Delmar cengange learning : USA
- Potter, P.A (2006). Buku ajar fundamental keperawatan : konsep, proses dan praktik. Jakarta : EGC
- Rahmawati, A (2009). hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan akibat hospitalisasi pada anak usia prasekolah di bangsal "I" rsup dr.soeradji tirtonegoro klaten. Diakses tanggal 10 november 2011. Web site <http://skripsistikes.wordpress.com>
- Saleeba, A (2008). The importance of family centered care in pediatric nursing. Diakses tanggal 11 November 2011. Web site http://digitalcommons.uconn.edu/son_articles/48/
- Sinaga, Sihol H (2010).Respon Keluarga Terhadap Peran Perawat Dalam Hospitalisasi Anak Di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan. Diakses tanggal 11 november 2011. Web site <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/20512>
- Supartini, Y. (2002). Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak. Jakarta: EGC.
- Widyasari C, Ain H, Juwadi G (2008). Pengaruh terapi bermain terhadap penerimaan tindakan invasive pada anak pra sekolah. Diakses pada tanggal 14 November 2011. Web site http://isjd.pdii.lipi.go.id/admin/jurnal/610817_1693-4903.pdf
- Windari, P (2009). Hubungan pengalaman hospitalisasi dengan tingkat kecemasan akibat perpisahan dengan orang tua di ruang anggrek RS pusat kepolisian sukanto Jakarta. Web site <http://www.library.upnvj.ac.id/pdf/2s1keperawatan/abstrak.pdf>
- Wong, D.L. (2006). Buku ajar keperawatan pediatrik. Jakarta ; EGC

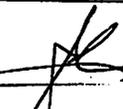
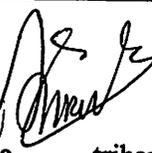
LAMPIRAN

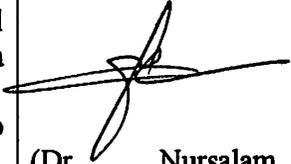
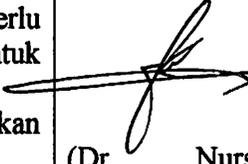
Lembar Konsultasi Tesis

Nama mahasiswa : Ulva Noviana

NIM : 131041061

| No | Tanggal | Masukan Pemimbing | Tanda Tangan |
|----|------------------------|--|---|
| 1 | 13 desember 2011 | a. Cari data yang mendukung masalah penelitian yaitu stres hospitalisasi b. Mencari konsep yang relevan dan mendukung masalah penelitian c. Buat diafram masalah (identifikasi penyebab masalah) |  (Dr Nursalam, M.Nurs (Hons)) |
| 2 | 20 desember 2011 | a. Masalah penelitian harus berdasarkan data (dalam bentuk angka) b. Mencari konsep yang relevan dengan discharge planning seperti health Belief Model |  (Dr Nursalam, M.Nurs (Hons)) |
| 3 | 27 desember 2011 | a. Konsep HBM kurang sesuai jika diaplikasikan pada masalah penelitian b. Untuk discharge planning lebih sesuai menggunakan teori <i>health Promotion Model</i> c. Cari konsep dasar HPM d. Buat bab 1 |  (Dr Nursalam, M.Nurs (Hons)) |
| 4 | 3 januari 2012 | a. Revisi bab 1 : berisi 4 hal pokok yaitu masalah, skala, kromologis, solusi b. Masukkan data - data yang mendukung penelitian c. Mencari penelitian serupa terutama yang strata S2/ magister. Buat dalam bentuk matrik. d. Buat bab 1 - 4 |  (Dr Nursalam, M.Nurs (Hons)) |
| 5 | 10 januari 2012 | a. Masukkan hasil penelitian dalam bab 1 terutama di kronologis dan solusi b. Penulisan diperhatikan c. Setiap alenia atau pernyataan yang ada di bab 2 harus ada referensi atau pustaka yang |  (Dr Nursalam, M.Nurs (Hons)) |

| | | | |
|----|------------------|---|--|
| | | mendukung | |
| 6 | 16 januari 2012 | a. Revisi bab 4 tentang metode penelitian : desain, populasi, sampel, DO, kerangka operasional b. Persiapan pra proposal |  (Dr Nursalam, M.Nurs (Hons)) |
| 7 | 24 januari 2012 | a. Revisi latar belakang, rumusan masalah, tujuan penelitian b. Definisi operasional c. Penulisan sesuaikan dengan buku panduan tesis | (Mira triharini, S.Kp, M.Kes) |
| 8 | 26 januari 2012 | a. Pelaksanaan pra proposal : revisi latar belakang untuk data, identifikais penyebab masalah, kerangka konsep dan instrument/ pengumpulan data) b. Penambahan konsep <i>empowering & enabling</i> |  (Dr Nursalam, M.Nurs (Hons)) |
| 9 | 31 januari 2012 | a. Perbaiki instrument penelitian (perilaku spesifik, kognisi spesifik, komitmen dan perilaku) |  (Mira triharini, S.Kp, M.Kes) |
| 10 | 2 februari 2012 | b. Memasukkan konsep <i>family center care</i> dalam kerangka konsep dan bab 2 c. Kerangak konsep merupakan integrasi HPM dan FCC d. Persiapan siding proposal |  (Dr Nursalam, M.Nurs (Hons)) |
| 11 | 6 februari 2012 | a. Persetujuan sidang proposal |  (Mira triharini, S.Kp, M.Kes) |
| 12 | 22 februari 2012 | b. Revisi post sidang proposal : kerangka konseptual, kerangka operasional, sampel, teknik sampling dan besar sampel |  (Dr Nursalam, M.Nurs (Hons)) |

| | | | |
|----|-------------|--|--|
| 13 | 5 Mei 2012 | <p>a. Revisi penulisan tabel distribusi frekuensi untuk variabel penelitian yang mengacu pada parameter</p> <p>b. Revisi dalam penulisan crosstab dan hasil uji statistik</p> |  (Dr Nursalam, M.Nurs (Hons)) |
| 14 | 10 mei 2012 | <p>a. Revisi isi pembahasan supaya sinergis dengan tujuan penelitian dan tidak perlu membahas deskripsi untuk masing masing variabel</p> <p>b. Cukup mendeksripsikan hubungan antar variabel</p> |  (Dr Nursalam, M.Nurs (Hons)) |
| 15 | 17 mei 2012 | <p>a. Penulisan kesimpulan bukan merupakan jawaban hipotesa tetapi mencakup inti dari hasil dan pembahasan untuk penelitian</p> <p>b. Konsul pembimbing 2</p> <p>c. Acc seminar hasil</p> |  (Dr Nursalam, M.Nurs (Hons)) |
| 16 | 20 Mei 2012 | <p>a. Pembahasan mengacu pada tujuan penelitian yang sudah disusun</p> <p>b. Acc seminar hasil</p> |  (Mira triharini, S.Kp, M.Kes) |

Lembar Revisi

| No | Halaman | Bab | Masukan | Revisi |
|----|-----------|---------------------|--|---|
| 1 | i | Judul | Sebaiknya disesuaikan dengan isi dari <i>discharge planning</i> | “Model <i>discharge planning</i> pada asuhan keperawatan stres hospitalisasi berbasis <i>atraumatic care</i> dan FCC” |
| 2 | 77 | Kerangka konseptual | Konsep HPM yang ada di kerangka konsep harus mengadopsi aplikasi <i>Discharge planning</i> yang terdiri dari 3 fase | Konsep <i>discharge planning</i> dibagi menjadi 3 item a. DP 1 untuk mengkaji dan mengevaluasi kognisi b. DP 2 menilai tindakan ibu c. DP 3 ketika menilai stres hospitalisasi |
| 3 | 101 – 106 | Hasil penelitian | Interpretasi dan analisa untuk variabel penelitian tidak bisa hanya melihat pada 1 parameter tertinggi dan terendah tetapi harus melihat seluruh parameter dalam variabel tersebut | a. Memperbaiki interpretasi |

Surabaya, 4 Juni 2012

Ketua Penguji



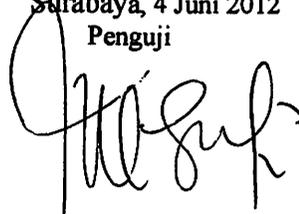
Prof. Dr. Stefanus Supriyanto dr., MS

Lembar Revisi

| No | Halaman | Bab | Masukan | Revisi |
|----|---------|-----|---|--|
| 1 | 115 | VI | a. Menambahkan informasi tentang obat yang harus diberikan oleh perawat b. Menambahkan peran perawat dalam pemberian obat | Menambahkan informasi tentang : tentang jenis, dosis, indikasi, kontraindikasi, mekanisme kerja, efek samping, waktu pemberian obat dan rute pemberian obat |
| 2 | 116 | VI | a. Kalimat tentang saran perawat untuk memberikan mainan tidak pas | Menghapus alenia yang tidak relevan |
| 3 | 120 | VI | a. Menambah penjelasan tentang hasil deskripsi tentang pelaksanaan Discharge planning yang ada di halaman 106 | Sudah ditambahkan |
| 4 | 142 | VI | a. Revisi penulisan hasil yang ada di pembahasan tentang stres hospitalisasi pada anak pra sekolah | Sudah direvisi kesalahan dengan melihat di bab V |
| 5 | Modul | | a. Sebaiknya dibuat lebih rinci dan teknis tentang discharge planning pada anak pra sekolah yang mengalami stres hospitalisasi berbasis atraumatic care | Menambahkan uraian teknis tentang pelaksanaan discharge planning |

Surabaya, 4 Juni 2012

Penguji



Yuni Sufyanti Arief, S.Kp.,M.Kes

Lembar Revisi

| No | Halaman | Bab | Masukan | Revisi |
|----|-----------|------------------|--|---|
| 1 | i | Judul | Revisi judul disesuaikan dengan isi tesis | “Modul discharge planning asuhan keperawatan anak dengan stres hospitalisasi berbasis atruamtic care dan FCC” |
| 2 | Vi | Abstrak | a. Dikurangi jangan terlalu banyak b. Penulisan abstract untuk hasil menggunakan past tense | Sudah direvisi |
| 3 | Xiv | Daftar isis | a. Tujuan khusus | Sudah direvisi |
| 4 | 99 | Hasil penelitian | a. Ditambahkan analisa | Sudah ditambahkan |
| 5 | 102 – 106 | Hasil penelitian | a. Interpretasi hasil | Dianalisa tidak hanya melihat salah satu parameter tetapi akumulasi dari variabel penelitian |
| 6 | 147 | Saran | a. Saran untuk institusi pelayanan ditambahkan aplikasi modul sebagai pegangan perawat | Sudah ditambahkan |
| 7 | 148 | Saran | a. Tidka perlu memberikan saran bagi institusi pendidikan | Sudah dihapus |

Surabaya, 4 Juni 2012

Penguji

6/6/2012.



Dr Nursalam, M.Nurs (Hons)

Lembar Revisi

| No | Halaman | Bab | Masukan | Revisi |
|----|---------|------------|---|--|
| 1 | 124 | Pembahasan | Menambahkan penjelasan tentang rendahnya self efficacy ibu dalam aplikasi atraumatic care | Sudah ditambahkan penjelasan tentang rendahnya self efficacy ibu |
| 2 | | Modul | Ditambahkan aplikasi detail tentang atraumatic care dan FCC dalam discharge planning yang khas untuk anak | Sudah ditambahkan |

Mengetahui,

Penguji



Rizki Fitryasari PK, S.Kep, Ns, M.Kep

Lembar Revisi

| No | Halaman | Bab | Masukan | Revisi |
|----|---------|-------|---|---|
| 1 | 115 | VI | a. Menambahkan penjelasan dan informasi tentang obat yang harus diberikan oleh perawat b. Menambahkan peran perawat dalam pemberian obat | Menambahkan informasi tentang : tentang jenis, dosis, indikasi, kontraindikasi, mekanisme kerja, efek samping, waktu pemberian obat dan rute pemberian obat |
| 2 | | Modul | Ditambahkan aplikasi detail tentang atraumatic care dan FCC dalam discharge planning yang khas untuk anak | Sudah ditambahkan |

Mengetahui,

Penguji



Mira Triharini, S.Kp., M.Kes



PEMERINTAH KABUPATEN BANGKALAN
RSUD SYARIFAH AMBAMI RATO EBU

Jl. Pemuda Kaffa Nomor 9 Telp. (031) 3095088 Fax. (031) 3094108
email : eres_bangkalan@yahoo.co.id
BANGKALAN 69112

Bangkalan, 23 April 2012

Nomor : 445 / 0451 / 433.208 / 2012
 Sifat : Biasa
 Lampiran : -
 Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian

Kepada
 Yth. DEKAN UNAIR
 FAK. KEPERAWATAN
 Kampus C Mulyorejo
 di -

SURABAYA

Memperhatikan Surat Saudara Nomor : 89 / H3.1.12/PPd/S2/2012 tanggal 13 Maret 2012 Perihal Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian di RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan atas nama Mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : Ulva Noviana, S.Kep, Ns

NIM : 131041061

Judul Proposal : Pengembangan model asuhan keperawatan stress hospitalisasi pada anak pra sekolah berbasis HPM & FCC di RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan.

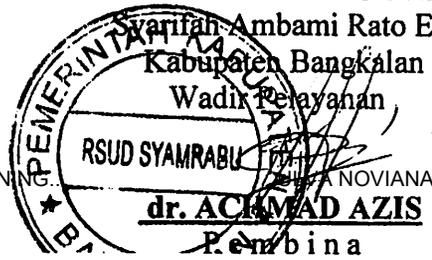
Pada prinsipnya kami menyetujui permohonan Ijin melakukan penelitian dengan ketentuan sbb :

1. Mematuhi peraturan yang berlaku dilingkungan rumah sakit.
2. Menyerahkan copy laporan hasil penelitian setelah selesai pelaksanaan
3. Rumah sakit tidak menyediakan akomodasi dan biaya hidup selama kegiatan (Beban biaya menjadi tanggung jawab peserta pelatihan).
4. Membayar retribusi sebesar Rp. 160.000,- (Seratus Enam Puluh Ribu Rupiah per bulan dan dibayar secara lunas sebelum melaksanakan kegiatan

Demikian surat ini disampaikan dan dipergunakan sebagaimana mestinya.

An. Direktur Rumah sakit Umum Daerah

Syarifah Ambami Rato Ebu
 Kabupaten Bangkalan
 Wadik Pelayanan



Ulva Noviana
 dr. ACIMAD AZIS

Rembina



PEMERINTAH KABUPATEN BANGKALAN
RSUD SYARIFAH AMBAMI RATO EBU
JL.PEMUDA KAFFA NO 9 TELP.3095088 BANGKALAN

KOMISI ETIKA KEPERAWATAN
KETERANGAN KELAIKAN ETIK
(ETICAL CLEARANCE)

Nomor: 27/V/K.E/Komkep/2012

Komisi Etik Komite Keperawatan Rumah Sakit Umum Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan, setelah mempelajari dan mengkaji secara seksama rancangan penelitian yang diusulkan, maka dengan ini menyatakan bahwa penelitian yang berjudul :

"Pengembangan Model Asuhan Keperawatan Stress Hospitalisasi Pada Anak Prasekolah Berbasis HPM & FCC"

Peneliti utama : Ulva Noviana,S.Kep.Ns

Tempat penelitian : RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan

DINYATAKAN LAIK ETIK

Bangkalan, 15 Maret 2012

Komis Etik Keperawatan
RSU Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan



Nanik Nur'Aini,S.Kep.Ns

Lampiran 1**LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada :

**Yth : Perawat Irna E RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan
di tempat**

**Sehubungan dengan penyelesaian tesis di program magister keperawatan
Universitas airlangga, maka yang bertanda tangan dibawah ini saya :**

Nama : Ulva Noviana

NIM : 131041061

Status : Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Unair

**Akan melakukan penelitian dengan judul "Pengembangan model asuhan
keperawatan stres hospitalisasi pada anak pra sekolah menggunakan pendekatan
health promotion model (HPM) dan *family center care* (FCC). Untuk kepentingan
tersebut mohon kesediaan saudara untuk berkenan menjadi responden penelitian,
identitas dan informasi yang berkaitan dengan saudara akan dirahasiakan oleh
peneliti. Atas partisipasi dan dukungannya disampaikan tarima kasih.**

Surabaya, Februari

2012

Ulva Noviana

Lampiran 2

LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN

Kepada :

Yth : ibu yang memiliki anak usia 4 – 6 tahun di ruang IRNA E RSUD Syarifah
Ambami ratu Ebu Bangkalan

Sehubungan dengan penyelesaian tesis di program magister keperawatan
Universitas airlangga, maka yang bertanda tangan dibawah ini saya :

Nama : Ulva Noviana

NIM : 131041061

Status : Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Unair

Akan melakukan penelitian dengan judul "Pengembangan model asuhan
keperawatan stres hospitalisasi pada anak pra sekolah menggunakan pendekatan
health promotion model (HPM) dan *family center care* (FCC). Untuk kepentingan
tersebut mohon kesediaan saudara untuk berkenan menjadi responden penelitian,
identitas dan informasi yang berkaitan dengan saudara akan dirahasiakan oleh
peneliti. Atas partisipasi dan dukungannya disampaikan tarima kasih.

Surabaya, Februari
2012

Ulva Noviana

Lampiran 4

KUESIONER

Petunjuk pengisian :

1. Isilah pertanyaan dibawah ini dengan benar
2. Berilah tanda \checkmark pada kotak disebelah kiri dari pilihan jawaban yang menurut anda paling benar

DATA UMUM RESPONDEN

a. Identitas anak

1. Nama :
2. Umur :
3. Diagnosa medis :

b. Identitas ibu

1. Nama ibu :
2. Umur :
3. Pendidikan :

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Sekolah dasar

Sekolah Menengah Pertama (SMP)

Sekolah Menengah Atas (SMA)

Diploma

Sarjana

Magister

4. Pekerjaan :

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Ibu rumah tangga

Pegawai negeri sipil (pns)

Pegawai swasta

Wiraswasta

Petani

Nelayan

Lain Lain, sebutkan.....

Lampiran 5

Pelaksanaan Discharge Planning

| NO | ITEM | YA | TIDAK |
|----|--|----|-------|
| 1 | Ibu mendapatkan informasi tentang penyakit anaknya termasuk tanda dan gejala yang perlu diwaspadai | | |
| 2 | Ibu mendapatkan informasi tentang nutrisi atau gizi termasuk jenis makanan dan kebutuhan nutrisi anak. | | |
| 3 | Ibu mendapatkan informasi tentang aktifitas dan mobilisasi yang diperbolehkan dan tidak bagi anak | | |
| 4 | Ibu mendapatkan kesempatan untuk bertanya tentang penyakit dan perawatan anak yang belum dipahami | | |
| 5 | Ibu mendapatkan penjelasan tentang perawatan yang bisa dilakukan bahkan mendemonstrasikan di depan pasien. | | |
| 6 | Perawat memberikan informasi agar ibu tidak meninggalkan anaknya terutama ketika dilakukan tindakan | | |
| 7 | Perawat mengajarkan kepada ibu cara untuk mengalihkan perhatian anak dari rasa nyeri saat ada tindakan menyakitkan | | |
| 8 | Perawat menyarankan ibu untuk membawakan mainan bagi anak dan mendesain ruangan sesuai keinginan anak | | |
| 9 | Perawat melibatkan ibu dalam perawatan atau tindakan yang dilakukannya | | |
| 10 | Perawat menyarankan pada ibu untuk melibatkan anak dalam kegiatan selama di Rumah sakit seperti makan, mandi, mobilisasi | | |
| 11 | Perawat mengizinkan dan menganjurkan keluarga dan teman anak datang ke RS | | |
| 12 | Perawat mengajarkan ibu tentang tindakan sederhana yang bisa dilakukan ibu seperti pemeriksaan suhu, kompres hangat | | |
| 13 | Perawat mengajarkan cara menurunkan keluhan dan gejala penyakit anak kepada ibunya | | |
| 14 | Perawat menginformasikan obat yang diberikan, aturannya, dosis dan cara memberikannya | | |
| 15 | Perawat melibatkan ibu dalam pengambilan keputusan tentang tindakan yang akan dilakukan | | |

Lampiran 6

KUESIONER

A. Kognisi (penerimaan keuntungan dan hambatan tindakan)

Petunjuk pengisian :

1. Pilihlah jawaban yang paling benar menurut anda
2. Berilah tanda (X) pada pilihan jawaban yang paling benar

Pertanyaan :

1. Yang paling menyebabkan anak mengalami stres selama dirawat di RS adalah...
 - a. Perpisahan dengan orang tua khususnya ibu
 - b. Perpisahan dengan saudara kandung
2. Yang harus dilakukan ibu selama anaknya dirawat di RS adalah.....
 - a. Mendampingi anak selama masa perawatan mulai masuk sampai pulang ke rumah
 - b. Menitipkan anak pada perawat ruangan karena perawat yang lebih paham kondisi anaknya
3. Apakah yang harus dilakukan ibu saat pertama kali anaknya masuk ruang perawatan.....
 - a. Mengenalkan anak pada pasien anak lainnya dan perawat ruangan
 - b. Membatasi interaksi anak dengan pasien lainnya karena membuat anak capek
4. Saat dilakukan tindakan keperawatan sebaiknya
 - a. Ibu diluar ruangan karena anak akan rewel kalau ada ibu disampingnya
 - b. Mendampingi dan memberi penjelasan pada anaknya sebelum tindakan
5. Apa yang harus dilakukan ibu dengan ruang perawatan anaknya.....
 - a. Berusaha membuat ruang perawatan seperti di rumah seperti membawakan barang kesukaan atau gambar favorit anaknya
 - b. Tidak perlu dirubah karena tidak bermanfaat kalau dimodifikasi
6. Bagaimana cara mengurangi stres anak selama dirawat di RS.....
 - a. Anak tidak ditinggalkan oleh ibunya selama di Rumah Sakit
 - b. Melarang saudara dan keluarga datang menjenguk karena membuat anak rewel

7. Apa yang harus dilakukan ibu sebelum anaknya mendapat tindakan yang menyebabkan luka dan nyeri seperti pemasangan infus.....
 - a. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan pada anaknya dan memeluk anaknya
 - b. Meminta dengan keras kepada perawat supaya cukup ditusuk 1 kali saja
8. Bagaimanakah kegiatan bermain anak selama dirawat di Rumah sakit
 - a. Tidak diperbolehkan bermain karena menguras tenaga anak
 - b. Anak memiliki hak untuk bermain termasuk saat sakit
9. Bagaimana aktifitas anak (makan, minum) selama di Rumah Sakit
 - a. Libatkan dan tawarkan anak untuk makan dan minum sendiri di tempat tidur
 - b. Semua aktifitas makan dan minum di seharusnya perawat anak yang melakukan
10. Bagaimana aktifitas anak (mandi) selama di Rumah Sakit
 - a. Libatkan dan tawarkan anak mandi dengan siapa? Dimana? apakah dibantu atau tidak?
 - b. Semua aktifitas mandi seharusnya perawat anak yang melakukan
11. Bagaimana aktifitas anak (mobilisasi atau pergerakan) selama di Rumah Sakit
 - a. Biarkan anak melakukan pergerakan sesuai keinginannya asalkan tidak bertentangan dengan program pengobatan
 - b. Batasi pergerakan anak supaya cepat sembuh
12. Apa yang sebaiknya dilakukan ibu dan perawat selama tindakan pengukuran suhu yang rutin dilakukan
 - a. Ibu belajar mengukur suhu anak menggunakan termometer dengan bantuan dan pengawasan perawat
 - b. Ibu memegang tangan dan badan anak meskipun menangis harus tetap dilakukan
13. Apa yang harusnya dilakukan ibu selama tindakan keperawatan
 - a. Ibu memperhatikan yang dilakukan perawat, belajar dan membantu perawat selama tindakan supaya anak merasa aman
 - b. Setiap kali tindakan tinggalkan anak supaya mandiri

14. Apa yang dilakukan ibu untuk memenuhi kebutuhan anak dalam sosialisasi atau berhubungan dengan orang lain
 - a. Mengenalkan anak dengan pasien lainnya dan mengizinkan bermain bersama
 - b. Anak cukup kenal dengan perawat yang dinas dan tidak perlu kenal dengan pasien anak lainnya karena tidak bermanfaat
15. Apakah yang sebaiknya dilakukan saudara kandung atau saudara yang lain.....
 - a. Dilarang menjenguk karena membuat anak tambah stres
 - b. Meminta saudara kandung atau saudara yang lain datang secara bergantian untuk menghibur anak

Lampiran 7

B. Sikap ibu tentang atraumatic care dan hospitalisasi

Petunjuk pengisian :

1. Pilihlah jawaban yang paling benar menurut anda
2. Berilah tanda (√) pada pilihan jawaban yang paling benar

| NO | PERNYATAAN | Sangat setuju | Setuju | Ragu – ragu | Tidak setuju | Sangat tidak setuju |
|----|---|---------------|--------|-------------|--------------|---------------------|
| 1 | Orang tua tidak perlu menemani anak yang dirawat di RS selama 24 jam | | | | | |
| 2 | Bermain selama anak sakit akan menambah keparahan penyakit anak | | | | | |
| 3 | Selama tindakan menyakitkan sebaiknya orang tua tidak menemani anaknya karena akan membuat anak manja | | | | | |
| 4 | Anak harus disosialisasikan dengan petugas, pasine lain dan lingkungan | | | | | |
| 5 | Anak yang dirawat di RS harus dibuatkan jadwal kegiatan harian | | | | | |
| 6 | Sebaiknya perawat selalu melibatkan orang tua khususnya ibu dalam setiap tindakan keperawatan | | | | | |
| 7 | Ibu harus menjelaskan tindakan yang akan dilakukan pada anak dan menemani selama tindakan | | | | | |
| 8 | Ibu harus melibatkan anak dalam pengambilan keputusan tindakan yang akan dilakukan pada pasien (makan, minum, mandi, dan aktifitas lainnya) | | | | | |
| 9 | Anak yang sakit dan dirawat di RS harus dibatasi aktifitasnya karena menghambat penyembuhan | | | | | |
| 10 | Saudara kandung/ teman/ keluarga anak tidak boleh berkunjung ke RS karena akan menambah stress anak | | | | | |

Lampiran 8

C. *Self efficacy* ibu tentang atraumatic carePetunjuk pengisian :

1. Pilihlah jawaban yang paling benar menurut anda
2. Berilah tanda (√) pada pilihan jawaban yang paling benar

| No | Pernyataan | Tingkat kemampuan ibu | | | |
|----|--|-----------------------|-------------|--------------|-------------|
| | | Sangat mampu | Cukup mampu | Kurang mampu | Tidak mampu |
| 1 | Ibu mampu menemani anaknya yang dirawat di RS dalam waktu 24 jam(memiliki waktu cukup untuk menemani anaknya) | | | | |
| 2 | Ibu mampu menemani anak ketika dilakukan tindakan menyakitkan seperti pemasangan infuse/ suntik | | | | |
| 3 | Ibu mampu memberikan kepercayaan pada anak untuk ikut serta memutuskan tindakan yang akan dilakukan padanya seperti makan, minum, mandi | | | | |
| 4 | Ibu mampu membuatkan jadwal kegiatan harian selama anak di rawat di RS | | | | |
| 5 | Ibu mampu menjelaskan pada anaknya tentang tindakan yang akan dilakukan | | | | |
| 6 | Ibu mampu mengurangi rasa nyeri yang mungkin dialami anak selama sakit | | | | |
| 7 | Ibu mampu memberikan kesempatan anak untuk melakukan aktifitas sesuai kemampuan anak seperti makan, minum, pergerakan | | | | |
| 8 | Ibu mampu memenuhi kebutuhan anak untuk sosialisasi seperti menghadirkan saudara kandung, keluarga dan teman main anak | | | | |
| 9 | Ibu mampu memenuhi kebutuhan bermain selama anak dirawat di RS | | | | |
| 10 | Ibu mampu menciptakan lingkungan ruang perawatan seperti kamar pasien dengan membawakan mainan dn gambar kesukaan anak yang bisa ditempel di ruangan | | | | |

Lampiran 9

Kuesioner komitmen ibu dalam atraumatic care

Petunjuk pengisian :

1. Pilihlah jawaban yang paling benar menurut anda
2. Berilah tanda (√) pada pilihan jawaban yang paling benar

| NO | PERNYATAAN | Setuju | Ragu-ragu | Tidak setuju |
|----|---|--------|-----------|--------------|
| 1 | Selama anak saya dirawat di Rumah Sakit saya harus menemani anak saya selama 24 jam sampai anak saya dinyatakan sembuh | | | |
| 2 | Saya harus bisa menjelaskan kepada anak saya tentang tindakan yang akan dilakukan padanya meskipun tindakan yang menyakitkan | | | |
| 3 | Saya harus memenuhi kebutuhan bermain anak saya selama sakit di RS | | | |
| 4 | Saya akan melibatkan anak saya dalam pengambilan keputusan tentang tindakan atau kegiatan yang akan dilakukan padanya | | | |
| 5 | Saya harus memenuhi kebutuhan sosialisasi anak saya seperti mengizinkan temannya, saudara kandung dan keluarga lainnya untuk dating | | | |
| 6 | Ruangan perawatan harus diatur seperti kamar anak | | | |
| 7 | Saya harus menjelaskan dan mengenalkan anak saya pada perawat, pasien lain dan petugas kesehatan yang akan merawat anak saya | | | |
| 8 | Saya harus bisa mengurangi rasa nyeri yang dialami anak saya akibat tindakan keperawatan yang dilakukan pada anak saya | | | |
| 9 | Saya harus mengetahui seluruh tindakan yang akan dilakukan pada anak saya | | | |
| 10 | Sebagai ibu saya harus bisa membuat anak saya bisa menjalani penyakit dan perawatan di RS dengan baik | | | |

Lampiran 10

Lembar observasi
Tindakan ibu dalam atraumatic care

Petunjuk pengisian :

1. Pilihlah jawaban yang paling benar menurut anda
2. Berilah tanda (√) pada pilihan jawaban yang paling benar

| No | Pernyataan | Selalu | Sering | Kadang2 | Tidak pernah |
|----|---|--------|--------|---------|--------------|
| 1 | selama anak saya dirawat di Rumah Sakit ibu menemani anak selama 24 jam sampai anak dinyatakan sembuh | | | | |
| 2 | Ibu menjelaskan kepada anak tentang tindakan yang akan dilakukan padanya termasuk tindakan yang menimbulkan rasa nyeri seperti infuse, suntik | | | | |
| 3 | Ibu memenuhi kebutuhan bermain anak selama sakit di RS | | | | |
| 4 | Ibu melibatkan anak dalam pengambilan keputusan tentang tindakan atau kegiatan yang akan dilakukan padanya | | | | |
| 5 | ibu memenuhi kebutuhan sosialisasi anak seperti mengizinkan temannya, saudara kandung dan keluarga lainnya untuk dating | | | | |
| 6 | Ibu mendesain Ruangan perawatan seperti kamar anak | | | | |
| 7 | Ibu menjelaskan dan mengenalkan anak pada perawat, pasien lain dan petugas kesehatan yang akan merawat anak | | | | |
| 8 | Ibu bisa mengurangi rasa nyeri yang dialami anak akibat tindakan keperawatan yang dilakukan pada anak | | | | |
| 9 | Ibu selalu mencari tahu seluruh tindakan yang akan dilakukan pada anak saya | | | | |
| 10 | Ibu mampu menenangkan anaknya ketika rewel, marah, frustasi dengan lembut dan sabar | | | | |

Lampiran 11

Lembar observasi stress hospitalisasi

Petunjuk pengisian :

1. Pilihlah jawaban yang paling benar menurut anda
2. Berilah tanda (√) pada pilihan jawaban yang paling benar

| NO | ITEM | Selalu | Sering | Kadang2 | Tidak pernah |
|----|---|--------|--------|---------|--------------|
| 1 | Menangis dan berteriak ketika perawat masuk ruangan | | | | |
| 2 | Anak kurang aktif selama diruangan | | | | |
| 3 | Tidak tertarik terhadap permainan atau aktifitas bermain | | | | |
| 4 | Anak menarik diri dari orang lain termasuk keluarga lain dan pasien lainnya | | | | |
| 5 | Anak tidak ada nafsu makan | | | | |
| 6 | Anak tidak mau berkomunikasi | | | | |
| 7 | Anak apatis dan sedih | | | | |
| 8 | Anak regresi missal mengompol , menghisap jari | | | | |
| 9 | Anak sulit tidur | | | | |
| 10 | Mendorong perawat yang melakukan tindakan | | | | |
| 11 | Mencoba mengamankan peralatan dengan mengambil atau menyembunyikannya. | | | | |
| 12 | Anak secara verbal mengusir perawat | | | | |
| 13 | Anak bertanya kapan pulang dan kapan sembuh | | | | |
| 14 | Anak tidak bisa ditinggal oleh ibunya meskipun hanya sebentar | | | | |
| 15 | Anak berontak setiap dilakukan tindakan | | | | |

REKAPITULASI PELAKSANAAN DISCHARGE PLANNING

| responder | No pertanyaan | | | | | | | | | | | | | | | total | kode |
|-----------|---------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|-------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | | |
| 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 19 | 1 |
| 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 22 | 2 |
| 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 18 | 1 |
| 4 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 26 | 3 |
| 5 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 19 | 1 |
| 6 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 23 | 2 |
| 7 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 18 | 1 |
| 8 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 29 | 3 |
| 9 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 18 | 1 |
| 10 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 22 | 2 |
| 11 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 18 | 1 |
| 12 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 19 | 1 |
| 13 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 18 | 1 |
| 14 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 18 | 1 |
| 15 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 23 | 2 |
| 16 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 18 | 1 |
| 17 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 22 | 2 |
| 18 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 18 | 1 |
| 19 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 19 | 1 |
| 20 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 26 | 3 |
| 21 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 18 | 1 |
| 22 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 18 | 1 |
| 23 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 18 | 1 |
| 24 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 23 | 2 |
| 25 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 18 | 1 |
| total | 2 | 10 | 13 | 4 | 5 | 8 | 6 | 3 | 8 | 13 | 15 | 25 | 9 | 3 | 9 | | |
| | 8 | 40 | 52 | 16 | 20 | 32 | 24 | 12 | 32 | 52 | 60 | 100 | 36 | 12 | 36 | | |

REKAPITULASI PELAKSANAAN DISCHARGE PLANNING (POST SOSIALISASI)

| Responden | No pertanyaan | | | | | | | | | | | | | | | total | kode |
|-----------|---------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|----|----|-------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | | |
| 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 24 | 2 |
| 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 28 | 3 |
| 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 24 | 2 |
| 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 30 | 3 |
| 5 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 24 | 2 |
| 6 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 30 | 3 |
| 7 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 24 | 2 |
| 8 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 29 | 3 |
| 9 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 23 | 2 |
| 10 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 28 | 3 |
| 11 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 25 | 2 |
| 12 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 23 | 2 |
| 13 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 24 | 2 |
| 14 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 26 | 3 |
| 15 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 30 | 3 |
| 16 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 25 | 2 |
| 17 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 24 | 2 |
| 18 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 26 | 3 |
| 19 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 25 | 2 |
| 20 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 26 | 3 |
| 21 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 25 | 2 |
| 22 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 19 | 1 |
| 23 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 25 | 2 |
| 24 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 25 | 2 |
| 25 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 26 | 3 |
| TOTAL | 17 | 19 | 19 | 17 | 11 | 15 | 23 | 19 | 23 | 24 | 14 | 16 | 25 | 6 | 24 | | |
| | 68 | 76 | 76 | 68 | 44 | 60 | 92 | 76 | 92 | 96 | 56 | 64 | 100 | 24 | 96 | | |

REKAPITULASI KOGNISI IBU

| responden | No pertanyaan | | | | | | | | | | | | | | | total | kode |
|-----------|---------------|-----|----|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|----|----|-------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | skor | |
| 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 21 | 2 |
| 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 21 | 2 |
| 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 30 | 3 |
| 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 29 | 3 |
| 5 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 19 | 1 |
| 6 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 27 | 3 |
| 7 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 21 | 2 |
| 8 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 29 | 3 |
| 9 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 20 | 1 |
| 10 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 28 | 3 |
| 11 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 24 | 2 |
| 12 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 30 | 3 |
| 13 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 22 | 2 |
| 14 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 24 | 2 |
| 15 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 25 | 2 |
| 16 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 25 | 2 |
| 17 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 29 | 3 |
| 18 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 30 | 3 |
| 19 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 30 | 3 |
| 20 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 24 | 2 |
| 21 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 26 | 3 |
| 22 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 21 | 2 |
| 23 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 22 | 2 |
| 24 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 29 | 3 |
| 25 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 30 | 3 |
| total | 25 | 25 | 12 | 25 | 14 | 16 | 16 | 21 | 13 | 12 | 9 | 11 | 25 | 16 | 22 | | |
| | 100 | 100 | 48 | 100 | 56 | 64 | 64 | 84 | 52 | 48 | 36 | 44 | 100 | 64 | 88 | | |

REKAPITULASI SIKAP IBU

| responden | No pertanyaan | | | | | | | | | | ttl | hasil | kode |
|-----------|---------------|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|------|---------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | skor | ukur | |
| 1 | 5 | 1 | 2 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 1 | 4 | 32 | negatif | 1 |
| 2 | 4 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 4 | 4 | 25 | negatif | 1 |
| 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 38 | positif | 2 |
| 4 | 5 | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 44 | positif | 2 |
| 5 | 5 | 2 | 4 | 4 | 3 | 1 | 4 | 4 | 2 | 2 | 31 | negatif | 1 |
| 6 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 46 | positif | 2 |
| 7 | 4 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 4 | 4 | 25 | negatif | 1 |
| 8 | 5 | 1 | 2 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 1 | 4 | 32 | negatif | 1 |
| 9 | 4 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 4 | 4 | 25 | negatif | 1 |
| 10 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 38 | positif | 2 |
| 11 | 5 | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 44 | positif | 2 |
| 12 | 5 | 4 | 5 | 4 | 2 | 5 | 5 | 5 | 2 | 4 | 41 | positif | 2 |
| 13 | 5 | 2 | 4 | 4 | 3 | 1 | 4 | 4 | 2 | 2 | 31 | negatif | 1 |
| 14 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 38 | positif | 2 |
| 15 | 5 | 2 | 4 | 4 | 3 | 1 | 4 | 4 | 2 | 2 | 31 | negatif | 1 |
| 16 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 42 | positif | 2 |
| 17 | 5 | 2 | 4 | 4 | 3 | 1 | 4 | 4 | 2 | 2 | 31 | negatif | 1 |
| 18 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 42 | positif | 2 |
| 19 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 42 | positif | 2 |
| 20 | 4 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 4 | 4 | 25 | negatif | 1 |
| 21 | 5 | 2 | 4 | 4 | 3 | 1 | 4 | 4 | 2 | 2 | 31 | negatif | 1 |
| 22 | 5 | 2 | 4 | 4 | 3 | 1 | 4 | 4 | 2 | 2 | 31 | negatif | 1 |
| 23 | 5 | 1 | 2 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 1 | 4 | 32 | negatif | 1 |
| 24 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 42 | positif | 2 |
| 25 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 38 | positif | 2 |
| total | 112 | 65 | 91 | 89 | 84 | 74 | 100 | 96 | 77 | 89 | 877 | positif | |
| | 90 | 52 | 73 | 71 | 67 | 59 | 80 | 77 | 62 | 71 | 70.2 | positif | |

REKAPITULASI SELF EFICACY IBU

| responden | No pertanyaan | | | | | | | | | | total | kode |
|-----------|---------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | skor | |
| 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 20 | 1 |
| 2 | 4 | 2 | 2 | 1 | 4 | 4 | 2 | 4 | 2 | 2 | 27 | 2 |
| 3 | 3 | 4 | 2 | 1 | 4 | 2 | 2 | 4 | 2 | 1 | 25 | 2 |
| 4 | 4 | 4 | 4 | 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 2 | 33 | 3 |
| 5 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 20 | 1 |
| 6 | 4 | 4 | 2 | 1 | 4 | 4 | 2 | 4 | 2 | 2 | 29 | 2 |
| 7 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 20 | 1 |
| 8 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 29 | 2 |
| 9 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 20 | 1 |
| 10 | 4 | 4 | 4 | 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 37 | 3 |
| 11 | 3 | 2 | 2 | 1 | 4 | 2 | 2 | 4 | 2 | 1 | 23 | 2 |
| 12 | 4 | 4 | 4 | 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 37 | 3 |
| 13 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 21 | 2 |
| 14 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 39 | 3 |
| 15 | 3 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 24 | 2 |
| 16 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 30 | 2 |
| 17 | 4 | 4 | 4 | 1 | 4 | 3 | 2 | 3 | 4 | 3 | 32 | 3 |
| 18 | 4 | 2 | 2 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 2 | 4 | 32 | 3 |
| 19 | 3 | 4 | 4 | 1 | 4 | 2 | 4 | 4 | 2 | 1 | 29 | 2 |
| 20 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 40 | 3 |
| 21 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 22 | 2 |
| 22 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 20 | 1 |
| 23 | 3 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 25 | 2 |
| 24 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 31 | 3 |
| 25 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 31 | 3 |
| total | 81 | 73 | 68 | 41 | 87 | 80 | 65 | 86 | 59 | 56 | 696 | 3 |
| | 81 | 73 | 68 | 41 | 87 | 80 | 65 | 86 | 59 | 56 | 69.6 | 3 |

REKAPITULASI PERILAKU SPESIFIK, KOGNISI DAN SIKAP IBU

| RESPONDEN | PEMAHAMAN | SIKAP | SELF EFICACY | TOTAL | KODE |
|-----------|-----------|-------|--------------|-------|------|
| 1 | 2 | 2 | 1 | 5 | 2 |
| 2 | 2 | 1 | 2 | 5 | 2 |
| 3 | 3 | 2 | 2 | 7 | 3 |
| 4 | 3 | 2 | 3 | 8 | 3 |
| 5 | 1 | 2 | 1 | 4 | 1 |
| 6 | 3 | 2 | 2 | 7 | 3 |
| 7 | 2 | 1 | 1 | 4 | 1 |
| 8 | 3 | 1 | 2 | 6 | 2 |
| 9 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 |
| 10 | 3 | 2 | 3 | 8 | 3 |
| 11 | 2 | 2 | 2 | 6 | 2 |
| 12 | 3 | 2 | 3 | 8 | 3 |
| 13 | 2 | 1 | 2 | 5 | 2 |
| 14 | 2 | 2 | 3 | 7 | 3 |
| 15 | 2 | 2 | 2 | 6 | 2 |
| 16 | 2 | 2 | 2 | 6 | 2 |
| 17 | 3 | 2 | 3 | 8 | 3 |
| 18 | 3 | 1 | 3 | 7 | 3 |
| 19 | 3 | 1 | 2 | 6 | 2 |
| 20 | 2 | 1 | 3 | 6 | 2 |
| 21 | 3 | 2 | 2 | 7 | 3 |
| 22 | 2 | 2 | 1 | 5 | 2 |
| 23 | 2 | 1 | 2 | 5 | 2 |
| 24 | 3 | 1 | 3 | 7 | 3 |
| 25 | 3 | 2 | 3 | 8 | 3 |
| total | 60 | 40 | 54 | | |
| | 80 | 53 | 72 | | |

REKAPITULASI KOMITMEN IBU

| responden | No pertanyaan | | | | | | | | | | total | Kode |
|-----------|---------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | skor | |
| 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | 23 | 2 |
| 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | 23 | 2 |
| 3 | 3 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 28 | 3 |
| 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 40 | 3 |
| 5 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | 23 | 2 |
| 6 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 28 | 3 |
| 7 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | 23 | 2 |
| 8 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | 23 | 2 |
| 9 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | 23 | 2 |
| 10 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 30 | 3 |
| 11 | 3 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 28 | 3 |
| 12 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 40 | 3 |
| 13 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | 23 | 2 |
| 14 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 28 | 3 |
| 15 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 30 | 3 |
| 16 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | 23 | 2 |
| 17 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 30 | 3 |
| 18 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 30 | 3 |
| 19 | 3 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 28 | 3 |
| 20 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 40 | 3 |
| 21 | 3 | 3 | 1 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 26 | 3 |
| 22 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | 23 | 2 |
| 23 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | 23 | 2 |
| 24 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | 23 | 2 |
| 25 | 3 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 28 | 3 |
| total | 78 | 56 | 68 | 67 | 65 | 52 | 67 | 78 | 78 | 78 | | |
| | 78 | 56 | 68 | 67 | 65 | 52 | 67 | 78 | 78 | 78 | | |

REKAPITULASI TINDAKAN ATRAUMATIC CARE IBU

| responder | No pertanyaan | | | | | | | | | | total | kode |
|-----------|---------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | skor | |
| 1 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 20 | 1 |
| 2 | 4 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 20 | 1 |
| 3 | 4 | 4 | 1 | 4 | 4 | 1 | 2 | 4 | 2 | 4 | 30 | 2 |
| 4 | 4 | 4 | 1 | 2 | 4 | 1 | 2 | 4 | 1 | 4 | 27 | 2 |
| 5 | 4 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 20 | 1 |
| 6 | 4 | 4 | 3 | 2 | 4 | 1 | 3 | 4 | 1 | 4 | 30 | 2 |
| 7 | 4 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 20 | 1 |
| 8 | 4 | 4 | 1 | 3 | 4 | 1 | 1 | 4 | 2 | 4 | 28 | 2 |
| 9 | 4 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 20 | 1 |
| 10 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 1 | 2 | 3 | 2 | 4 | 31 | 3 |
| 11 | 4 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 20 | 1 |
| 12 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 1 | 1 | 4 | 2 | 4 | 30 | 2 |
| 13 | 4 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 20 | 1 |
| 14 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 1 | 1 | 4 | 2 | 4 | 31 | 3 |
| 15 | 4 | 4 | 2 | 2 | 4 | 1 | 2 | 4 | 2 | 4 | 29 | 2 |
| 16 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 20 | 1 |
| 17 | 4 | 4 | 2 | 4 | 2 | 1 | 2 | 4 | 2 | 4 | 29 | 2 |
| 18 | 4 | 4 | 3 | 2 | 4 | 1 | 2 | 3 | 2 | 4 | 29 | 2 |
| 19 | 4 | 4 | 1 | 4 | 4 | 1 | 2 | 4 | 2 | 4 | 30 | 2 |
| 20 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 1 | 1 | 4 | 2 | 4 | 30 | 2 |
| 21 | 4 | 4 | 2 | 4 | 2 | 1 | 1 | 4 | 1 | 4 | 27 | 2 |
| 22 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 20 | 1 |
| 23 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 20 | 1 |
| 24 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 1 | 2 | 4 | 2 | 4 | 32 | 3 |
| 25 | 4 | 4 | 2 | 2 | 4 | 1 | 2 | 4 | 1 | 4 | 28 | 2 |
| total | 100 | 80 | 56 | 60 | 76 | 25 | 40 | 78 | 46 | 80 | | |
| | 100 | 80 | 56 | 60 | 76 | 25 | 40 | 78 | 46 | 80 | | |

REKAPITULASI STRES HOSPITALISASI ANAK

| responden | No pertanyaan | | | | | | | | | | | | | | | total skor | hasil ukur | kode |
|-----------|---------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------------|-------------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | | | |
| 1 | 4 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 4 | 3 | 4 | 34 | stres | 1 |
| 2 | 4 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 32 | stres | 1 |
| 3 | 4 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 | 26 | tidak stres | 2 |
| 4 | 4 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 4 | 3 | 4 | 34 | stres | 1 |
| 5 | 4 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 32 | stres | 1 |
| 6 | 4 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 | 30 | tidak stres | 2 |
| 7 | 4 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 4 | 3 | 4 | 34 | stres | 1 |
| 8 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 4 | 2 | 27 | tidak stres | 2 |
| 9 | 4 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 32 | stres | 1 |
| 10 | 4 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 | 26 | tidak stres | 2 |
| 11 | 4 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 4 | 3 | 4 | 34 | stres | 1 |
| 12 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 3 | 1 | 28 | tidak stres | 2 |
| 13 | 4 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 4 | 3 | 4 | 34 | stres | 1 |
| 14 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 22 | tidak stres | 2 |
| 15 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 4 | 2 | 27 | tidak stres | 2 |
| 16 | 4 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 32 | stres | 1 |
| 17 | 4 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 | 26 | tidak stres | 2 |
| 18 | 4 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 4 | 3 | 4 | 34 | stres | 1 |
| 19 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 3 | 1 | 28 | tidak stres | 2 |
| 20 | 4 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 4 | 3 | 4 | 34 | stres | 1 |
| 21 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 22 | tidak stres | 2 |
| 22 | 4 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 4 | 3 | 4 | 34 | stres | 1 |
| 23 | 4 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 4 | 3 | 4 | 34 | stres | 1 |
| 24 | 4 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 4 | 3 | 4 | 34 | stres | 1 |
| 25 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 22 | tidak stres | 2 |
| total | 83 | 59 | 46 | 35 | 41 | 45 | 40 | 35 | 45 | 35 | 25 | 46 | 84 | 71 | 62 | | | |
| | 83 | 59 | 46 | 35 | 41 | 45 | 40 | 35 | 45 | 35 | 25 | 46 | 84 | 71 | 62 | | | |

Lampiran 12

Validity n Reliability DP

Reliability

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

| | | Mean | Std Dev | Cases |
|-----|----------|--------|---------|-------|
| 1. | VAR00001 | 1.6000 | .5000 | 25.0 |
| 2. | VAR00002 | 1.9600 | .2000 | 25.0 |
| 3. | VAR00003 | 1.3600 | .4899 | 25.0 |
| 4. | VAR00004 | 1.9600 | .2000 | 25.0 |
| 5. | VAR00005 | 1.9600 | .2000 | 25.0 |
| 6. | VAR00006 | 1.6000 | .5000 | 25.0 |
| 7. | VAR00007 | 1.8400 | .3742 | 25.0 |
| 8. | VAR00008 | 1.9600 | .2000 | 25.0 |
| 9. | VAR00009 | 1.3600 | .4899 | 25.0 |
| 10. | VAR00010 | 1.9600 | .2000 | 25.0 |

| Statistics for | Mean | Variance | Std Dev | N of Variables |
|----------------|---------|----------|---------|----------------|
| SCALE | 17.5600 | 5.5067 | 2.3466 | 10 |

Item-total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Alpha if Item Deleted |
|----------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| VAR00001 | 15.9600 | 3.9567 | .6535 | .8208 |
| VAR00002 | 15.6000 | 4.9167 | .6201 | .8321 |
| VAR00003 | 16.2000 | 4.1667 | .5500 | .8334 |
| VAR00004 | 15.6000 | 4.9167 | .6201 | .8321 |
| VAR00005 | 15.6000 | 4.9167 | .6201 | .8321 |
| VAR00006 | 15.9600 | 3.9567 | .6535 | .8208 |
| VAR00007 | 15.7200 | 4.5433 | .5162 | .8328 |
| VAR00008 | 15.6000 | 4.9167 | .6201 | .8321 |
| VAR00009 | 16.2000 | 4.1667 | .5500 | .8334 |
| VAR00010 | 15.6000 | 4.9167 | .6201 | .8321 |

Reliability Coefficients

N of Cases = 25.0

N of Items = 10

Alpha = .8448

Validity & Reliability Kognisi

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

| | | Mean | Std Dev | Cases |
|-----|----------|--------|---------|-------|
| 1. | VAR00001 | 1.8000 | .4082 | 25.0 |
| 2. | VAR00002 | 1.8000 | .4082 | 25.0 |
| 3. | VAR00003 | 1.4800 | .5099 | 25.0 |
| 4. | VAR00004 | 1.8400 | .3742 | 25.0 |
| 5. | VAR00005 | 1.5600 | .5066 | 25.0 |
| 6. | VAR00006 | 1.6400 | .4899 | 25.0 |
| 7. | VAR00007 | 1.6400 | .4899 | 25.0 |
| 8. | VAR00008 | 1.7600 | .4359 | 25.0 |
| 9. | VAR00009 | 1.5200 | .5099 | 25.0 |
| 10. | VAR00010 | 1.4800 | .5099 | 25.0 |
| 11. | VAR00011 | 1.3600 | .4899 | 25.0 |
| 12. | VAR00012 | 1.4400 | .5066 | 25.0 |
| 13. | VAR00013 | 1.8400 | .3742 | 25.0 |
| 14. | VAR00014 | 1.6400 | .4899 | 25.0 |
| 15. | VAR00015 | 1.8000 | .4082 | 25.0 |

| Statistics for | Mean | Variance | Std Dev | N of Variables |
|----------------|---------|----------|---------|----------------|
| SCALE | 24.6000 | 26.5833 | 5.1559 | 15 |

Item-total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Alpha if Item Deleted |
|----------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| VAR00001 | 22.8000 | 23.4167 | .7593 | .9363 |
| VAR00002 | 22.8000 | 23.4167 | .7593 | .9363 |
| VAR00003 | 23.1200 | 22.6933 | .7472 | .9363 |
| VAR00004 | 22.7600 | 23.6900 | .7559 | .9368 |
| VAR00005 | 23.0400 | 23.1233 | .6574 | .9388 |
| VAR00006 | 22.9600 | 22.7900 | .7597 | .9359 |
| VAR00007 | 22.9600 | 22.7067 | .7789 | .9354 |
| VAR00008 | 22.8400 | 23.3900 | .7123 | .9373 |
| VAR00009 | 23.0800 | 22.4100 | .8106 | .9345 |
| VAR00010 | 23.1200 | 22.7767 | .7287 | .9368 |
| VAR00011 | 23.2400 | 23.0233 | .7062 | .9374 |
| VAR00012 | 23.1600 | 23.4733 | .5812 | .9408 |
| VAR00013 | 22.7600 | 24.1067 | .6360 | .9392 |
| VAR00014 | 22.9600 | 23.7067 | .5527 | .9414 |
| VAR00015 | 22.8000 | 24.0833 | .5823 | .9402 |

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 25.0
Alpha = .9415

N of Items = 15

Validity & Reliability Komitmen

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
 ***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

| | | Mean | Std Dev | Cases |
|-----|----------|--------|---------|-------|
| 1. | VAR00001 | 3.1200 | .3317 | 25.0 |
| 2. | VAR00002 | 2.2400 | 1.1648 | 25.0 |
| 3. | VAR00003 | 3.0800 | .4000 | 25.0 |
| 4. | VAR00004 | 2.6800 | .6904 | 25.0 |
| 5. | VAR00005 | 2.6000 | .7638 | 25.0 |
| 6. | VAR00006 | 2.0800 | 1.1874 | 25.0 |
| 7. | VAR00007 | 2.6800 | .6904 | 25.0 |
| 8. | VAR00008 | 3.1200 | .3317 | 25.0 |
| 9. | VAR00009 | 3.1200 | .3317 | 25.0 |
| 10. | VAR00010 | 3.1200 | .3317 | 25.0 |

| Statistics for | Mean | Variance | Std Dev | N of Variables |
|----------------|---------|----------|---------|----------------|
| SCALE | 27.8400 | 31.2233 | 5.5878 | 10 |

Item-total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Alpha if Item Deleted |
|----------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| VAR00001 | 24.7200 | 28.2933 | .7992 | .9344 |
| VAR00002 | 25.6000 | 20.5000 | .8881 | .9304 |
| VAR00003 | 24.7600 | 27.8567 | .7595 | .9334 |
| VAR00004 | 25.1600 | 24.1400 | .9738 | .9187 |
| VAR00005 | 25.2400 | 24.2733 | .8460 | .9248 |
| VAR00006 | 25.7600 | 20.6067 | .8540 | .9343 |
| VAR00007 | 25.1600 | 24.1400 | .9738 | .9187 |
| VAR00008 | 24.7200 | 28.2933 | .7992 | .9344 |
| VAR00009 | 24.7200 | 28.2933 | .7992 | .9344 |
| VAR00010 | 24.7200 | 28.2933 | .7992 | .9344 |

Reliability Coefficients

N of Cases = 25.0

N of Items = 10

Alpha = .9366

Validity & Reliability Self Efficacy

Reliability

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

| | | Mean | Std Dev | Cases |
|-----|----------|--------|---------|-------|
| 1. | VAR00001 | 3.1200 | .3317 | 25.0 |
| 2. | VAR00002 | 2.2400 | 1.1648 | 25.0 |
| 3. | VAR00003 | 3.0800 | .4000 | 25.0 |
| 4. | VAR00004 | 2.6800 | .6904 | 25.0 |
| 5. | VAR00005 | 2.6000 | .7638 | 25.0 |
| 6. | VAR00006 | 2.0800 | 1.1874 | 25.0 |
| 7. | VAR00007 | 2.6800 | .6904 | 25.0 |
| 8. | VAR00008 | 3.1200 | .3317 | 25.0 |
| 9. | VAR00009 | 3.1200 | .3317 | 25.0 |
| 10. | VAR00010 | 3.1200 | .3317 | 25.0 |

| Statistics for | Mean | Variance | Std Dev | N of Variables |
|----------------|---------|----------|---------|----------------|
| SCALE | 27.8400 | 31.2233 | 5.5878 | 10 |

Item-total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Alpha if Item Deleted |
|----------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| VAR00001 | 24.7200 | 28.2933 | .7992 | .9344 |
| VAR00002 | 25.6000 | 20.5000 | .8881 | .9304 |
| VAR00003 | 24.7600 | 27.8567 | .7595 | .9334 |
| VAR00004 | 25.1600 | 24.1400 | .9738 | .9187 |
| VAR00005 | 25.2400 | 24.2733 | .8460 | .9248 |
| VAR00006 | 25.7600 | 20.6067 | .8540 | .9343 |
| VAR00007 | 25.1600 | 24.1400 | .9738 | .9187 |
| VAR00008 | 24.7200 | 28.2933 | .7992 | .9344 |
| VAR00009 | 24.7200 | 28.2933 | .7992 | .9344 |
| VAR00010 | 24.7200 | 28.2933 | .7992 | .9344 |

Reliability Coefficients

N of Cases = 25.0

N of Items = 10

Alpha = .9366

Validity & Reliability Sikap

Reliability

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis

-

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

| | | Mean | Std Dev | Cases |
|-----|----------|--------|---------|-------|
| 1. | VAR00001 | 3.8000 | .8660 | 25.0 |
| 2. | VAR00002 | 2.6400 | 1.2543 | 25.0 |
| 3. | VAR00003 | 3.6400 | 1.1136 | 25.0 |
| 4. | VAR00004 | 3.5600 | 1.1576 | 25.0 |
| 5. | VAR00005 | 3.7200 | .9798 | 25.0 |
| 6. | VAR00006 | 2.9600 | 1.6703 | 25.0 |
| 7. | VAR00007 | 4.0000 | .5774 | 25.0 |
| 8. | VAR00008 | 3.8400 | .8981 | 25.0 |
| 9. | VAR00009 | 3.4400 | .9165 | 25.0 |
| 10. | VAR00010 | 3.5600 | .9165 | 25.0 |

| Statistics for | Mean | Variance | Std Dev | N of Variables |
|----------------|---------|----------|---------|----------------|
| SCALE | 35.1600 | 62.2233 | 7.8882 | 10 |

Item-total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Alpha if Item Deleted |
|----------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| VAR00001 | 31.3600 | 53.5733 | .6231 | .8998 |
| VAR00002 | 32.5200 | 47.2600 | .7764 | .8893 |
| VAR00003 | 31.5200 | 50.8433 | .6385 | .8986 |
| VAR00004 | 31.6000 | 49.5000 | .6989 | .8947 |
| VAR00005 | 31.4400 | 53.0067 | .5787 | .9019 |
| VAR00006 | 32.2000 | 42.6667 | .7684 | .8960 |
| VAR00007 | 31.1600 | 54.9733 | .8079 | .8970 |
| VAR00008 | 31.3200 | 51.0600 | .8069 | .8900 |
| VAR00009 | 31.7200 | 53.3767 | .5979 | .9009 |
| VAR00010 | 31.6000 | 53.0000 | .6282 | .8993 |

Reliability Coefficients

N of Cases = 25.0

N of Items = 10

Alpha = .9062

Validity & Reliability Stress Hospitalisasi Reliability

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

| | | Mean | Std Dev | Cases |
|-----|----------|--------|---------|-------|
| 1. | VAR00001 | 3.0400 | 1.2410 | 25.0 |
| 2. | VAR00002 | 2.3200 | .9883 | 25.0 |
| 3. | VAR00003 | 1.7200 | .9798 | 25.0 |
| 4. | VAR00004 | 1.8800 | 1.0536 | 25.0 |
| 5. | VAR00005 | 1.8400 | .8000 | 25.0 |
| 6. | VAR00006 | 2.0000 | .8660 | 25.0 |
| 7. | VAR00007 | 1.8400 | .8000 | 25.0 |
| 8. | VAR00008 | 1.9600 | 1.1358 | 25.0 |
| 9. | VAR00009 | 1.9600 | .8888 | 25.0 |
| 10. | VAR00010 | 1.6400 | .8602 | 25.0 |
| 11. | VAR00011 | 1.3600 | .8602 | 25.0 |
| 12. | VAR00012 | 2.0400 | 1.0599 | 25.0 |
| 13. | VAR00013 | 2.6000 | 1.3540 | 25.0 |
| 14. | VAR00014 | 2.1200 | .9713 | 25.0 |
| 15. | VAR00015 | 2.5200 | 1.3266 | 25.0 |

Statistics for Mean 30.8400 Variance 122.8067 Std Dev 11.0818 N of Variables 15
SCALE

Item-total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Alpha if Item Deleted |
|----------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| VAR00001 | 27.8000 | 104.4167 | .6644 | .9295 |
| VAR00002 | 28.5200 | 108.6767 | .6384 | .9297 |
| VAR00003 | 29.1200 | 111.0267 | .5240 | .9326 |
| VAR00004 | 28.9600 | 109.0400 | .5752 | .9315 |
| VAR00005 | 29.0000 | 108.6667 | .8094 | .9263 |
| VAR00006 | 28.8400 | 108.9733 | .7236 | .9278 |
| VAR00007 | 29.0000 | 108.2500 | .8360 | .9257 |
| VAR00008 | 28.8800 | 107.7767 | .5826 | .9316 |
| VAR00009 | 28.8800 | 107.9433 | .7620 | .9268 |
| VAR00010 | 29.2000 | 106.0000 | .9070 | .9235 |
| VAR00011 | 29.4800 | 109.6767 | .6877 | .9287 |
| VAR00012 | 28.8000 | 104.2500 | .8055 | .9249 |
| VAR00013 | 28.2400 | 104.8567 | .5812 | .9331 |
| VAR00014 | 28.7200 | 111.2100 | .5201 | .9327 |
| VAR00015 | 28.3200 | 101.5600 | .7288 | .9277 |

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 25.0

N of Items = 15

Alpha = .9333

Validity & Reliability Tindakan Reliability

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis

--

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

| | | Mean | Std Dev | Cases |
|-----|----------|--------|---------|-------|
| 1. | VAR00001 | 3.3600 | .9522 | 25.0 |
| 2. | VAR00002 | 3.2000 | 1.0000 | 25.0 |
| 3. | VAR00003 | 2.4800 | 1.0050 | 25.0 |
| 4. | VAR00004 | 2.7200 | 1.0214 | 25.0 |
| 5. | VAR00005 | 3.0400 | 1.0198 | 25.0 |
| 6. | VAR00006 | 1.6800 | 1.2152 | 25.0 |
| 7. | VAR00007 | 2.0000 | .9129 | 25.0 |
| 8. | VAR00008 | 3.1200 | .9713 | 25.0 |
| 9. | VAR00009 | 2.4800 | .8718 | 25.0 |
| 10. | VAR00010 | 3.2000 | 1.0000 | 25.0 |

| Statistics for | Mean | Variance | Std Dev | N of Variables |
|----------------|---------|----------|---------|-------------------|
| SCALE | 27.2800 | 55.9600 | 7.4806 | 10 |

Item-total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item- Total Correlation | Alpha if Item Deleted |
|----------|-------------------------------------|---|--|-----------------------------|
| VAR00001 | 23.9200 | 45.4933 | .7443 | .8998 |
| VAR00002 | 24.0800 | 43.1600 | .8981 | .8901 |
| VAR00003 | 24.8000 | 47.6667 | .5248 | .9125 |
| VAR00004 | 24.5600 | 47.2567 | .5455 | .9115 |
| VAR00005 | 24.2400 | 43.9400 | .8121 | .8953 |
| VAR00006 | 25.6000 | 45.7500 | .5313 | .9151 |
| VAR00007 | 25.2800 | 48.2933 | .5386 | .9112 |
| VAR00008 | 24.1600 | 44.1400 | .8428 | .8938 |
| VAR00009 | 24.8000 | 48.8333 | .5225 | .9118 |
| VAR00010 | 24.0800 | 43.1600 | .8981 | .8901 |

Reliability Coefficients

N of Cases = 25.0

N of Items = 10

Alpha = .9123

Frequency Table

pra DP

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Kurang | 16 | 64.0 | 64.0 | 64.0 |
| | Cukup | 4 | 16.0 | 16.0 | 80.0 |
| | Baik | 5 | 20.0 | 20.0 | 100.0 |
| | Total | 25 | 100.0 | 100.0 | |

DP

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Kurang | 1 | 4.0 | 4.0 | 4.0 |
| | Cukup | 10 | 40.0 | 40.0 | 44.0 |
| | Baik | 14 | 56.0 | 56.0 | 100.0 |
| | Total | 25 | 100.0 | 100.0 | |

Kognisi

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Kurang | 2 | 8.0 | 8.0 | 8.0 |
| | Cukup | 11 | 44.0 | 44.0 | 52.0 |
| | Baik | 12 | 48.0 | 48.0 | 100.0 |
| | Total | 25 | 100.0 | 100.0 | |

Sikap Ibu

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Negatif | 13 | 52.0 | 52.0 | 52.0 |
| | Positif | 12 | 48.0 | 48.0 | 100.0 |
| | Total | 25 | 100.0 | 100.0 | |

self efficacy

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Kurang | 5 | 20.0 | 20.0 | 20.0 |
| | Cukup | 11 | 44.0 | 44.0 | 64.0 |
| | Baik | 9 | 36.0 | 36.0 | 100.0 |
| | Total | 25 | 100.0 | 100.0 | |

behaviour

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Kurang | 3 | 12.0 | 12.0 | 12.0 |
| | Cukup | 11 | 44.0 | 44.0 | 56.0 |
| | Baik | 11 | 44.0 | 44.0 | 100.0 |
| | Total | 25 | 100.0 | 100.0 | |

komitmen

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Cukup | 11 | 44.0 | 44.0 | 44.0 |
| | Baik | 14 | 56.0 | 56.0 | 100.0 |
| | Total | 25 | 100.0 | 100.0 | |

Tindakan

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Kurang | 10 | 40.0 | 40.0 | 40.0 |
| | Cukup | 12 | 48.0 | 48.0 | 88.0 |
| | Baik | 3 | 12.0 | 12.0 | 100.0 |
| | Total | 25 | 100.0 | 100.0 | |

Stress Hospitalisasi

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Stress | 14 | 56.0 | 56.0 | 56.0 |
| | Tidak Stress | 11 | 44.0 | 44.0 | 100.0 |
| | Total | 25 | 100.0 | 100.0 | |

Descriptives

Descriptive Statistics

| | N | Range | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation | Variance |
|----------------------|----|-------|---------|---------|---------|----------------|----------|
| Pra DP | 25 | 12.00 | 18.00 | 30.00 | 20.6400 | 4.10163 | 16.823 |
| Sikap Ibu | 25 | 21.00 | 25.00 | 46.00 | 35.0800 | 6.68905 | 44.743 |
| Kognisi | 25 | 11.00 | 19.00 | 30.00 | 25.4400 | 3.78682 | 14.340 |
| Self Efficacy | 25 | 20.00 | 20.00 | 40.00 | 27.8400 | 6.36841 | 40.557 |
| Behaviour | 25 | 5.00 | 3.00 | 8.00 | 6.1600 | 1.40475 | 1.973 |
| Komitmen | 25 | 17.00 | 23.00 | 40.00 | 27.4800 | 5.47814 | 30.010 |
| DP | 25 | 8.00 | 12.00 | 20.00 | 16.6800 | 1.43527 | 2.080 |
| Tindakan | 25 | 12.00 | 20.00 | 32.00 | 25.6400 | 4.82942 | 23.323 |
| Stress hospitalisasi | 25 | 12.00 | 22.00 | 34.00 | 30.0800 | 4.29069 | 18.410 |
| Valid N (listwise) | 25 | | | | | | |

Nonparametric Correlations

Correlations

| | | | Behaviour | Komitmen |
|----------------|-----------|-------------------------|-----------|----------|
| Spearman's rho | Behaviour | Correlation Coefficient | 1.000 | .663** |
| | | Sig. (2-tailed) | . | .000 |
| | | N | 25 | 25 |
| | Komitmen | Correlation Coefficient | .663** | 1.000 |
| | | Sig. (2-tailed) | .000 | . |
| | | N | 25 | 25 |

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Nonparametric Correlations

Correlations

| | | | Komitmen | Tindakan |
|----------------|----------|-------------------------|----------|----------|
| Spearman's rho | Komitmen | Correlation Coefficient | 1.000 | .652** |
| | | Sig. (2-tailed) | . | .000 |
| | | N | 25 | 25 |
| | Tindakan | Correlation Coefficient | .652** | 1.000 |
| | | Sig. (2-tailed) | .000 | . |
| | | N | 25 | 25 |

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Nonparametric Correlations

Correlations

| | | | Tindakan | Stress hospitalisasi |
|----------------|----------------------|-------------------------|----------|----------------------|
| Spearman's rho | Tindakan | Correlation Coefficient | 1.000 | .658** |
| | | Sig. (2-tailed) | . | .000 |
| | | N | 25 | 25 |
| | Stress hospitalisasi | Correlation Coefficient | .658** | 1.000 |
| | | Sig. (2-tailed) | .000 | . |
| | | N | 25 | 25 |

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Crosstabs

DP * behaviour Crosstabulation

| | | | behaviour | | | Total |
|-------|------------------|------------------|-----------|--------|--------|--------|
| | | | Kurang | Cukup | Baik | |
| DP | Kurang | Count | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | | % within kode DP | .0% | 100.0% | .0% | 100.0% |
| | | % of Total | .0% | 4.0% | .0% | 4.0% |
| | Cukup | Count | 2 | 4 | 4 | 10 |
| | | % within kode DP | 20.0% | 40.0% | 40.0% | 100.0% |
| | | % of Total | 8.0% | 16.0% | 16.0% | 40.0% |
| | Baik | Count | 1 | 6 | 7 | 14 |
| | | % within kode DP | 7.1% | 42.9% | 50.0% | 100.0% |
| | | % of Total | 4.0% | 24.0% | 28.0% | 56.0% |
| Total | Count | 3 | 11 | 11 | 25 | |
| | % within kode DP | 12.0% | 44.0% | 44.0% | 100.0% | |
| | % of Total | 12.0% | 44.0% | 44.0% | 100.0% | |

Behaviour * Komitmen Crosstabulation

| | | | Komitmen | | Total |
|-----------|-------------------------|-------------------------|----------|--------|--------|
| | | | Cukup | Baik | |
| Behaviour | Kurang | Count | 3 | 0 | 3 |
| | | % within kode behaviour | 100.0% | .0% | 100.0% |
| | | % of Total | 12.0% | .0% | 12.0% |
| | Cukup | Count | 7 | 4 | 11 |
| | | % within kode behaviour | 63.6% | 36.4% | 100.0% |
| | | % of Total | 28.0% | 16.0% | 44.0% |
| | Baik | Count | 1 | 10 | 11 |
| | | % within kode behaviour | 9.1% | 90.9% | 100.0% |
| | | % of Total | 4.0% | 40.0% | 44.0% |
| Total | Count | 11 | 14 | 25 | |
| | % within kode behaviour | 44.0% | 56.0% | 100.0% | |
| | % of Total | 44.0% | 56.0% | 100.0% | |

Crosstabs

Komitmen * Tindakan Crossta' ulation

| | | | Tindakan | | | Total |
|----------|------------------------|------------------------|----------|-------|--------|--------|
| | | | Kurang | Cukup | Baik | |
| Komitmen | Cukup | Count | 9 | 1 | 1 | 11 |
| | | % within kode komitmen | 81.8% | 9.1% | 9.1% | 100.0% |
| | | % of Total | 36.0% | 4.0% | 4.0% | 44.0% |
| | Baik | Count | 1 | 11 | 2 | 14 |
| | | % within kode komitmen | 7.1% | 78.6% | 14.3% | 100.0% |
| | | % of Total | 4.0% | 44.0% | 8.0% | 56.0% |
| Total | Count | 10 | 12 | 3 | 25 | |
| | % within kode komitmen | 40.0% | 48.0% | 12.0% | 100.0% | |
| | % of Total | 40.0% | 48.0% | 12.0% | 100.0% | |

Crosstabs

Tindakan * Stress hospitalisasi Crosstabulation

| | | | stress hospitalisasi | | Total |
|----------|------------------------|------------------------|----------------------|--------------|--------|
| | | | Stress | Tidak Stress | |
| Tindakan | Kurang | Count | 10 | 0 | 10 |
| | | % within kode tindakan | 100.0% | .0% | 100.0% |
| | | % of Total | 40.0% | .0% | 40.0% |
| | Cukup | Count | 3 | 9 | 12 |
| | | % within kode tindakan | 25.0% | 75.0% | 100.0% |
| | | % of Total | 12.0% | 36.0% | 48.0% |
| | Baik | Count | 1 | 2 | 3 |
| | | % within kode tindakan | 33.3% | 66.7% | 100.0% |
| | | % of Total | 4.0% | 8.0% | 12.0% |
| Total | Count | 14 | 11 | 25 | |
| | % within kode tindakan | 56.0% | 44.0% | 100.0% | |
| | % of Total | 56.0% | 44.0% | 100.0% | |