

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Pertumbuhan dan Perkembangan Anak Usia Prasekolah**

Anak adalah individu yang berusia 0 sampai 18 tahun, yang sedang dalam proses tumbuh dan kembang yang mempunyai kebutuhan yang spesifik (Fisik, psikologis, sosial, dan spiritual) yang berbeda dengan orang dewasa. Secara psikologis anak membutuhkan cinta dan kasih sayang, rasa aman atau bebas dari ancaman, serta sosial anak yang membutuhkan lingkungan yang dapat memfasilitasnya untuk berinteraksi, sedangkan secara spiritual anak membutuhkan penanaman nilai agama dan moral serta nilai budaya (Supartini, 2004).

Anak usia pra sekolah adalah mereka yang berusia tiga sampai enam tahun. Anak pra sekolah adalah pribadi yang mempunyai berbagai macam potensi. Potensi-potensi itu dirancang dan dikembangkan agar pribadi anak tersebut berkembang secara optimal (Patmonodewo, 2009). Tertundanya atau terhambatnya pengembangan potensi-potensi itu akan mengakibatkan timbulnya masalah. Taman kanak-kanak adalah suatu bentuk pendidikan prasekolah yang menyediakan program pendidikan dini bagi anak usia 4 tahun sampai memasuki pendidikan dasar (Supartini, 2004).

Menurut Wong (2008) Anak bukan orang dewasa kecil namun individu yang khusus dengan pikiran, tubuh, dan kebutuhan yang unik yang sesuai dengan tahapan perkembangannya. Kebutuhan tersebut meliputi kebutuhan fisiologis (seperti nutrisi, cairan, aktifitas, eliminasi, istirahat, tidur, dan lain-lain), kebutuhan psikologis sosial dan spiritual.

Whaaley dan Wong (2000) mengemukakan pertumbuhan anak pra sekolah sebagai suatu peningkatan jumlah dan ukuran, sedangkan perkembangan menitikberatkan pada perubahan yang terjadi secara bertahap dari tingkat yang paling rendah ke tingkat yang paling tinggi dan kompleks melalui proses maturasi dan pembelajaran. Menurut Maslow (2008) pertumbuhan sebagai suatu peningkatan ukuran tubuh yang dapat diukur dengan meter atau centimeter untuk tinggi badan dan kilogram untuk berat badan. Sedangkan perkembangan sebagai peningkatan ketrampilan dan kapasitas anak untuk berfungsi secara bertahap dan terus menerus.

### **1. Periode perkembangan anak usia Prasekolah (Wong, 2000 dalam Suprtini, 2004)**

Periode ini terdiri atas usia 2,5 sampai 5 tahun yang disebut dengan usia Prasekolah, usia prasekolah ini biasanya ditandai dengan menunjukkan perkembangan motorik yang lebih lanjut dan anak menunjukkan kemampuan aktifitas lebih banyak untuk bergerak, mengembangkan rasa ingin tahu, dan eksplorasi terhadap benda yang ada disekelilingnya. Dengan demikian bahaya atau resiko terjadi kecelakaan harus diwaspadai pada periode usia prasekolah ini. Orang tua perlu mendapatkan bimbingan antisipasi terhadap kemungkinan terjadinya bahaya atau ancaman kecelakaan tersebut.

### **2. Tumbuh dan Kembang Anak Pra sekolah**

Pertumbuhan masa prasekolah pada anak yaitu pada pertumbuhan fisik, khususnya berat badan mengalami kenaikan rata-rata pertahunnya

adalah 2 kg, kelihatan kurus akan tetapi aktivitas motoriknya tinggi, dimana sistem tubuh sudah mencapai kematangan, seperti berjalan, melompat, dan lain-lain. Sedangkan pada pertumbuhan tinggi badan anak kenaikannya rata-rata akan mencapai 6,75 sampai 7,5 cm setiap tahunnya (Hidayat, 2005).

### **3. Konsep Perkembangan Anak Prasekolah**

Perkembangan merupakan proses yang tidak akan berhenti. Masa prasekolah merupakan fase perkembangan individu dapat usia 2,5 sampai 5 tahun, perkembangan akan tetapi aktivitas motoriknya tinggi, dimana sistem tubuh sudah mencapai kematangan, seperti berjalan, melompat, dan lain-lain. Sedangkan pada pertumbuhan tinggi badan anak kenaikannya rata-rata akan mencapai 6,75 sampai 7,5 cm setiap tahunnya (Hidayat, 2005).

### **4. Teori Perkembangan Psikososial (Erikson)**

Menurut Sadock. Benjamin (2011), Teori perkembangan ini dikemukakan oleh Erikson yang mengemukakan bahwa perkembangan anak selalu dipengaruhi oleh motivasi sosial dan mencerminkan suatu keinginan untuk berhubungan dengan orang lain. Untuk mencapai kematangan kepribadian psikososial anak harus melewati beberapa tahap yaitu : tahap percaya dan tidak percaya (1-3 tahun), tahap kemandirian versus malu-malu (2-4 tahun), tahap *inisiatif versus rasa bersalah* (3-6 tahun), tahap terampil versus minder (6-12 tahun), tahap identitas versus kebingungan peran (12-18 tahun) (Wong, 2008). Dalam teori

perkembangan psikososial anak prasekolah termasuk dalam tahap perkembangan inisiatif versus rasa bersalah. Pada tahap ini anak mulai mencari pengalaman baru secara aktif. Apabila anak mendapat dukungan dari orang tuanya untuk mengeksplorasi keingintahuannya maka anak akan mengambil *inisiatif* untuk suatu tindakan yang akan dilakukan, tetapi bila dilarang atau dicegah maka akan tumbuh perasaan bersalah pada diri anak (Wong, 2008).

### **5. Tahap Perkembangan Anak Prasekolah**

Menurut Wong (2008), periode prasekolah dimulai dari usia 2,5-5 tahun periode ini dimulai dari waktu anak bergeraksambil berdiri sampai mereka masuk sekolah, dicirikan dengan aktivitas yang tinggi. Pada masa ini merupakan perkembangan fisik dan kepribadian yang pesat, kemampuan interaksi sosial lebih luas, memulai konsep diri, perkembangan motorik berlangsung terus menerus ditandai keterampilan motorik seperti berjalan, berlari dan melompat.

## **B. Kecemasan**

### **1. Pengertian Kecemasan**

Kecemasan menurut Stuart and Sundeen (2009) adalah respon emosional seseorang terhadap penilaian suatu obyek yang tidak spesifik. Cemas sangat berkaitan dengan suatu perasaan yang tidak pasti dan tidak berdaya. Kecemasan terjadi sebagai akibat dari ancaman terhadap harga diri atau identitas diri yang sangat mendasar bagi keberadaan individu.

Menurut Saddock dan Kaplan (2011) kecemasan adalah sesuatu yang bersifat subyektif, perasaan tidak spesifik, tidak tertentu, pengertian yang tidak jelas sehingga menimbulkan ketegangan yang dirasakan takut akan sesuatu atau merupakan suatu hukuman.

Kecemasan adalah suatu perasaan yang bersifat umum, seseorang merasa ketakutan atau kehilangan kepercayaan diri yang tak asal maupun wujudnya (Wiramihardja, 2005).

Dapat disimpulkan bahwa kecemasan adalah suatu perasaan seseorang yang tidak spesifik, tidak jelas dan tidak tentu sehingga menimbulkan ketegangan dan merasakan ketakutan yang tak jelas asal maupun wujudnya.

## **2. Respon Kecemasan**

Manifestasi gejala kecemasan yang dialami seseorang menurut Stuart (2009) sebagai berikut :

### **a. Respon Fisiologis**

- 1) Kardiovaskuler, responnya meliputi palpitasi, jantung berdebar, tekanan darah meningkat atau menurun, denyut nadi menurun dan rasa mau pingsan.
- 2) Pernafasan, responnya adalah nafas cepat atau pendek atau dangkal, tekanan pada dada, nafas dangkal dan terengah-engah.
- 3) Neuromuskuler, responnya meliputi reflek meningkat, mata berkedip-kedip, insomnia, gelisah, wajah tegang, rigiditas, tremor, kelemahan umum dan kaki goyah.

- 4) Gastro intestinal, responnya meliputi kehilangan nafsu makan, menolak makan, mual, muntah, rasa tidak nyaman pada abdomen, rasa terbakar pada jantung dan diare.
- 5) Traktus urinarius, responnya meliputi tidak dapat menahan kencing
- 6) Kulit, responnya meliputi, wajah kemerahan, berkeringat setempat terutama telapak tangan, rasa panas dan dingin, wajah pucat, dan berkeringat seluruh tubuh.

b. Respon Psikologis

- 1) Respon perilaku meliputi gelisah, ketegangan fisik, tremor, gugup, bicara cepat, kurang koordinasi, menarik diri dan menghindari masalah.
- 2) Respon kognitif meliputi perhatian terganggu, konsentrasi buruk, pelupa, salah dalam memberikan penilaian, hambatan berfikir, kreatifitas menurun, bingung, waspada, kehilangan obyektifitas, produktifitas menurun, takut pada gambaran visual dan takut cedera atau kematian.
- 3) Respon afektif meliputi mudah terganggu, tidak sabar, gelisah, nervus, ketakutan, gugup dan gelisah.

### 3. Tingkat kecemasan

Kemampuan individu untuk merespon terhadap suatu ancaman berbeda satu dengan yang lain. Tiap tingkatan kecemasan mempunyai manifestasi yang berbeda satusama lain. Menurut Stuart (2009), kecemasan dibagi menjadi 4 tingkatan, meliputi :

a) Kecemasan ringan

Berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari. Kekecewaan ini menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsinya. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreatifitas.

b) Kecemasan sedang

Memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Kecemasan ini mempersempit lapang persepsi individu dengan demikian individu tidak mengalami perhatian yang selektif namun dapat berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya.

c) Kecemasan berat

Sangat mempengaruhi lapang . persepsi individu. Individu cenderung berfokus pada suatu yang rinci dan spesifik serta tidak berfikir pada hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain.

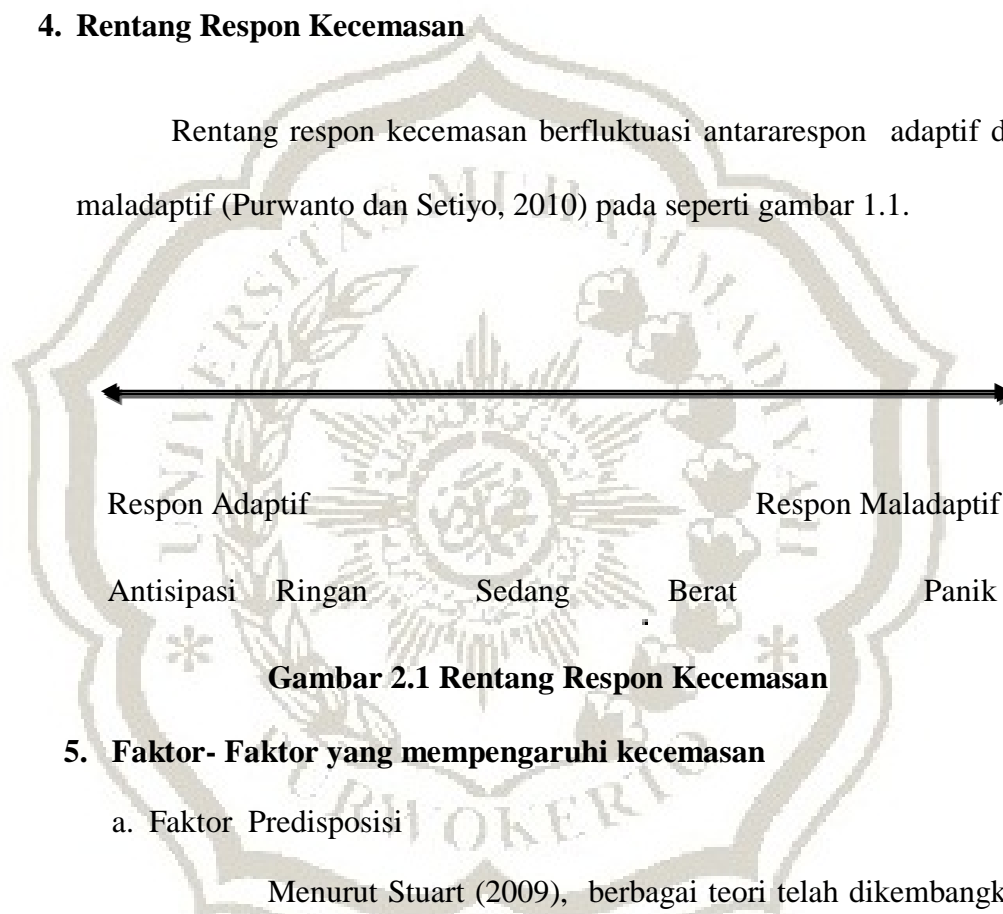
d) Tingkat panik

Ketakutan yang berhubungan dengan terperangah, takut, dan tremor. Hal yang rinci terhadap proposinya karena mengalami hilang kendali, individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Panik merupakan disorganisasi dan menimbulkan peningkatan aktifitas motorik, menurunnya kemampuan

untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpan dan kehilangan pemikiran yang rasional, tingkat kecemasan ini tidak sejalan dengan kehidupan, jika berlangsung terus dalam waktu yang lama, dapat terjadi kelelahan dan kematian.

#### 4. Rentang Respon Kecemasan

Rentang respon kecemasan berfluktuasi antara respon adaptif dan maladaptif (Purwanto dan Setiyo, 2010) pada seperti gambar 1.1.



**Gambar 2.1 Rentang Respon Kecemasan**

#### 5. Faktor- Faktor yang mempengaruhi kecemasan

##### a. Faktor Predisposisi

Menurut Stuart (2009), berbagai teori telah dikembangkan untuk menjelaskan faktor-faktor yang dapat menimbulkan kecemasan yang terdiri dari 4 faktor yaitu faktor pertama adalah faktor *psikoanalitis* yang merupakan bagian dari salah satu faktor psikologis yaitu cemas yang merupakan suatu konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian yaitu identitas dan superego. Identitas mewakili dorongan *insting* dan *impuls primitif*, sedangkan superego mencerminkan hati nurani dan

dikendalikan oleh norma budaya. Ego berfungsi menengaruhi tuntutan dari dua elemen yang bertentang tersebut, dan fungsi cemas adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.

Faktor kedua adalah interpersonal yaitu suatu kecemasan yang timbul dari perasaan takut terhadap ketidaksetujuan dan penolakan interpersonal. Cemas juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan yang menimbulkan kerentanan tertentu. Individu dengan harga diri rendah rentan mengalami cemas berat. Faktor ketiga adalah keluarga yaitu suatu keadaan atau kondisi yang dapat menimbulkan cemas yang terjadi dalam keluarga. Cemas juga tumpang tindih antara gangguan cemas dengan depresi. Faktor keempat yaitu faktor biologis yang merupakan suatu kajian biologis yang menunjukkan bahwa otak mengandung *reseptor* khusus untuk *benzodiazepine*, obat-obatan yang meningkatkan *neuroregulator inhibisi* asam *gamat-aminobutirat* (GAMA), yang berperan penting terhadap mekanisme biologis yang berhubungan dengan cemas. Kesehatan umum individu dan riwayat cemas pada keluarga memiliki efek nyata sebagai faktor penyebab cemas.

#### b. Faktor Presipitasi

Menurut Stuart (2009), beberapa faktor pencetus yang dapat menyebabkan terjadinya kecemasan adalah ancaman terhadap *integritas* fisik meliputi *disabilitas* fisiologi yang akan terjadi atau penurunan untuk melakukan kemampuan aktivitas sehari-hari yang meliputi dua hal yaitu dari sumber internal meliputi

kegagalan mekanisme fisiologi normal. Sumber eksternal meliputi paparan melalui infeksi virus dan bakteri, polutan lingkungan, kecelakaan, kekurangan nutrisi, tidak adekuatnya tempat tinggal.

Ancaman terhadap sistem diri yang dapat membahayakan identitas, harga diri, dan fungsi sosial yang terintegrasi pada diri individu dari sumber internal adalah kesulitan dalam berhubungan interpersonal di rumah dan tempat kerja, penyesuaian terhadap peran baru. Berbagai ancaman terhadap integritas fisik juga dapat mengancam harga diri, sedangkan dari sumber eksternal adalah kehilangan orang yang dicintai, perceraian, perubahan status pekerjaan, tekanan kelompok dan sosial budaya.

#### **6. Tanda dan Gejala Kecemasan**

Gejala-gejala psikologis adanya kecemasan bila ditinjau dari beberapa aspek antara lain pikiran, dimana keadaan pikiran yang tidak menentu, seperti khawatir, sukar konsentrasi, pikiran kosong, memandang diri sebagai sangat sensitif, dan merasa tidak berdaya. Reaksi biologis yang tidak dapat dikendalikan, seperti berkeringat, gemetar, pusing, jantung berdebar-debar, mual, dan mulut kering. Perilaku gelisah, keadaan diri yang tidak terkendali seperti gugup, kewaspadaan diri yang berlebihan, serta sangat sensitif. Motivasi yaitu dorongan untuk mencapai situasi, rasa ketergantungan yang tinggi, ingin melarikan diri, lari dari kenyataan (Mulyani, 2013). Menurut Hawari (2011) seorang akan mengalami gangguan cemas manakala seseorang tidak mampu mengatasi stressor psikososial yang dihadapinya. Secara klinis selain gejala cemas yang biasa, disertai

dengan kecemasan yang menyeluruh dan menetap (paling sedikit berlangsung selama 1 bulan) dengan 2 kategori gejala sebagai berikut :

- a) Rasa khawatir berlebihan tentang hal-hal yang akan datang (*apprehensive expectasion*) adalah cemas, khawatir, takut, berfikir berulang (*ruminaton*), membayangkan akan datangnya kemalangan pada dirinya maupun orang lain.
- b) Kewaspadaan berlebihan yaitu mengamati lingkungan secara berlebihan sehingga mengakibatkan perhatian mudah teralih, sukar konsentrasi, sukar tidur, mudah tersinggung dan tidak sabar.

## **7. Cara Mengukur Kecemasan pada anak pra sekolah**

### **a. HRS-A (*Hamilton Rating Scale Anxiety*)**

Guna mengetahui sejauh mana derajat kecemasan apakah ringan, sedang, berat, dan berat sekali menggunakan alat ukur (instrument) berbentuk kuesioner yang dikenal dengan nama *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HRS-A). HRS-A merupakan skala kecemasan yang sederhana, praktis, mudah, standar. Pada prinsipnya alat ukur ini terdiri dari 14 kelompok gejala yang masing-masing dirinci lagi dengan gejala-gejala yang lebih spesifik, yang terdiri dari : 1) perasaan cemas; 2) ketegangan; 3) ketakutan; 4) gangguan tidur; 5) gangguan kecerdasan; 6) perasaan depresi atau murung; 7) gejala somatic/fisik (otot); 8) gejala *somatic* fisik ( sensori); 9) gejala kardiovaskuler; dan 10) tingkah laku (sikap); masing-masing nilai (score) dari 14 kelompok tersebut dijumlahkan dan hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat kecemasan seseorang yaitu kurang dari 10 tidak ada kecemasan, skor 10-20 kecemasan ringan, skor 21-27 kecemasan sedang, 28-41 kecemasan

berat, skor 42-56 kecemasan berat sekali (Hawari, 2011, Hidayat, 2011).

b. T.MAS (*Taylor's Manifest Anxiety Scale*)

Alat yang digunakan untuk mengukur tingkat kecemasan melalui observasi yang disusun oleh Janet Taylor. Alat ini berisi 24 butir pertanyaan dan skor yang diperoleh antara 0-24 yaitu: 1) saya merasa tangan saya gemetar; 2) saya merasa tubuh saya berkeringat; 3) saya merasa nyeri; 4) merasa berdebar-debar; 5) saya merasa nafas saya tersengal-sengal; 6) saya merasa beban berat; 7) saya percaya diri bisa mengatasi semua ini; 8) saya merasa khawatir dengan keadaan saya saat ini; 9) saya merasa sulit berkonsentrasi; 10) saya khawatir terjadi hal yang tidak menyenangkan; 11) saya mudah tersinggung dengan ucapan petugas kesehatan; 12) saya merasa baik-baik saja meninggalkan teman-teman dan keluarga; 13) saya merasa tidak nyaman berada diruangan ini; 14) saya merasa tegang; 15) saya merasa takut tidak jelas; 16) saya merasa tidak sabar; 17) saya merasa mudah marah; 18) saya merasa tenang; 19) saya merasa gelisah; 20) saya merasa tidak nafsu makan; 21) saya bahagia dengan keadaan sekarang. Kategori cemas ringan jika skor < 6, cemas sedang pada jika skor 7-12, cemas berat jika skor 13-18 dan panik jika skor 19-24.

c. ZSRAS (*Zung self-rating anxiety scale*)

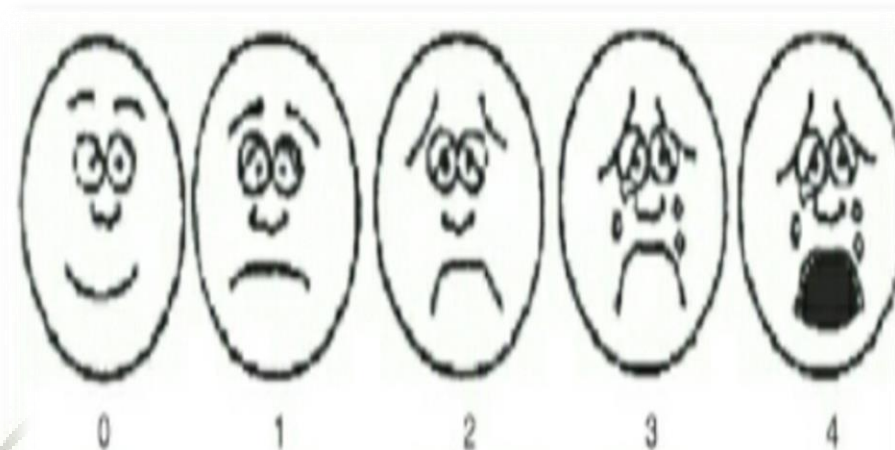
Kuesioner ini terdiri dari 20 pertanyaan yaitu sebagai berikut:

- 1) Saya merasa lebih gelisah dan gugup dari biasanya
- 2) Saya merasa takut tanpa sebab

- 3) Saya merasa mudah marah dan panik
- 4) Saya merasa lemah dan mudah lelah
- 5) Saya terganggu oleh sakit kepala, leher, dan punggung sakit
- 6) Saya merasa jantung berdebar-debar kencang
- 7) Saya merasa terganggu oleh pusing
- 8) Saya merasa dapat bernafas dengan mudah
- 9) Saya merasa mati rasa dan kesemutan di jari tangan dan kaki saya
- 10) Saya merasa sering berkemih
- 11) Tangan saya terbiasa hangat dan kering
- 12) Wajah saya terasa merah dan panas
- 13) Saya mudah tidur dan istirahat malam dengan baik
- 14) Saya sering mimpi buruk
- 15) Saya merasa sering terpisah dan remuk redam
- 16) Saya merasa semua baik-baik saja dan tidak ada yang buruk
- 17) Tangan dan kaki saya sering bergemetar
- 18) Saya merasa tenang dan dapat duduk dengan mudah
- 19) Saya merasa ingin pingsan
- 20) Saya merasa terganggu karena nyeri perut.

Penilaian skor antara 25-100 dengan kriteria cemas ringan pada skor 25-44, cemas sedang pada skor 45-59, cemas berat pada skor >75. Skala yang digunakan 1 jika tidak pernah, 2 jika kadang-kadang, dan 3 jika sering dan 4 jika selalu dialami.

d. *Faces Anxiety Scale (FAS)*



Tidak ada kecemasan	Cemas ringan	Cemas ringan	Cemas Sedang	Cemas ekstrim
---------------------	--------------	--------------	--------------	---------------

**Gambar 2.2** ekspresi wajah kecemasan pada anak

Skala tingkat kecemasan ini dikembangkan oleh McMurty (2016) untuk mengukur kecemasan pada pasien anak yang sedang menjalani tindakan medis. Anak-anak sering diminta untuk melaporkan kecemasan atau ketakutan sebelum dan selama prosedur tindakan medis yang menyakitkan dengan menunjukkan gambar dari skala kecemasan wajah. Dimana skala penelitian ini dinilai dengan skala penilaian terendah dari nilai 0 dan nilai tertinggi 4. Skor 0 dapat memberikan gambaran tidak ada kecemasan sama sekali, skor 1 menggambarkan kecemasan ringan, skor 2 menggambarkan kecemasan ringan-sedang, skor 3 menggambarkan adanya kecemasan sedang, skor 4 menggambarkan kecemasan yang ekstrim pada anak.

## C. Kecemasan Pada Anak Usia Prasekolah

### 1. Pengertian kecemasan Anak Pra sekolah

Hospitalisasi adalah suatu proses yang karena suatu alasan yang berencana atau darurat, mengharuskan anak untuk tinggal dirumah sakit, menjalani terapi dan perawatan sampai pemulangnya kembali ke rumah. Selama proses tersebut, anak dan orangtua dapat mengalami berbagai kejadian yang sangat *traumatic* dan penuh dengan stress (Supartini, 2004).

Sakit dan dirawat di rumah sakit menimbulkan krisis pada kehidupan anak, di rumah sakit anak harus menghadapi lingkungan yang asing, mengalami prosedur yang menimbulkan nyeri, bertemu dengan petugas kesehatan yang tidak mereka kenal, kehilangan kemandirian. Menurut (Hidayat, 2009) reaksi anak dalam mengatasi krisis saat dirawat di rumah sakit dipengaruhi oleh: 1) tingkat perkembangan usia, 2) pengalaman sebelumnya terhadap proses sakit dan dirawat, 3) sistem dukungan yang tersedia, 4) mekanisme koping dalam menangani stress

### 2. Reaksi anak usia prasekolah terhadap sakit

Menurut Supartini (2004) anak usia pra sekolah sumber stress yang utama adalah cemas akibat perpisahan. Respon perilaku anak sesuai dengan tahapannya, yaitu tahap protes, putus asa, dan pengingkaran. Pada tahap proses perilaku yang ditunjukkan adalah menangis kuat, menjerit memanggil orangtua atau menolak perhatian yang diberikan oleh orang lain. Pada tahap putus asa, perilaku yang akan ditunjukkan oleh anak adalah menangis berkurang, 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.

Kecemasan dalam diri anak dapat normal pada tahap perkembangan, menurut Whaley dan Wong, (2008). Kecemasan yang terjadi pada anak selama dirawat di rumah sakit terdapat dampak dari kecemasan antara lain:

a. Perpisahan

Respon terhadap perpisahan yang ditunjukkan anak adalah dengan menolak makan, sering bertanya, menangis, dan tidak kooperatif terhadap petugas kesehatan. Manifestasi cemas karena perpisahan terdiri dari 3 fase yaitu :

1) Fase protes

Pada fase ini anak akan menangis atau bahkan menjerit dan berteriak, sesekali mencari orangtuanya, meminta slalu bersama orangtuanya, menolak bertemu dengan orang yang tidak dikenalnya. Sikap protes seperti ini akan berlanjut dan akhirnya akan berhenti karena kelelahan fisik.

2) Fase putus asa

Pada fase ini menjadikan anak menjadi tidak aktif, tertekan dan sedih, menolak untuk makan, menarik diri, dan tidak mau berkomunikasi.

3) Fase penerimaan

Pada fase ini anak mulai menerima perpisahan dan mulai tertarik terhadap lingkungan sekitar, berinteraksi secara dangkal dengan orang lain dan mulai tampak gembira.

b. Kehilangan control

Perawatan dirumah sakit mengharuskan adanya pembatasan aktiifitas anak, sehingga anak merasa kehilangan kekuatan diri. Ketergantungan merupakan karakteristik dari peran sakit. Anak akan bereaksi terhadap ketergantungan dengan negative, terutama anak akan menjadi marah dan *agresif*. Jika ketergantungan dalam jangka waktu lama, maka anak akan kehilangan otonominya dan pada ahinya anak akan menarik diri dari hubungan *interpersonal* (Nursalam, 2005).

c. Luka pada tubuh dan sakit atau nyeri

Kecemasan terhadap luka pada tubuh dan rasa nyeri atau sakit biasanya terjadi pada anak-anak. Menurut Nursalam (2005), apabila dilakukan pemeriksaan telinga, mulut atau suhu pada anus akan membuat anak akan menjadi sangat cemas. Anak akan berespon terhadap nyeri dengan menyeringaikan wajah, menangis, mengatub gigi, mengigit bibir, membuka mata dengan lebar, melakukan tindakan agresif seperti menggigit, menendang, memukul atau berlari keluar.

**3. Reaksi keluarga terhadap anak yang sakit dan dirawat dirumah sakit menurut Nursalam (2005)**

a. Reaksi orangtua

Reaksi orangtua terhadap anaknya yang sakit dan dirawat di rumah sakit dipengaruhi oleh tingkat keseriusan penyakit anak, pengalaman sebelumnya terhadap sakit dan di rawat di rumah sakit, prosedur pengobatan, sistem pendukung yang tersedia, kekuatan egoindividu, kemampuan dalam penggunaan koping, dukungan dari keluarga,

kebudayaan dan kepercayaan, komunikasi dalam keluarga. Orangtua akan merasa menolak, takut, cemas, marah, depresi, dan frustrasi karena merasa merawat anaknya tidak benar sehingga jatuh sakit, keseriusan penyakit, prosedur medis dan kurangnya informasi mengenai prosedur dan pengobatan, atau tidak familiar dengan peraturan rumah sakit.

b. Reaksi saudara sekandung (sibling)

Reaksi saudara sekandung terhadap anak yang dirawat di rumah sakit adalah kesepian, ketakutan, marah, cemburu, benci. Orangtua seringkali mencurahkan perhatian yang lebih besar terhadap anak yang sakit dibandingkan dengan anak yang sehat. Hal ini akan menimbulkan perasaan cemburu pada anak yang sehat.

c. Penurunan peran pada anggota keluarga

Dampak dari perpisahan terhadap peran keluarga adalah kehilangan peran orangtua, saudara, dan anak cucu. Perhatian orangtua hanya tertuju pada anak yang sakit. Akibatnya, saudara-saudaranya yang lain menganggap bahwa hal tersebut tidak adil. Sakit akan membuat anak kehilangan kebersamaan mereka dengan anggota keluarga yang lain atau teman sekelompok.

**4. Tindakan keperawatan dalam mengatasi kecemasan anak dirumah sakit ( Supartini, 2004)**

Perawat memegang posisi penting untuk membantu orangtua menghadapi permasalahan yang berkaitan dengan perawatan anaknya di rumah sakit karena berada di samping pasien selama 24 jam dan fokus asuhan adalah peningkatan kesehatan anak melalui pemberdayaan

keluarga. Asuhan yang berpusat pada keluarga dan family centered care menjadi falsafah utama dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Fokus tindakan keperawatannya yaitu :

- a. Upaya untuk meminimalkan stress atau penyebab stress dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut :
  - (1) Modifikasi ruang perawatan yang bermuansa anak
  - (2) Mempertahankan kontak dengan kegiatan sekolah, dengan memfasilitasi pertemuan dengan guru dan teman sekolah
  - (3) Membuat jadwal kegiatan bermain
- b. Memaksimalkan manfaat hospitalisasi anak yaitu :
  - (1) Untuk meningkatkan kemampuan control diri dapat dilakukan dengan memberikan kesempatan pada anak mengambil keputusan
  - (2) Memfasilitasi anak untuk tetap menjaga sosialisasinya dengan sesama pasien yang ada, beri kesempatan untuk saling kenal dan membagi pengalaman
- c. Memberikan dukungan pada anggota keluarga lain dapat dilakukan dengan cara :
  - (1) Beri dukungan pada keluarga untuk mau tinggal dengan anak di rumah sakit
  - (2) Beri dukungan kepada untuk menerima kondisi anaknya dengan nilai-nilai yang diyakininya
  - (3) Memfasilitasi untuk menghadirkan saudara kandung anak apabila diperlukan keluarga.

## D. Family Centered Care

### 1. Definisi *Family centered care*

*Family-Centered Care* didefinisikan oleh *Association for the Care of Children's Health (ACCH)* sebagai filosofi dimana pemberi perawatan mementingkan dan melibatkan peran penting dari keluarga, dukungan keluarga akan membangun kekuatan, membantu untuk membuat suatu pilihan yang terbaik, dan meningkatkan pola normal yang ada dalam kesehariannya selama anak sakit dan menjalani penyembuhan (Shield, L., Pratt, J., Hunter, J. 2008).

### 2. Sejarah *Family-Centered Care*

Pada tahun 1987, ACCH mengidentifikasi adanya delapan element *Family-Centered Care* (Shelton, 1987) yang dikemukakan oleh C. Everest Koop dalam *Surgeon General's Report: Children With Special Health Care Needs* (U.S. Department of Health and Human Services, 1987). Sejak saat itu, definisi *Family-Centered Care* telah mendapatkan perhatian social dan cultural dari keluarga dan mendukung peran administrasi para staff. *Family-Centered Care* tidak hanya di peruntukkan pada standar praktik perawatan pada anak sakit tetapi juga didukung USA dengan tindakan yang dilakukan legislatifnya pada *Maternal Child Health Block Grant Amendments in the Omnibus Budget and Reconciliation Act of 1989, the Individuals with Disabilities Education Act, the Developmental*

*Disabilities Assistance and Bill of Rights Act, and the Mental Health Amendments of 1990 (Johnson, 1992).*

### **3. Alasan dilakukan Family-Centered Care yaitu :**

- (1) Membangun sistem kolaborasi daripada kontrol.
- (2) Berfokus pada kekuatan dan sumber-sumber keluarga daripada kelemahan keluarga
- (3) Mengakui keahlian keluarga dalam merawat anak seperti sebagaimana profesional
- (4) Membangun pemberdayaan daripada ketergantungan
- (5) Meningkatkan lebih banyak sharing informasi dengan pasien, keluarga dan pemberi pelayanan dari pada informasinya diketahui oleh profesional.
- (6) Menciptakan program yang fleksibel dan tidak kaku.

### **4. Elemen Family-Centered Care**

Sembilan element *Family centered care* yang teridentifikasi oleh ACCH (Shelton, 1987).

- (1) Keluarga dipandang sebagai unsur yang konstan sementara kehadiran profesi kesehatan fluktuatif
- (2) Memfasilitasi kolaborasi orang tua, profesional pada semua level perawatan kesehatan.

- (3) Meningkatkan kekuatan keluarga, dan mempertimbangkan metode-metode alternative dalam koping.
- (4) Memperjelas hal-hal yang kurang jelas dan informasi lebih komplit oleh orang tua tentang perawatan anaknya yang tepat.
- (5) Menimbulkan kelompok support antaraorang tua.
- (6) Mengerti dan memanfaatkan sistem pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan perkembangan bayi, anak, dewasa dan keluarganya.
- (7) Melaksanakan kebijakan dan program yang tepat, komprehensif meliputi dukungan emosional dan *financial* dalam memenuhi kebutuhan kesehatan keluarganya.
- (8) Menunjukkan desain transportasi perawatan kesehatan *fleksibel, accessible, dan responsive* terhadap kebtuhan pasien *implementasi* kebijakan dan program yang tepat komprehensif meliputi dukungan emosional dengan staff.
- (9) Keberhasilan dan pendekatan ini bergantung pada kesepakatan tim kesehatan untuk mendukung kerja sama yang aktif dari orangtua. Kesepakatan untuk menggunakan pendekatan *family centered care* tidak cukup hanya dari perawat, tetapi juga seluruh petugas kesehatan yang ada.

## 5. Konsep dari Family Centered Care

### a. Martabat dan kehormatan

Praktisi keperawatan mendengarkan dan menghormati pandangan dan benzodiazepine, obat-obatan yang meningkatkan *neuroregulator inhibisiasam gamat-aminobutirat* (GAMA), yang berperan penting terhadap mekanisme biologis yang berhubungan dengan cemas. Kesehatan umum individu dan riwayat cemas pada keluarga memiliki efek nyata sebagai faktor penyebab cemas.

### b. Berbagi informasi

Praktisi keperawatan berkomunikasi dan memberitahukan informasi yang berguna bagi pasien dan keluarga dengan benar dan tidak memihak kepada pasien dan keluarga. Pasien dan keluarga menerima informasi setiap waktu, lengkap, akurat agar dapat berpartisipasi dalam perawatan dan pengambilan keputusan.

### c. Partisipasi

Pasien dan keluarga termotivasi berpartisipasi dalam perawatan dan pengambilan keputusan sesuai dengan kesepakatan yang telah mereka buat.

### d. Kolaborasi

Pasien dan keluarga juga termasuk kedalam komponen dasar kolaborasi. Perawat berkolaborasi dengan pasien dan keluarga dalam pengambilan kebijakan dan pengembangan program, implementasi dan evaluasi, desain fasilitas kesehatan dan pendidikan profesional terutama dalam pemberian perawatan.

## 6. Fokus lama System-Centered care

(1) Konsep Keluarga dipertentangkan; (2) Definisi keluarga masih dipertentangkan; (3) Ketidakmampuan pasien dan keluarga; (4) Majunya teknologi dan biomedis, meletakkan nilai interaksi manusia dalam perawatan kesehatan pada posisi bawah; (5) dan digerakkan oleh sistem.

## 7. Fokus baru Family-Centered Care

(1) Menghormati; (2) Kekuatan; (3) Pilihan; (4) Fleksibel; (5) Informasi; (6) Support; (7) Kolaborasi; dan (8) Pemberdayaan.

## 8. Keuntungan dari Family centered care

Keuntungan *Family-Centered Care* sebagai *filosofi* dalam pemberi pelayanan dilaporkan dari berbagai *literature*. Dalam penerapan *family centered care*, kehidupan pasien ditingkatkan dengan memfasilitasi proses yang *adaptive* pada anak yang dirawat dirumah sakit dengan keluarganya. Komunikasi orang-tua dan pemberi pelayanan akan meningkat, sehingga kepuasan terhadap pelayanan terbentuk dari orang tua yang lebih merasa percaya diri, dan *kompeten* dalam memberikan perawatan pada anaknya. Meningkatkan *financial* dan hasil perawatan yang berkualitas juga merupakan keuntungan dari *family centered care* dengan terhindarnya lebih banyak uang untuk pembayaran perawatan jika tercipta kolaborasi antara keluarga dan pemberi pelayanan dalam perawatan anak. (Als et al. 1994; Buchlcr, Als, Duffy, McAnulty, & Liederman, 1995; Van Riper, 2001).

**9. Manfaat family centered care (Curley & Wallace, 1992; Johnson, Jeppson, dan Redburn, 2008, dalam Wong (2008):**

- a. Ketergantungan keluarga pada pemberi perawatan professional berkurang
- b. Biaya perawatan berkurang
- c. Para professional mengalami kepuasan kerja yang lebih besar
- d. Meminimalkan efek hospitalisasi pada anak dan orangtua
- e. Orangtua dan keluarga mendapat informasi tentang kondisi pengobatan dan program anak.

**10. Aplikasi family centered care**

Aplikasi *family centered care* (Kusumaningrum, 2010) harus melibatkan semua aspek dari kebijakan, fasilitas, dan perawat. Kebijakan terkait *family centered care* yaitu adanya jam kunjung, keluarga sebagai sumber kekuatan dan pendukung anak sangat ideal jika anak dapat didampingi selama 24 jam oleh orangtuanya. Dalam hal ini yang perlu diperhatikan adalah *visit time* orangtua dan waktu kunjung untuk saudara *sibling* perlu dibuat untuk memberikan support pada anak, tetapi harus memperhatikan prinsip *aseptic*. Konseling yang dilakukan tenaga kesehatan kepada orangtua dan anak, terkait prosedur dan kebijakan dan peraturan di rumah sakit sebelum anak dirawat dengan menghormati anak dan keluarga bahwa mereka punya hak untuk bertanya.

Melibatkan orangtua dan keluarga dalam perawatan anak akan memberikan pengalaman yang positif pada keluarga untuk merawat anak.

Pengaturan jadwal kegiatan untuk anak seperti yang dilakukan dirumah, seperti jam makan, bermain, istirahat, untuk membantu anak beradaptasi dan meningkatkan control diri. Memfasilitasi terbentuknya dukungan diantara orangtua dan anak, dukungan keluarga ke keluarga sehingga keluarga dapat bertukar pengalaman selama merawat anak. Menyediakan fasilitas penunjang seperti bed untuk penunggu, bangku untuk anak, ruangan dicat dengan warna yang menarik, menyediakan ruangan untuk bermain, ruangan konsultasi untuk orangtua untuk melakukan konsultasi dengan petugas kesehatan secara terbuka.

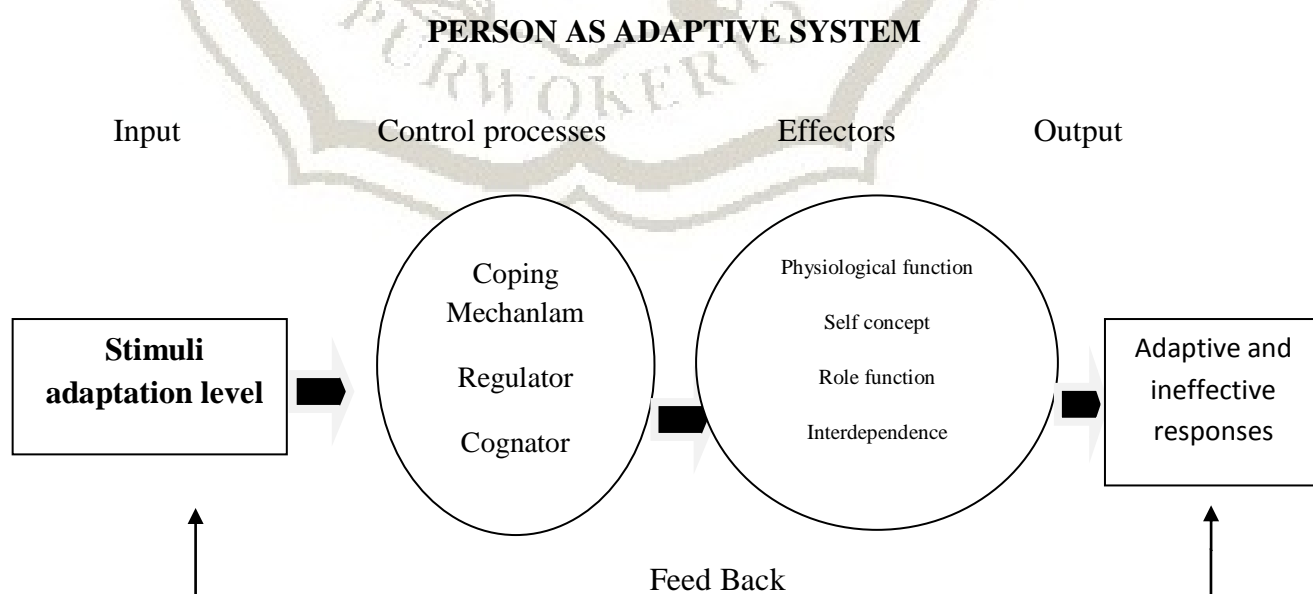
*The Children's Hospital of Philadelphia* sudah menerapkan *family centered care* di semua ruangan. Rumah sakit ini menyakinkan bahwa komunikasi antara tim klinik dan keluarga terjalin secara terbuka dan terus menerus sehingga informasi diberikan secara lengkap. Di ruang bayi dan NICU, pelayanan terhadap keluarga sebagai berikut:

- a. Pelayanan dukungan keluarga. Pelayanan dukungan keluarga ini meliputi bimbingan spiritual dan emosi dari rohaniawan, beberapa fasilitasnya adalah (dapur, tempat tidur, perpustakaan), staf spesialis laktasi yang akan memberikan dukungan laktasi dan perawatannya, pendidikan kesehatan serta tersediannya kelompok orangtua yang akan bertemu setiap minggu.
- b. Fasilitas ruangan keluarga. Fasilitas tersebut meliputi, ruang tunggu, ruang tidur keluarga yang memungkinkan untuk perawatan gabung,

ruang konsultasi, ruang dapur keluarga, ruang mandi keluarga dan ruang menyusui.

### E. Aplikasi Teori Keperawatan Calista Roy

Model adaptasi Roy menjadi petunjuk bagi perawat untuk menerapkan intervensi keperawatan dengan memperhatikan bahwa manusia selalu melalui proses adaptasi dalam mencapai setiap tahap perkembangannya. Pada anak usia prasekolah yang dirawat di rumah sakit juga mengalami proses adaptasi untuk mencapai kestabilan fisik, psikis, dan psikososial. Adaptasi adalah sebuah proses respon positif terhadap perubahan lingkungan (Tomey & Alligood, 2008). Respon adaptasi datang dari adanya stimulus dan level adaptasi. Stimulus berasal dari lingkungan *internal* dan *eksternal*. Level adaptasi dibentuk oleh dorongan tiga jenis stimulus yaitu : stimulus fokal, stimulus kontekstual dan stimulus residual. Aplikasi adaptasi Roy digambarkan sebagai berikut :



**Gambar 2.3 Kerangka Teori Sistem Adaptasi Roy (Tomey & Alligood, 2008)**

Pada keadaan ini anak usia prasekolah yang mengalami hospitalisasi, adaptasi dapat terjadi ketika individu merespon positif terhadap perubahan lingkungan. Respon adaptasi ini meningkatkan integritas individu yang menyebabkan sehat. Respon inefektif terhadap stimulus menyebabkan gangguan *integritas* seseorang. Adaptasi ini memerlukan waktu yang sangat lama, tergantung pada kondisi anak untuk dapat menyesuaikan diri dengan situasi baru. Empat fungsi model adaptasi menurut Roy yaitu :

1. Fungsi Fisiologis, komponen sistem adaptasi ini diantaranya, oksigenasi, nutrisi, eliminasi, aktifitas, dan istirahat, integritas kulit, indera, cairan, dan elektrolit, fungsi neurologis dan fungsi endokrin.
2. Konsep diri yang mempunyai pengertian seseorang mengenal pola-pola interaksi sosial dalam berhubungan dengan oranglain.
3. Fungsi peran merupakan proses penyesuaian yang berhubungan dengan peran seseorang dalam mengenal pola-pola interaksi sosial dalam berhubungan dengan oranglain.
4. Interdependen atau perubahan dalam mempertahankan keseimbangan antara kemandirian dan ketergantungan, merupakan kemampuan seseorang mengenal pola-pola tentang kasih sayang, cinta yang dilakukan melalui hubungan secara interpersonal pada tingkat individu atau kelompok.

Sistem adalah suatu kesatuan yang dihubungkan karena fungsinya sebagai kesatuan untuk beberapa tujuan dan adanya saling ketergantungan

dari setiap bagian-bagiannya. Menurut Roy (2009) sistem terdiri dari proses *input, output, control* dan umpan balik dengan penjelasan sebagai berikut :

### 1. Input

Input sebagai stimulus, merupakan suatu informasi dari lingkungan yang dapat menimbulkan respon. Stimulus dibagi dalam tiga komponen yaitu :

- a. Stimulus fokal, yaitu stimulus yang langsung berhadapan dengan seseorang (stimulus internal) dan efeknya segera. Pada anak yang sakit stimulus fokal berupa tindakan *infasif* yang dilakukan dan keadaan sakit yang dialami oleh anak.
- b. Stimulus *kontekstual*, yaitu semua stimulus lain yang dialami seseorang baik internal maupun *eksternal* (lingkungan, keluarga, teman, masyarakat, petugas kesehatan) yang mempengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur dan secara subyektif dilaporkan. Rangsangan ini muncul secara bersamaan yang dapat menimbulkan respon negative pada stimulus fokal. Pada anak yang sakit stimuli ini berupa lingkungan rumah sakit yang asing, petugas kesehatan, peralatan di rumah sakit.
- c. Stimulus residual, yaitu cirri-ciri tambahan yang ada dan relevan dengan situasi yang ada tetapi sukar untuk diobservasi meliputi kepercayaan, sikap, sifat individu berkembang sesuai pengalaman yang lalu, hal ini member proses belajar untuk toleransi.

## 2. Kontrol

Control bentuk mekanisme koping yang digunakan anak.

Mekanisme ini dibagi atas sebagai berikut :

- a. Subsistem regulator, mempunyai komponen *input-proses* dan *output*.

*Input stimulus* berupa *internal* dan *eksternal*, *transmitter regulators* sistem adalah kimia, *neural*, *endokrin*, yang merupakan respon fisiologis.

- b. Kognator, stimulus untuk sistem kognator dapat eksternal maupun internal. Perilaku output regulator subsistem dapat menjadi stimulus umpan balik untuk kognator subsistem. Kognator kontrol proses berhubungan dengan fungsi otak dalam memproses informasi, penilaian dan emosi. Selanjutnya berhasil tidaknya proses adaptasi pada anak dipengaruhi oleh umur, pengalaman dirawat, dukungan keluarga, kemampuan koping anak.

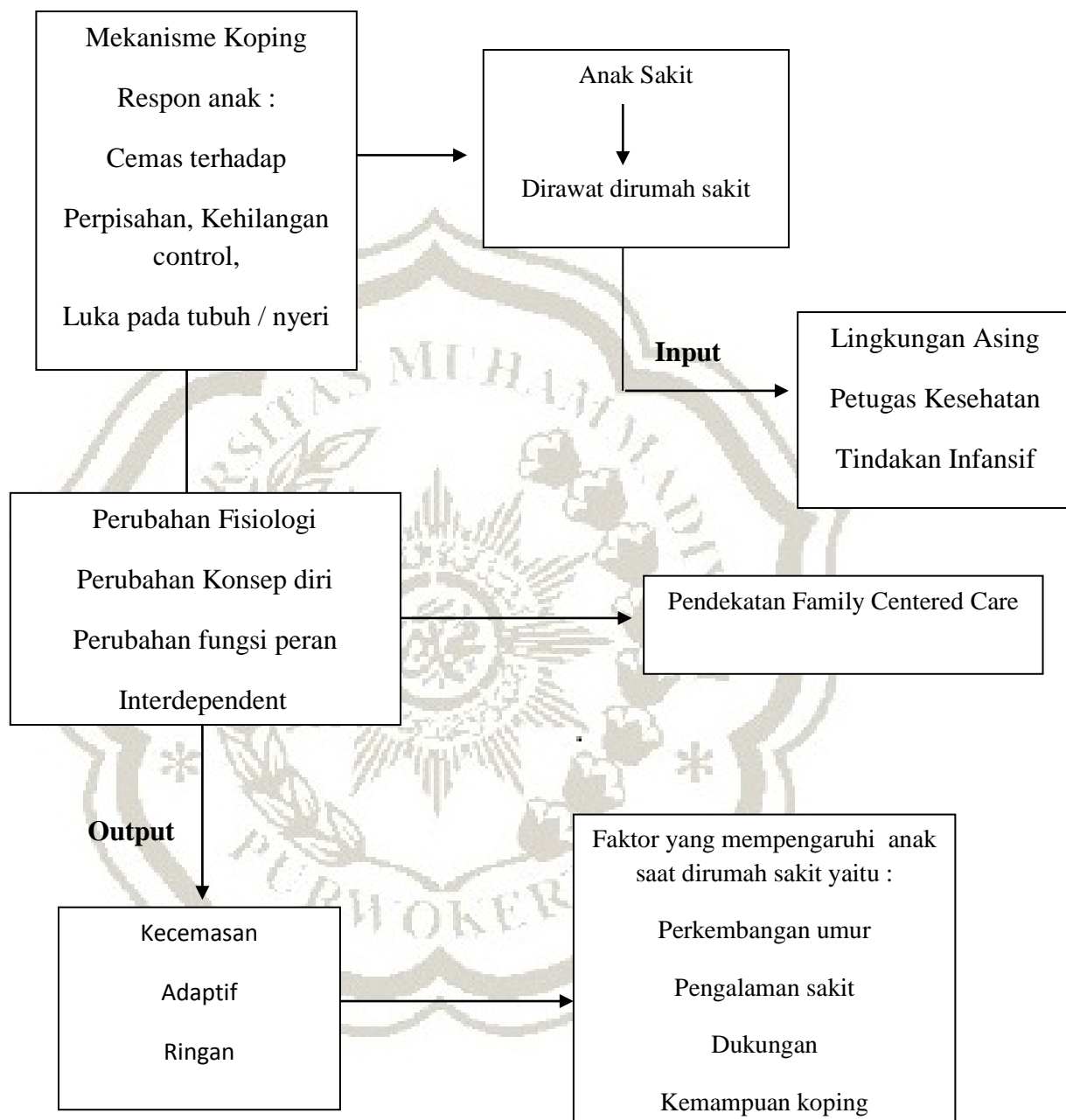
## 3. Output

Output dari suatu sistem adalah perilaku yang dapat diamati, diukur atau secara subyektif dapat dilaporkan baik berasal dari dalam maupun dari luar. Perilaku ini merupakan umpan balik untuk sistem, output pada sistem ini dapat berupa respon yang *adaptif* atau respon *mal adaptif*. Respon adaptif dapat meningkatkan *integritas* seseorang yang secara keseluruhan dapat terlihat bila seseorang tersebut mampu melaksanakan tujuan yang berkenaan dengan kelangsungan hidup,

perkembangan reproduksi dan keunggulan, sedangkan respon yang *inefektif* adalah perilaku yang tidak mendukung tujuan ini. Dalam *output* ini respon *adaptif* atau respon *mal adaptifnya* terdiri dari jenis dari kecemasan pada anak pra sekolah yaitu kecemasan ringan, sedang, berat, dan panik.



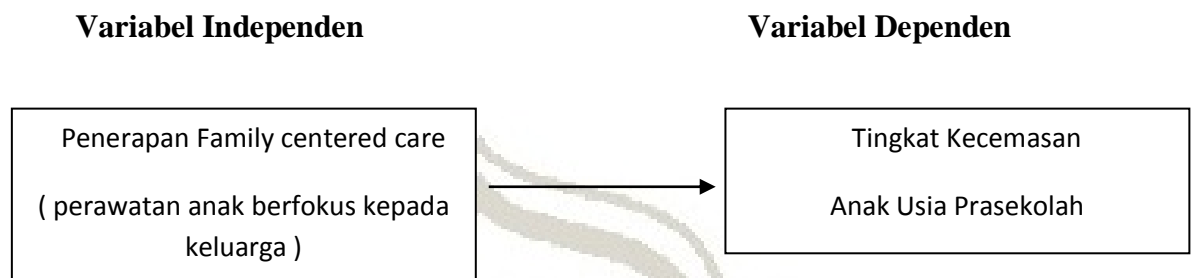
## F. Kerangka Teori Penelitian



**Gambar 2.4 Kerangka Teori**

Sumber : Stuart (2007); Wong (2008); Hockenbery (2007); Hidayat (2005); Supartini(2004); Walson (1979), dalam Tomey & Alligood (2006).

## G. Kerangka Konsep Penelitian



**Gambar 2.5 Kerangka Konsep Penelitian**

## H. Hipotesis Penelitian

Berdasarkan kerangka teori dan kerangka konsep diatas dapat dirumuskan suatu hipotesis penelitian yaitu :

Ada Hubungan penerapan *family centered care* terhadap penurunan kecemasan anak pra sekolah dirumah sakit RSUD. DR. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga.