

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Anak

1. Pengertian Anak

Anak adalah seseorang yang belum berumur 18 (delapan belas) tahun termasuk anak yang masih dalam kandungan (Undang-undang Perlindungan Anak No. 23 pasal 1 tahun 2002). Anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja. Masa anak merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang dimulai dari bayi (0-1) tahun, usia toddler (1-2,5) tahun, pra sekolah (2,5-5) tahun, usia sekolah (5-11) tahun, hingga remaja (11-18) tahun (Hidayat, 2005). Menurut Hockenberry & Wilson (2007) fase perkembangan anak terdiri atas fase prenatal (masa kehamilan sampai anak dilahirkan), fase neonatal (usia 0-28 hari), fase infant (usia 1-12 bulan), fase toddler (usia 1-3 tahun), fase prasekolah (usia 3-6 tahun), fase sekolah (6-12 tahun), dan fase remaja (usia 13-18 tahun).

2. Tahapan Perkembangan Anak

a. Bayi

1) Perkembangan psikososial

Menurut Erikson penanaman rasa percaya adalah hal yang sangat mendasar pada fase ini. Terbentuknya kepercayaan diperoleh dari hubungannya dengan orang tua dan asuhan yang diterima anak. Rasa percaya yang diperoleh selama bayi memberi

dasar untuk keberhasilan semua fase. Kepercayaan memberi bayi perasaan nyaman dan aman secara fisik, yang membantu mereka menghadapi situasi tidak dikenal dan tidak diketahui dengan rasa takut yang minimal (Wong, 2009).

2) Perkembangan kognitif

Menurut Piaget masa bayi merupakan tahap sensorimotor. Pada tahap ini, anak mengembangkan aktivitasnya dengan menunjukkan perilaku sederhana yang dilakukan berulang-ulang untuk meniru perilaku tertentu di lingkungannya. Jadi, perkembangan intelektual dipelajari melalui sensasi dan pergerakan (Wong, 2009).

3) Perkembangan sosial

Perkembangan sosial bayi pada awalnya dipengaruhi oleh perilaku refleksifnya, seperti mengenggam, dan pada akhirnya bergantung pada interaksi antara bayi dan pemberi asuhan utama. Menangis dan perilaku refleksif adalah metode untuk memenuhi kebutuhan bayi dalam periode neonatal dan senyum sosial merupakan langkah awal dalam komunikasi sosial. Bermain adalah agen sosialisasi utama dan memberikan stimulasi yang diperlukan untuk belajar dan berinteraksi dengan lingkungan (Wong, 2009).

b. Toddler

1) Perkembangan psikososial

Menurut Erikson tugas perkembangan pada masa *toddler* adalah menguasai sensasi autonomi sementara, sensasi ragu, dan

malu. Mereka menyadari keinginan dan kontrol mereka terhadap orang lain. Perkembangan otonomi berpusat pada kemampuan anak untuk mengontrol tubuh dan lingkungannya. Pada fase ini, anak akan meniru perilaku orang lain disekitarnya dan hal ini merupakan proses belajar. Sebaliknya, perasaan malu dan ragu akan timbul apabila anak dipaksa oleh orang tuanya atau orang dewasa lainnya untuk memilih atau berbuat sesuatu yang dikehendaki mereka (Wong, 2009).

2) Perkembangan kognitif

Menurut Piaget karakteristik utama perkembangan intelektual pada tahap ini adalah fase sensorimotor dan prakonseptual. Fase sensori motor (13-18 bulan) anak menngunkan percobaan yang aktif untuk mencaai tujuan yang sebelumnya belum tercapai. Fase prakonseptual (usia 2-3 tahun) anak lebih berpikir berdasarkan persepsi mereka terhadap suatu kejadian. Penyelesaian masalah didasarkan pada apa yang mereka lihat atau dengar secara langsung daripada benda atau kejadian yang mereka ingat (Wong, 2009).

3) Perkembangan sosial

Toddler memiliki pemahaman dan kesadaran tentang sifat permanen benda dan kemampuan untuk menahan kepuasan yang terlambat dan mentoleransi frustrasi tingkat sedang. Akibatnya, *toddler* akan beraksi terhadap orang asing secara berbeda dibandingkan bayi. Orang yang tidak dikenal tidak menimbulkan

ancaman yang cukup bermakna terhadap hubungan mereka dengan ibu (Wong, 2009).

c. Prasekolah

1) Perkembangan psikososial

Masa prasekolah antara usia 3 sampai 6 tahun merupakan periode perkembangan psikososial sebagai periode inisiatif versus rasa bersalah, yaitu anak mengembangkan keinginan dengan cara eksplorasi terhadap apa yang ada di sekelilingnya. Anak usia prasekolah adalah pelajar yang energik, antusias, dan memiliki imajinasi yang aktif, apabila orang tua tidak dapat menerima imajinasi dan aktifitasnya maka anak akan merasa bersalah. Keluarga merupakan orang terdekat bagi anak usia prasekolah (Muscari, 2005).

2) Perkembangan Kognitif

Perkembangan kognitif pada anak usia prasekolah (3 sampai 6 tahun) berada pada fase peralihan antara prakonseptual dan intuitif (Muscari, 2005). Pada fase prakonseptual (usia 2 sampai 4 tahun), anak membentuk konsep yang belum matang dan tidak logis dibandingkan dengan orang dewasa, membuat klasifikasi yang sederhana, menghubungkan satu kejadian dengan kejadian lain, dan mempunyai pikiran yang berorientasi pada diri sendiri. Pada fase intuitif (usia 5 sampai 7 tahun), anak menjadi mampu membuat klasifikasi, menjumlahkan, dan menghubungkan

objek-objek, tetapi tidak menyadari prinsip-prinsip di balik kegiatan tersebut. Anak menunjukkan proses berfikir intuitif (anak menyadari bahwa sesuatu adalah benar, tetapi ia tidak dapat mengatakan alasannya) (Muscari, 2005).

3) Perkembangan moral

Perkembangan moral anak usia prasekolah adalah adanya kemampuan untuk mengidentifikasi tingkah laku sehingga akan menghasilkan hukuman apabila tindakannya salah dan mendapat hadiah apabila tindakannya benar, serta dapat membedakan antara benar dan salah (Potter & Perry, 2009). Anak usia prasekolah berada pada tahap pra konvensional, yaitu munculnya perasaan bersalah dan menekankan pada pengendalian eksternal. Standar moral anak adalah apa yang ada pada orang lain, dan anak mengamati mereka untuk menghindari hukuman atau mendapatkan penghargaan (Muscari, 2005).

d. Sekolah

1) Perkembangan psikososial

Perkembangan psikososial anak sebagai periode laten dimana anak-anak membina hubungan dengan teman sebaya sesama jenis dan memulai ketertarikan pada lawan jenis. Interaksi sosial lebih luas dengan teman dan penerimaan dari kelompok akan membantu anak mempunyai konsep diri yang positif. Kemampuan anak untuk berinteraksi dengan teman dilingkungannya dapat

memfasilitasi perkembangan perasaan sukses (sense of industry). Anak usia sekolah mulai mengembangkan keterampilan dan berpartisipasi dalam pekerjaan yang berarti dan berguna secara sosial (Wong, 2009).

2) Perkembangan kognitif

Pada usia sekolah anak memiliki kemampuan untuk menghubungkan serangkaian kejadian untuk menghambatkan mental anak yang dapat diungkapkan secara verbal ataupun simbolik. Piaget menyatakan tahap ini sebagai operasional konkret, ketika anak mampu menggunakan proses berpikir untuk mengalami peristiwa dan tindakan. Anak mengembangkan pemahaman mengenai hubungan antara sesuatu hal dan ide. Anak mengalami kemajuan dari membuat penilaian berdasarkan apa yang mereka lihat sampai membuat penilaian berdasarkan alasan mereka (pemikiran konseptual) (Wong, 2009).

3) Perkembangan moral

Pada saat pola pikir anak berubah dari egosentrisme ke pola pikir yang lebih logis, mereka juga bergerak melalui tahap perkembangan kesadaran diri dan standar moral. Anak sekolah usia 6-7 tahun mempercayai bahwa apa yang orang lain katakan pada mereka untuk melakukan sesuatu adalah benar dan apa yang mereka pikirkan adalah salah. Oleh karena itu, anak usia 6-7 tahun kemungkinan menginterpretasikan kecelakaan dan

ketidakberuntungan sebagai hukuman kesalahan atau akibat tindakan “buruk” yang dilakukan anak. Anak usia sekolah yang lebih besar mampu menilai suatu tindakan berdasarkan niat dibandingkan akibat yang dirasakannya. Peraturan dan penilaian tidak lagi bersifat otoriter serta mulai berisi lebih banyak kebutuhan dan keinginan orang lain (Wong, 2009).

4) Perkembangan sosial

Salah satu agen sosialisasi terpenting dalam kehidupan anak usia adalah kelompok teman sebaya, selain orang tua dan sekolah. Kelompok teman sebaya memberi sejumlah hal yang penting kepada anggotanya. Melalui kelompok teman sebaya, anak belajar bagaimana menghadapi dominasi dan permusuhan, berhubungan dengan pemimpin dan pemegang kekuasaan, serta menggali ide-ide dan lingkungan fisik (Wong, 2009).

e. Perkembangan remaja (usia 13-18 tahun)

1) Perkembangan psikososial

Anak remaja mulai melihat dirinya sebagai individu yang berbeda, unik dan terpisah dari setiap individu yang lain. Mereka menunjukkan perannya dengan sangat dekat dengan kelompoknya, bergaul dan mengadopsi nilai kelompok dan lingkungannya, untuk dapat mengambil keputusannya sendiri (Wong, 2009).

2) Perkembangan Kognitif

Pada tahap ini remaja berada pada periode operasional formal, yaitu remaja tidak lagi dibatasi dengan kenyataan dan aktual yang merupakan ciri berpikir konkret, mereka juga memperhatikan terhadap kemungkinan peristiwa yang akan terjadi (Wong, 2009).

3) Perkembangan Moral

Anak usia remaja telah mampu membuat pilihan berdasar pada prinsip yang dimiliki dan diyakininya. Apapun tindakan yang diyakininya dipersepsikan suatu kebaikan. Keputusan mereka yang melibatkan dilema moral harus berdasarkan pada seperangkat prinsip-prinsip moral yang diyakini dan memberi mereka sumber untuk mengevaluasi tuntutan situasi dan merencanakan serangkaian tindakan yang konsisten dengan ide-ide mereka (Wong, 2009).

4) Perkembangan sosial

Masa remaja adalah masa dengan kemampuan bersosialisasi yang kuat dan sering kali merupakan suatu masa kesepian yang sama-sama kuat. Penerimaan oleh teman sebaya, beberapa teman dekat, dan jaminan rasa cinta dari keluarga yang mendukung merupakan syarat-syarat untuk proses kematangan interpersonal (Wong, 2009).

B. Reaksi Hospitalisasi

1. Hospitalisasi

Hospitalisasi merupakan suatu pengalaman yang penuh tekanan yang dialami oleh setiap individu (Asmadi, 2008). Wong (2009), menjelaskan bahwa hospitalisasi adalah keadaan krisis pada anak sakit dan dirawat di rumah sakit, sehingga harus beradaptasi dengan lingkungan rumah sakit. Hospitalisasi (rawat inap) pada pasien anak dapat menyebabkan kecemasan dan stres pada semua tingkatan usia. Penyebab dari kecemasan dipengaruhi oleh banyak faktor, baik faktor dari petugas (perawat, dokter, dan tenaga kesehatan lainnya), lingkungan baru maupun keluarga yang mendampingi selama perawatan (Susilaningrum, 2013). Kondisi cemas pada anak yang menjalani hospitalisasi merupakan masalah yang serius dan harus mendapat perhatian khusus (Supartini, 2004). Perubahan psikis terjadi dikarenakan adanya suatu tekanan atau krisis pada anak. Jika seorang anak di rawat di rumah sakit, maka anak tersebut akan mudah mengalami krisis yang disebabkan anak mengalami stres akibat perubahan baik terhadap status kesehatannya maupun lingkungannya dalam kebiasaan sehari-hari. Selain itu, anak mempunyai sejumlah keterbatasan dalam mekanisme koping untuk mengatasi masalah maupun kejadian-kejadian yang sifatnya menekan (Nursalam, Susilaningrum, dan Utami, 2005).

Beberapa faktor yang dapat menimbulkan stres ketika anak menjalani hospitalisasi seperti:

a. Faktor Lingkungan rumah sakit

Rumah sakit dapat menjadi suatu tempat yang menakutkan dilihat dari sudut pandang anak-anak. Suasana rumah sakit yang tidak familiar, wajah-wajah yang asing, berbagai macam bunyi dari mesin yang digunakan, dan bau yang khas, dapat menimbulkan kecemasan dan ketakutan baik bagi anak ataupun orang tua (Westwood, 2012 dalam Utami 2014).

b. Faktor Berpisah dengan orang yang sangat berarti

Berpisah dengan suasana rumah sendiri, benda-benda yang familiar digunakan sehari-hari, juga rutinitas yang biasa dilakukan dan juga berpisah dengan anggota keluarga lainnya (Pelander & Kilpi, 2010 dalam Utami 2014).

c. Faktor kurangnya informasi yang didapat anak dan orang tuanya ketika akan menjalani hospitalisasi.

Hal ini dimungkinkan mengingat proses hospitalisasi merupakan hal yang tidak umum di alami oleh semua orang. Proses ketika menjalani hospitalisasi juga merupakan hal yang rumit dengan berbagai prosedur yang dilakukan (Gordon dkk, 2010 dalam Utami 2014).

d. Faktor kehilangan kebebasan dan kemandirian

Aturan ataupun rutinitas rumah sakit, prosedur medis yang dijalani seperti tirah baring, pemasangan infus dan lain sebagainya

sangat mengganggu kebebasan dan kemandirian anak yang sedang dalam taraf perkembangan (Price & Gwin, 2005).

e. Faktor pengalaman yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan

Semakin sering seorang anak berhubungan dengan rumah sakit, maka semakin kecil bentuk kecemasan atau malah sebaliknya (Pelander & Kilpi, 2010 dalam Utami 2014).

f. Faktor perilaku atau interaksi dengan petugas rumah sakit

Khususnya perawat, mengingat anak masih memiliki keterbatasan dalam perkembangan kognitif, bahasa dan komunikasi. Perawat juga merasakan hal yang sama ketika berkomunikasi, berinteraksi dengan pasien anak yang menjadi sebuah tantangan, dan dibutuhkan sensitifitas yang tinggi serta lebih kompleks dibandingkan dengan pasien dewasa. Selain itu berkomunikasi dengan anak juga sangat dipengaruhi oleh usia anak, kemampuan kognitif, tingkah laku, kondisi fisik dan psikologis tahapan penyakit dan respon pengobatan (Pena & Juan, 2011 dalam Utami 2014).

2. Respon Anak ketika Menjalani Hospitalisasi

Hospitalisasi dapat dianggap sebagai suatu pengalaman yang mengancam dan merupakan sebuah stressor, serta dapat menimbulkan krisis bagi anak dan keluarga. Hal ini mungkin terjadi karena anak tidak memahami mengapa di rawat, stress dengan adanya perubahan akan status kesehatan, lingkungan dan kebiasaan sehari-hari dan keterbatasan mekanisme coping. Menurut Hidayat (2005) anak akan memberikan reaksi saat sakit dan mengalami proses hospitalisasi. Reaksi tersebut dipengaruhi

oleh tingkat perkembangan, pengalaman sebelumnya, *support system* dalam keluarga, ketrampilan koping dan berat ringannya penyakit.

Menurut Stuart & Sundeen, 1998 dalam Wong (2003) berbagai perasaan merupakan respons emosional seperti:

a. Cemas akibat Perpisahan

Kecemasan yang timbul merupakan respon emosional terhadap penilaian sesuatu yang berbahaya, berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya (Stuart & Sundeen, 1998). Menurut Wong (2003), Stres utama dari masa bayi pertengahan sampai usia prasekolah, terutama untuk anak-anak yang berusia 6 bulan sampai 30 bulan adalah kecemasan akibat perpisahan yang disebut sebagai depresi anaklitik. Pada kondisi cemas akibat perpisahan anak akan memberikan respon berupa perubahan perilaku. Manifestasi kecemasan yang timbul terbagi menjadi tiga fase yaitu:

1) fase protes (*phase of protest*)

Anak-anak bereaksi secara agresif dengan menangis dan berteriak memanggil orang tua, menarik perhatian agar orang lain tahu bahwa ia tidak ingin ditinggalkan orang tuanya serta menolak perhatian orang asing atau orang lain dan sulit ditenangkan.

2) fase putus asa (*phase of despair*)

Dimana tangisan akan berhenti dan muncul depresi yang terlihat adalah anak kurang begitu aktif, tidak tertarik untuk bermain atau terhadap makanan dan menarik diri dari orang lain.

3) fase menolak (*phase of denial*)

Merupakan fase terakhir yaitu fase pelepasan atau penyangkalan, dimana anak tampak mulai mampu menyesuaikan diri terhadap kehilangan, tertarik pada lingkungan sekitar, bermain dengan orang lain dan tampak membentuk hubungan baru, meskipun perilaku tersebut dilakukan merupakan hasil dari kepasrahan dan bukan merupakan kesenangan.

b. Kehilangan Kendali

Kurangnya kendali akan mengakibatkan persepsi ancaman dan dapat mempengaruhi ketrampilan coping anak-anak. Kehilangan kendali pada anak sangat beragam dan tergantung usia serta tingkat perkembangannya seperti:

1) Kehilangan kendali pada bayi

Bayi sedang mengembangkan ciri kepribadian sehat yang paling penting yaitu rasa percaya yang dibangun melalui pemberian kasih sayang secara terus menerus dari orang yang mengasuhnya. Bayi berusaha mengendalikan lingkungannya dengan ungkapan emosional seperti menangis dan tersenyum. Asuhan yang tidak konsisten dan penyimpangan dari rutinitas

harian bayi tersebut dapat menyebabkan rasa tidak percaya dan menurunkan rasa kendali (Wells dkk, 1994 dikutip oleh Wong, 2003)

2) Kehilangan kendali pada *Toddler*

Sesuai dengan teori Ericson dalam Price dan Gwin (2005) dalam Utami 2014, bahwa pada fase ini anak sedang mengembangkan kemampuan otonominya. Akibat sakit dan dirawat di rumah sakit, anak akan kehilangan kebebasan dalam mengembangkan otonominya. Keterbatasan aktifitas, kurangnya kemampuan untuk memilih dan perubahan rutinitas dan ritual akan menyebabkan anak merasa tidak berdaya. Toddler bergantung pada konsistensi dan familiaritas ritual harian guna memberikan stabilitas dan kendali selama masa pertumbuhan dan perkembangan. Area toddler dalam hal ritual mencakup makan, tidur, mandi, toileting dan bermain. Jika rutinitas tersebut terganggu, maka dapat terjadi kemunduran terhadap kemampuan yang sudah dicapai atau disebut dengan regresi (Wong, 2003).

3) Kehilangan kendali pada anak prasekolah

Anak usia prasekolah menerima keadaan masuk rumah sakit dengan rasa ketakutan. Jika anak sangat ketakutan, ia dapat menampilkan perilaku agresif, dari menggigit, menendang-nendang, bahkan berlari keluar ruangan. Selain itu ada sebagian

anak yang menganggapnya sebagai hukuman sehingga timbul perasaan malu dan bersalah, dipisahkan, merasa tidak aman dan kemandiriannya terhambat (Wong, 2003). Beberapa di antaranya akan menolak masuk rumah sakit dan secara terbuka menangis tidak mau dirawat. Ekspresi verbal yang ditampilkan seperti mengucapkan kata-kata marah, tidak mau bekerja sama dengan perawat, dan ketergantungan pada orang tua. Biasanya anak akan bertanya karena bingung dan tidak mengetahui keadaan di sekelilingnya. Selain itu, anak juga akan menangis, bingung, khususnya bila keluar darah atau mengalami nyeri pada anggota tubuhnya. Ditambah lagi, beberapa prosedur medis dapat membuat anak semakin takut, cemas, dan stres.

4) Kehilangan kendali pada anak sekolah

Banyak rutinitas di rumah sakit seperti tirah baring yang dipaksakan, penggunaan pispot, ketidakmampuan memilih menu, kurangnya privasi, kegiatan mandi di tempat tidur, penggunaan kursi roda atau brankar dapat menyebabkan ancaman dan kehilangan kendali pada anak sekolah (Wong, 2003). Akan tetapi jika anak-anak tersebut diizinkan memegang kendali dengan cara melibatkannya dalam setiap prosedur yang memungkinkan, mereka akan berespon dengan sangat baik terhadap prosedur apa pun. Hal ini biasanya terjadi akibat perasaan berguna dan

produktif untuk anak-anak yang sedang belajar "bertindak dewasa".

5) Kehilangan kendali pada remaja

Segala sesuatu yang mempengaruhi kemandirian, pengakuan diri, dan kebebasan dalam pencarian identitas diri pada remaja akan menimbulkan ancaman dan kehilangan kendali. Penyakit yang membatasi kemampuan fisik seseorang dan hospitalisasi yang memisahkan seseorang dari sistem pendukungnya merupakan krisis situasional yang utama. Remaja dapat bereaksi terhadap ketergantungan dengan penolakan, tidak mau bekerjasama atau menarik diri. Mereka dapat berespon terhadap depersonalisasi dengan pengakuan diri, marah atau frustrasi sehingga staf rumah sakit sering menganggap remaja sebagai pasien yang sulit dan tidak dapat diatur.

c. Cedera Tubuh dan Nyeri

Takut akan cedera pada tubuh dan nyeri sering terjadi diantara anak-anak. Berdasarkan hasil pengamatan, bila dilakukan pemeriksaan telinga, mulut, atau suhu pada anak akan membuat anak menjadi sangat cemas.

1) Reaksi Bayi terhadap Cedera Tubuh dan Nyeri

Respon bayi terhadap nyeri setelah lahir hampir serupa, meskipun terdapat keberagaman yang jelas dalam pengukuran distress terutama pada tangisan awal dan frekuensi jantung, yang

dapat menurun pada beberapa bayi. Indikator distress yang paling konsisten adalah ekspresi wajah terhadap ketidaknyamanan. Gerakan tubuh termasuk menggeliat, menyentak dan memukul-mukul (Tamowski & Brown, 1995 dikutip oleh Wong, 2003). Bayi yang berusia kurang dari 6 bulan tampak tidak memiliki ingatan yang nyata tentang pengalaman nyeri sebelumnya. Sedangkan bayi yang lebih tua bereaksi lebih intens, disertai resistensi fisik dan tidak kooperatif. Mereka menolak berbaring diam, berusaha mendorong orang tersebut agar menjauh, atau mencoba melarikan diri dengan aktifitas motorik apa pun yang telah mereka capai.

2) Reaksi *Toddler* Cedera Tubuh dan Nyeri

Pemahaman *toddler* tentang citra tubuh, terutama definisi batasan tubuh, perkembangannya masih sangat buruk. Pengalaman intrusif seperti pemeriksaan telinga atau mulut atau pemeriksaan suhu rektal merupakan prosedur yang sangat mencemaskan dan *toddler* bereaksi sama kerasnya dengan prosedur yang menyakitkan. Secara umum, anak dalam kelompok usia ini terus bereaksi dengan kemarahan emosional yang kuat dan resistensi fisik terhadap pengalaman nyeri baik yang aktual maupun yang dirasakan. Perilaku yang mengindikasikan nyeri antara lain, meringis kesakitan, mengatupkan gigi dan atau bibir, membuka mata lebarlebar, mengguncang-guncang, menggosok-

gosok, dan bertindak agresif, seperti menggigit, menendang, memukul, atau melarikan diri. Tidak seperti orang dewasa yang biasanya mengurangi aktifitasnya pada saat nyeri, anak-anak cenderung lebih gelisah dan sangat aktif, seringkali respon ini tidak diketahui sebagai akibat dari nyeri. Di akhir periode ini, *toddler* biasanya mampu mengkomunikasikan nyeri dengan cara menunjuk area spesifik nyeri yang mereka rasakan, meskipun begitu anak belum mampu menggambarkan jenis dan intensitas nyeri.

3) Reaksi Anak Pra Usia Sekolah terhadap Cedera Tubuh dan Nyeri

Anak pra usia sekolah sulit membedakan antara kenyataan dan khayalan, dimana mereka percaya bahwa sakit yang alami disebabkan pikiran atau tindakannya sendiri. Perasaan bersalah timbul ketika mengalami suatu kecelakaan yang akibat kelalaian seperti ketika terjatuh atau terbakar. Pemikirannya mereka difokuskan pada kejadian eksternal yang dirasakan dan kausalita dibuat berdasarkan kedekatan antara dua kejadian. Akibatnya, anak-anak mendefinisikan penyakit berdasarkan apa yang diberitahukan atau bukti eksternal yang diberikan, seperti "Kamu sakit karena kamu menderita demam". Prosedur intrusif, baik yang menimbulkan nyeri maupun yang tidak merupakan ancaman bagi anak prasekolah yang konsep integritas tubuhnya belum berkembang baik. Mereka bereaksi terhadap injeksi sama

khawatirnya dengan nyeri saat jarum dicabut dan takut intrusi atau pungsi pada tubuh tidak akan menutup kembali dan "isi tubuh" mereka akan keluar.

Reaksi terhadap nyeri cenderung sama dengan reaksi anak usia *toddler*, akan tetapi anak usia pra sekolah memiliki respon yang lebih baik ketika diberikan penjelasan dan distraksi terhadap prosedur yang dilakukan. Pada umumnya anak berespon dengan mendorong orang yang akan melakukan prosedur agar menjauh, mencoba mengamankan peralatan atau berusaha mengunci diri di tempat yang aman. Mereka lebih banyak memikirkan untuk menyerang dan melarikan diri. Ekspresi verbal anak usia pra sekolah menunjukkan kemajuan dalam berespon terhadap stres. Anak dapat menganiaya perawat secara verbal dengan mengatakan "Pergi dari sini" atau "Saya benci kamu". Anak juga menggunakan pendekatan yang cerdas untuk mempengaruhi orang agar menyerah dalam melakukan prosedur. Permintaan yang banyak digunakan adalah, "Tolong saya jangan disuntik; Saya akan bersikap baik bila tidak disuntik". Anak pra sekolah dapat menunjukkan letak nyeri mereka dan dapat menggunakan skala nyeri dengan yang tepat.

4) Reaksi Anak Usia Sekolah terhadap Cedera Tubuh dan Nyeri

Ketakutan mendasar terhadap sifat fisik dasar penyakit timbul pada saat anak usia sekolah tidak begitu khawatir terhadap

nyeri jika dibandingkan dengan disabilitas, pemulihan yang tidak pasti atau kemungkinan kematian. Anak usia sekolah mulai menunjukkan kekhawatiran terhadap:

- a) kemungkinan efek prosedur yang dilakukan
- b) tahu apakah prosedur tersebut akan menyakitkan atau tidak
- c) untuk apa dan bagaimana prosedur tersebut dapat membuat mereka lebih baik dan cedera atau bahaya apa yang dapat terjadi seperti contoh tindakan anestesi, dimana anak usia prasekolah takut terhadap masker atau lingkungan yang asing sedangkan anak usia sekolah merasa takut terhadap apa yang akan terjadi pada saat mereka tidur, apakah mereka akan bangun kembali dan apakah mereka akan mati.

Anak usia sekolah mampu mengkomunikasikan secara verbal nyeri yang mereka alami berkaitan dengan letak, intensitas dan deskripsinya. Secara umum, mereka telah mempelajari coping menghadapi nyeri seperti berpegangan erat, mengepalkan tangan atau mengatupkan gigi atau mencoba bertindak berani dengan meringis atau berteriak. Pada anak yang berusia di atas 8 tahun sudah mampu menggambarkan nyeri dengan berbagai kata atau frase seperti, menyakitkan, luka, terbakar, tersengat, sakit dan seperti pisau tajam (Tesler dkk, 1991 dikutip oleh Wong, 2003). Anak usia sekolah juga menggunakan kata-kata untuk mengendalikan reaksi mereka terhadap nyeri. Mereka dapat

meminta perawat untuk berbicara dengannya selama prosedur, sebagian memilih berpartisipasi selama prosedur, ada yang memilih menjauhkan diri dengan tidak melihat pada apa yang sedang terjadi. Sebagian besar menghargai penjelasan prosedur yang diberikan dan tampak tidak begitu takut jika mereka mengetahui apa yang akan terjadi dan sebaliknya anak yang lain berusaha untuk mendapatkan kendali dengan berupaya menunda kejadian tersebut.

5) Reaksi Anak Usia Remaja terhadap Cedera Tubuh dan Nyeri

Meskipun perkembangan citra tubuh dimulai pada saat lahir, namun relevansinya memuncak selama masa remaja. Perubahan apapun yang membedakan remaja dari teman sebayanya dianggap sebagai suatu tragedi besar. Oleh karena itu sifat cedera tubuh dalam persepsi remaja tentang penyakit dianggap lebih penting dibandingkan tingkat keparahan. Citra tubuh remaja yang berubah dengan cepat membuat mereka sangat khawatir terhadap abnormalitas yang dapat disebabkan oleh penyakit yang diderita. Mengajukan banyak pertanyaan, menarik diri, menolak orang lain, atau mempertanyakan keadekuatan perawatan merupakan respon terhadap kekhawatiran tersebut. Mereka juga terkadang bersikap terlalu percaya diri, sombong dan sok tahu sebagai manifestasi dari kehilangan kendali dan perubahan citra tubuh. Perubahan seksual menyebabkan remaja sangat khawatir tentang privasi. Hal ini menjadi stres yang sangat

besar daripada nyeri fisik. Remaja juga aktif mencari informasi terkait perkembangan normal dan sesuai dengan standar. Jika menderita suatu penyakit, mereka takut pertumbuhan mereka akan mengalami kemunduran, sehingga mereka tertinggal dari teman-teman sebayanya.

Remaja sudah memiliki pengendalian diri yang lebih baik ketika berespon terhadap nyeri. Resistensi dan agresi fisik berkurang pada usia ini kecuali jika remaja tersebut tidak disiapkan secara total untuk menghadapi prosedur. Sejalan dengan perkembangan kognitif, remaja sudah mampu menggambarkan pengalaman nyeri yang dirasakan dan menggunakan alat pengkajian nyeri untuk orang dewasa. Akan tetapi remaja terkadang merasa enggan mengungkapkan nyeri mereka sehingga mengharuskan perawat untuk mendengarkan keluhan dengan cermat dan mengobservasi tanda-tanda fisik seperti keterbatasan gerak, ketenangan yang berlebihan atau iritabilitas.

3. Respon Keluarga terhadap Hospitalisasi

a. Respon Orang Tua

Beberapa penelitian menunjukkan, orang tua merasakan kecemasan yang tinggi terutama ketika pertama kali anaknya dirawat di RS, orang tua yang kurang mendapat dukungan emosi dan sosial keluarga, kerabat dan petugas kesehatan dan saat orang tua mendengar

keputusan dokter tentang diagnosa penyakit anaknya (Frieddman, 1997 dalam Utami 2014). Reaksi orang tua terhadap penyakit anak sangat bergantung kepada keberagaman faktor-faktor yang mempengaruhinya antara lain: (1) keseriusan ancaman terhadap anak, (2) pengalaman sebelumnya dengan sakit atau hospitalisasi, (3) prosedur medis yang terlibat dalam diagnosis dan pengobatan, (4) sistem pendukung yang ada, (5) kekuatan ego pribadi, (6) kemampuan koping sebelumnya, (7) stres tambahan pada sistem keluarga, (8) keyakinan budaya dan agama, serta (9) pola komunikasi di antara anggota keluarga (Wong, 2003).

b. Respon *sibling*

Sibling sangat terpengaruh dalam menghadapi anggota keluarga yang sedang di rawat dirumah sakit. *Sibling* akan merasa cemburu, marah, benci, iri dan merasa bersalah. Hal tersebut dikarenakan secara tiba-tiba perhatian keluarga sedang tertuju kepada saudaranya yang sakit sehingga *sibling* akan merasa terabaikan. Berdasarkan pengalaman 45 *sibling* yang dikaji persepsinya, mereka mengalami stres yang sama tingkatannya dengan stres pada anak yang menjalani hospitalisasi. Untuk mengatasi hal ini, perawat dapat membantu orang tua mengidentifikasi dan memenuhi kebutuhan *sibling* antara lain: (1) memberikan informasi tentang kondisi penyakit saudara kandung dan sejauh mana perkembangannya, (2) membiarkan *sibling* untuk mengunjungi saudaranya yang dirawat, (3) anjuran

untuk memberikan perhatian seperti membuat gambar atau kartu serta (4) menelpon saudaranya yang dirawat, membiarkan sibling untuk terlibat dalam perawatan saudara kandung semampunya (Price dan Gwin, 2005 dalam Utami 2014).

4. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Reaksi Anak Terhadap Sakit Dan Hospitalisasi

a. Perkembangan usia

Reaksi anak terhadap sakit berbeda-beda sesuai tingkat perkembangan anak (Supartini, 2004). Pada anak usia sekolah reaksi perpisahan adalah kecemasan karena berpisah dengan orang tua dan kelompok sosialnya. Pasien anak usia sekolah umumnya takut pada dokter dan perawat (Ngastiyah, 2005).

b. Pola asuh keluarga

Pola asuh keluarga yang terlalu protektif dan selalu memanjakan anak juga dapat mempengaruhi reaksi takut dan cemas anak dirawat di rumah sakit. Beda dengan keluarga yang suka memandirikan anak untuk aktivitas sehari-hari anak akan lebih kooperatif bila dirumah sakit (Supartini, 2004).

c. Keluarga

Keluarga yang terlalu khawatir atau stres anaknya yang dirawat di rumah sakit akan menyebabkan anak menjadi semakin stress dan takut. (Supartini, 2004).

d. Pengalaman dirawat di rumah sakit sebelumnya

Apabila anak pernah mengalami pengalaman tidak menyenangkan dirawat di rumah sakit sebelumnya akan menyebabkan anak takut dan trauma. Sebaliknya apabila anak dirawat di rumah sakit mendapatkan perawatan yang baik dan menyenangkan anak akan lebih kooperatif pada perawat dan dokter (Supartini, 2004).

e. *Support System* yang tersedia

Anak mencari dukungan yang ada dari orang lain untuk melepaskan tekanan akibat penyakit yang dideritanya. Anak biasanya akan minta dukungan kepada orang terdekat dengannya misalnya orang tua atau saudaranya. Perilaku ini biasanya ditandai dengan permintaan anak untuk ditunggu selama dirawat di rumah sakit, didampingi saat dilakukan treatment padanya, minta dipeluk saat merasa takut dan cemas bahkan saat merasa kesakitan. (Supartini, 2004).

f. Keterampilan koping dalam menangani stressor

Apabila mekanisme koping anak baik dalam menerima dia harus dirawat di rumah sakit, akan lebih kooperatif anak tersebut dalam menjalani perawatan di rumah sakit (Supartini, 2004).

5. Dampak Hospitalisasi

Sakit dan dirawat di rumah sakit merupakan krisis utama yang terjadi pada anak. Ketika anak dirawat di rumah sakit, mereka akan mudah mengalami stres akibat adanya perubahan dari segi status kesehatannya maupun lingkungannya dalam kebiasaan mereka sehari-

hari dan disebabkan juga karena anak memiliki keterbatasan coping dalam mengatasi masalah yang bersifat menekan. Anak juga akan mengalami gangguan emosional dan gangguan perkembangan saat menjalani hospitalisasi (Utami, 2014).

Anak-anak dapat bereaksi terhadap stres hospitalisasi sebelum mereka masuk, selama hospitalisasi, dan setelah pemulangan. Konsep sakit yang dimiliki anak bahkan lebih penting dibandingkan usia dan kematangan intelektual dalam memperkirakan tingkat kecemasan sebelum hospitalisasi (Wong, 2003).

6. Keuntungan Hospitalisasi

Meskipun hospitalisasi dapat dan biasa menimbulkan stres bagi anak-anak, tetapi hospitalisasi juga bermanfaat. Manfaat yang paling nyata adalah pulih dari sakit, tetapi hospitalisasi juga dapat memberi kesempatan pada anak-anak untuk mengatasi stres dan merasa kompeten dalam kemampuan coping mereka.

C. Nebulizer

1. Pengertian

Nebulizer merupakan salah satu terapi inhalasi. Terapi inhalasi adalah sistem pemberian obat dalam bentuk partikel aerosol melalui saluran napas dengan cara menghirup obat dengan bantuan alat tertentu. *Nebulizer* adalah suatu jenis cara inhalasi dengan menggunakan alat pemecah obat untuk menjadi bagian-bagian seperti hujan/uap untuk dihisap (Harris, 2006). *Nebulizer* adalah merupakan suatu alat

pengobatan dengan cara pemberian obat-obatan dengan penghirupan, setelah obata-obatan tersebut terlebih dahulu dipecahkan menjadi partikel-partikel yang lebih kecil melalui cara aerosol atau humidifikasi (Muttaqin, 2014).

2. Tujuan

Nebulizer sebagai bronkodilator, terapi ini memberikan *onset* yang lebih cepat dibandingkan obat *oral* atau *intravena*. Terapi inhalasi pertama kali ditujukan untuk target sasaran di saluran napas. Terapi ini lebih efektif, kerjanya lebih cepat dan dosis obat lebih kecil, sehingga efek samping ke orang lain lebih sedikit. Sebanyak 20-30% obat akan masuk di saluran napas dan paru, sedangkan 2-5% mungkin akan mengendap di mulut dan tenggorokan (Harris, 2006). *Nebulizer* bertujuan mengurangi sesak pada penderita asma, untuk mengencerkan dahak, bronkospasme berkurang atau menghilang. *Nebulizer* bukan hanya untuk sesak nafas atau asma, pengobatan dengan uap dapat membantu mengeluarkan lendir (riak) dari tenggorokan dan membersihkan saluran pernafasan akibat polusi udara atau rokok. *Nebulizer* dapat digunakan dari bayi sampai manula. Perlu diperhatikan bahwa jenis dan dosis obat yang harus sesuai dengan petunjuk dokter (Tanjung, 2005).

3. Mekanisme Kerja Nebulizer

Menurut Tanjung (2005), alat *nebulizer* mengubah cairan (obat) menjadi aerosol, merupakan suspensi berbentuk padat atau cair dalam bentuk gas dengan tujuan untuk menghantarkan obat ke target organ

dengan efek samping minimal dan dengan keamanan dan efektivitas yang tinggi. *Nebulizer* menggunakan mekanisme Hukum Brown yaitu Impaksi, Sedimentasi dan Difusi. Impaksi adalah membentur dan menempelnya partikel obat pada mukosa bronkus yang terjadi karena pergerakan udara melalui inspirasi dan ekspirasi, sedimentasi adalah sampainya partikel pada mukosa bronkus karena mengikuti efek gravitasi. Ukuran partikel berkisar antara 0,01 mikron sampai 100 mikron. Penyebaran partikel obat akan tergantung kepada besaran mikronnya; partikel dengan ukuran 5-10 mikron akan menempel pada orofaring, 2-5 mikron pada trakeobronkial sedangkan partikel <1 mikron akan keluar dari saluran napas bersama proses ekspirasi (Chrystin, 2005).

4. Indikasi dan Kontraindikasi Nebulizer

Tujuan pemberian *nebulizer* untuk mengurangi sesak, mengencerkan dahak (meningkatkan produksi sekret) dan dapat mengurangi atau menghilangkan bronkospasma. Terapi *nebulizer* diindikasikan untuk penderita gangguan saluran napas.

Kontraindikasi terapi nebulisasi adalah pada pasien dengan hipertensi, takikardi, riwayat alergi, trakeotomi, fraktur di daerah hidung (Harris, 2006).

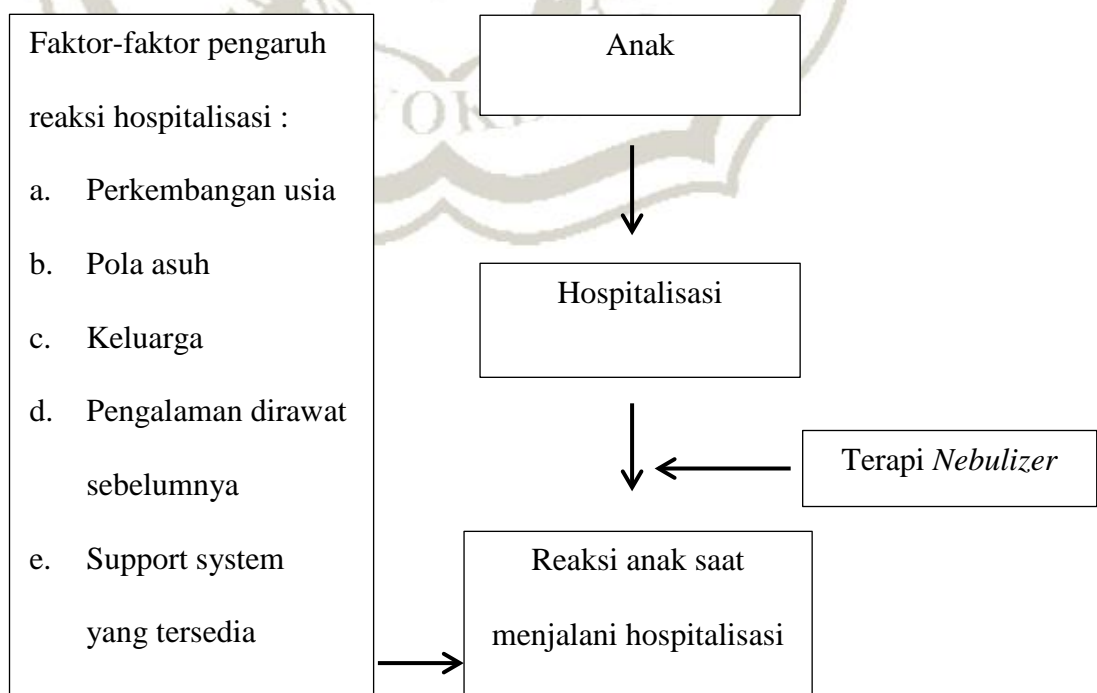
5. Cara Penggunaan

Alat terapi inhalasi *nebulizer* harus terus dijaga kebersihannya untuk menghindari pertumbuhan mikroba dan kemungkinan adanya

infeksi. Sebaiknya alat *nebulizer* dicuci setiap selesai digunakan atau sedikitnya sekali sehari. Instruksi dari pabrik pembuatnya harus diikuti secara benar untuk menghindari kerusakan plastik pembungkusnya (Ikawati, 2007). Kelebihan terapi inhalasi menggunakan *nebulizer* adalah tidak atau sedikit memerlukan koordinasi pasien, hanya memerlukan pernapasan tidal, dan didalamnya terdapat campuran dari beberapa jenis obat (misalnya salbutamol dan ipratropium bromida). Kekurangannya adalah alat ini cukup besar sehingga kurang praktis, memerlukan sumber listrik, dan relatif mahal (Rahajoe, 2008). Berikut cara penggunaan *nebulizer* yaitu:

- a. Selalu cuci tangan sebelum menyiapkan obat untuk penggunaan *nebulizer*
- b. Membuka tutup tabung obat *nebulizer*, mengukur dosis obat dengan benar
- c. Memasukkan obat ke dalam tabung *nebulizer*
- d. Menghubungkan selang dari masker uap atau *mouthpiece* pada kompresor *nebulizer*
- e. Mengenakan masker uap atau *mouthpiece* ke mulut, dikatupkan bibir hingga rapat
- f. Menekan tombol *on*
- g. Benapaslah dengan perlahan ketika menghirup uap yang keluar dan uap dihirup sampai obat habis
- h. Menekan tombol *off*

D. Kerangka Teori



Skema 2.1 Kerangka Teori

Sumber : Hockenberry & Wilson (2007), Supartini (2004), Wong (2009) dan Harris, (2006).

E. Kerangka Konsep

Kerangka konsep/kerangka berfikir merupakan dasar pemikiran pada penelitian yang dirumuskan dari fakta-fakta, observasi dan tunjauan pustaka atau uraian dalam kerangka konsep menjelaskan hubungan dan keterkaitan antar variabel (Saryono, 2010).

Reaksi Anak yang
mendapat Terapi
Nebulizer

Skema 2.2 Kerangka Konsep

