

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah sakit umum daerah (RSUD) Panembahan Senopati Bantul yang terletak di Jln. Wahidin Sudirohusodo Bantul Yogyakarta, berdiri sejak Tahun 1953 sebagai RS Hongeroedem (HO). RSUD Panembahan Senopati Bantul merupakan RSU terakreditasi tipe B non pendidikan yang diresmikan dengan SK Menkes RI No.142/Menkes/SK/I/2007. Harapan dengan terakritisasinya rumah sakit RSUD Panembahan Senopati Bantul dapat memberikan pelayanan prima pada *customer*, meningkatkan profesionalisme sumber daya manusia.

Penelitian ini dilaksanakan di Ruang Rawat Inap Anak yaitu ruang Anggrek RSUD Panembahan Senopati Bantul. Ruang Anggrek terdiri dari ruang kelas II dan kelas III dengan 24 tempat tidur. Selain itu, terdapat 1 ruang khusus dengan jumlah tempat tidur sebanyak 2. Ruangan itu diperuntukan bagi anak-anak dengan penyakit tertentu, kemudian 1 ruangan yang digunakan untuk menyimpan obat, alat-alat kesehatan dan digunakan untuk melakukan tindakan keperawatan seperti pemasangan infus, yang bertujuan supaya anak yang lain tidak melihat karena pada saat melakukan pemasangan infus anak akan bereaksi dengan menangis, menjerit atau meronta-ronta hal tersebut akan mempengaruhi kecemasan anak lain, dan anak akan menjadi takut, bahkan anak akan menunjukkan sikap tidak kooperatif terhadap perawat.

Bangsang Anggrek disetiap ruangnya menggunakan *wallpaper* bermotif dan sprei bergambar yang disukai anak-anak, memodifikasi lingkungan yang bernuansa anak tersebut dapat meningkatkan keceriaan dan anak merasa nyaman dengan lingkungannya. Selanjutnya terdapat 1 ruangan bermain yang dilengkapi dengan buku cerita, buku mewarnai, dan alat permainan. Melalui aktivitas bermain akan semakin mengembangkan kemampuan dan keterampilan motorik anak, kognitifnya dan anak akan menjadi percaya diri, rasa tertarik anak terhadap permainan akan menimbulkan rasa senang

menjalani perawatan dan rasa senang ini dapat meningkatkan perilaku kooperati anak.

2. Karakteristik Responden

Gambaran karakteristik responden anak dan orang tua dalam penelitian, akan dijelaskan dalam bentuk distribusi frekuensi pada tabel berikut ini.

a. Karakteristik Anak Usia Prasekolah

Tabel 4.1.

Karakteristik responden anak usia prasekolah di ruang Anggrek RSUD Panembahan Senopati Bantul Tahun 2014 (n=40)

Keterangan	Frekuensi	Presentase (%)
Usia Anak		
3—4 Tahun	29	72,5
5—6 Tahun	11	27,5
Jenis Kelamin		
Laki-laki	17	42,5
Perempuan	23	57,5
Diagnosa Medis		
Febris	12	30,0
DCA (Diare Cair Akut)	12	30,0
RFA (	4	10,0
Vomit	4	10,0
GEA	2	5,0
Bronkopneumonia	2	5,0
Bronkhitis	1	2,5
Pneumonia	1	2,5
Asma	1	2,5
ISPA	1	2,5
Tindakan Keperawatan		
<i>Vital Sign</i> (Tanda-tanda vital)	14	35,0
Pemberian Obat Intravena	18	45,0
Pemasangan Infus	4	10,0
Nebulizer	4	10,0
Lama Rawat		
1-2 hari	21	52,5
5-6 hari	19	47,5
Pengalaman dirawat		
Pernah dirawat	21	52,5
Belum pernah dirawat	19	47,5
Penunggu		
Ayah	11	27,5
Ibu	29	75,5

Sumber: Data Primer, 2014

Berdasarkan tabel 4.1 sebagian besar responden berusia 3—4 tahun sebanyak 29 anak (72,5%), dengan jenis kelamin rata-rata adalah perempuan sebanyak 23 anak (57,5%), sedangkan responden dengan diagnosa medis terbesar dalam penelitian ini febris dan DCA (diare cair akut) sebesar 30%, jenis tindakan keperawatan yang terbesar adalah pemberian obat intravena sebesar 45%, tanda-tanda vital (*vital sign*) sebesar 35%, dan lama rawat 1—2 hari sebanyak 21 anak (52,5%). Berdasarkan pengalaman dirawat sebagian besar responden pernah dirawat sebanyak 21 anak (52,5%) dan distribusi frekuensi orang tua yang menunggu anak prasekolah saat dirawat terbanyak adalah ibu sebesar 29 orang (75,5%).

b. Karakteristik Orang Tua

Tabel 4.2.
Karakteristik responden orang tua di ruang anggrek RSUD Panembahan
Senopati Bantul Tahun 2014 (n=40)

Keterangan	Frekuensi	Presentase (%)
Usia		
20—30 Tahun	21	52,5
30—40 Tahun	15	37,5
>40 Tahun	4	10,0
Jenis Kelamin		
Laki-laki	11	27,5
Perempuan	29	72,5
Pendidikan		
SD	4	10,0
SMP	11	27,5
SMA	19	47,5
SI	6	15
Pekerjaan		
Tidak Bekerja (IRT)	9	22,5
Wiraswasta	12	30,0
Pegawai Swasta	9	22,5
Lain-lain (Buruh, Tani)	10	25,0
Jumlah Anak		
1 anak	12	30,0
2 anak	22	55,0
3 anak	5	12,5
4 anak	1	2,5

Sumber: Data Primer, 2014

Berdasarkan tabel 4.2 dibawah ini menunjukkan bahwa distribusi frekuensi terbesar berdasarkan usia responden pada dukungan orang tua

terbanyak adalah usia 20—30 tahun sebanyak 21 responden (52,5%), dan berjenis kelamin perempuan sebanyak 29 responden (72,5%), dengan tingkat pendidikan orang tua terakhir terbanyak setaraf SMA dengan jumlah 19 orang (47,5%) dan frekuensi pekerjaan terakhir orang tua responden terbesar mempunyai pekerjaan sebagai wiraswasta sebanyak 12 orang (30,0%).

3. Analisis Hasil Penelitian

a. Analisis Univariat

1) Anak Usia Prasekolah

Tabel 4.3.

Distribusi frekuensi tingkat kooperatif pada anak usia prasekolah di ruang Anggrek RSUD Panembahan Senopati Bantul Tahun 2014 (n=40)

Tingkat Kooperatif	Skor	Frekuensi	Percent (%)
Kooperatif Baik	76% - 100%	12	30.0%
Kooperatif Cukup	56% - 75%	12	30,0%
Kooperatif Baik	< 56%	16	40,0%
Total		40	100,0%

Sumber: Data Primer, 2014

Berdasarkan hasil pada tabel 4.3 dapat diketahui bahwa distribusi frekuensi tingkat kooperatif anak usia prasekolah saat dilakukan prosedur medik dan keperawatan didapatkan hasil terbesar anak dengan kategori kurang sebesar 16 anak (40,0%).

Dibawah ini adalah tabel *crosstabulation* berdasarkan karakteristik responden dengan tingkat kooperatif anak usia prasekolah saat dilakukan prosedur medik dan keperawatan berdasarkan karakteristik responden yaitu, usia, jenis kelamin, lama dirawat, pengalaman dirawat, dukungan orang tua atau penunggu dan tindakan keperawatan dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4.4.
Distribusi frekuensi berdasarkan karakteristik responden anak dengan tingkat kooperatif di ruang Anggrek RSUD Panembahan Senopati Bantul Tahun 2014 (n=40)

Keterangan	Tingkat Kooperatif						Total	
	Kurang		Cukup		Baik		f	%
	F	%	f	%	f	%		
Usia								
3—4 Tahun	10	25,0	10	25,0	9	22,5	29	72,5
5—6 Tahun	6	15,0	2	5,0	3	7,5	11	27,5
Total	16	40,0	12	30,0	12	30,0	40	100
Jenis Kelamin								
Perempuan	7	17,5	8	20,0	8	20,0	23	57,5
Laki-laki	9	22,5	4	10,0	4	10,0	17	42,5
Total	16	40,0	12	30,0	12	30,0	40	100
Lama Rawat								
1—2 hari	11	27,5	6	15,0	4	10,0	21	52,5
3—6 hari	5	12,5	6	15,0	8	20,0	19	47,5
Total	16	40,0	12	30,0	12	30,0	40	100
Pengalaman dirawat								
Belum pernah dirawat	5	12,5	7	17,5	7	17,5	19	47,5
Pernah dirawat	11	27,5	5	12,5	5	12,5	21	52,5
Total	16	40,0	12	30,0	12	30,0	40	100
Penunggu								
Ayah	5	12,5	3	7,5	3	7,5	11	27,5
Ibu	11	27,5	9	22,5	9	22,5	29	72,5
Total	16	40,0	12	30,0	12	30,0	40	100
Tindakan Keperawatan								
TTV	4	10,0	3	7,5	7	17,5	14	35,0
Pemberian Obat Intravena	9	22,5	4	10,0	5	12,5	18	45,0
Pemasangan Infus	2	5,0	2	5,0	0	0,0	4	10,0
Nebulizer	1	2,5	3	7,5	0	0,0	4	10,0
Total	16	40,0	12	30,0	15	30,0	40	100

Sumber: Data Primer, 2014

Berdasarkan tabel 4.4 diatas menunjukkan bahwa distribusi frekuensi terbesar pada kategori anak usia 3—4 tahun dengan tingkat kooperatif kurang dan cukup memiliki jumlah yang sama sebanyak 10 anak (25 %), dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak 9 anak (22,5%), dan

berdasarkan lama rawat anak yang memiliki tingkat kooperatif kurang terbesar pada 1—2 hari sebesar 11 anak (27,5%), dengan pengalaman dirawat, menunjukkan sudah pernah dirawat sebanyak 11 anak (27,5%).

Anak dengan tingkat kooperatif kurang terbanyak dialami oleh anak yang ditunggu oleh ibunya, yaitu sebanyak 11 anak (27,5%), dengan tindakan keperawatan yang dilakukan adalah pemberian obat intravena sebanyak 9 anak (22,5%).

2) Dukungan Orang Tua

Tabel 4.5.

Distribusi frekuensi dukungan orang tua pada anak usia prasekolah di ruang Anggrek RSUD Panembahan Senopati Bantul Tahun 2014 (n=40)

Dukungan Orang Tua	Skor	Frekuensi	Percent (%)
Dukungan Baik	76% – 100%	25	62,5%
Dukungan Cukup	56% – 75%	7	17,5%
Dukungan Kurang	< 56%	8	20,0%
Total		40	100,0

Sumber: Data Primer, 2014

Berdasarkan hasil tabel 4.5 menunjukkan sebagian besar responden memiliki dukungan orang tua baik sebanyak 25 orang (62,5%).

Untuk menghitung presentasi dari analisis univariat berdasarkan dukungan orang tua akan dinilai dari karakteristik responden, yaitu usia, pendidikan dan pekerjaan orang tua. Karakteristik responden tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4.6.

Distribusi frekuensi berdasarkan karakteristik responden orang tua dengan dukungan orang tua di ruang Anggrek RSUD Panembahan Senopati Bantul Tahun 2014 (n=40)

Keterangan	Dukungan Orang Tua						Total	
	Kurang		Cukup		Baik		f	%
	f	%	f	%	f	%		
Usia								
20—30 Tahun	4	10,0	2	5,0	15	37,5	21	52,5
31—40 Tahun	2	5,0	4	10,0	9	22,5	15	37,5
>40 Tahun	2	5,0	1	2,5	1	2,5	4	10,0
Total	8	20,0	7	17,5	25	62,5	40	100,0
Pendidikan								
SD	2	5,0	1	2,5	1	2,5	4	10,0
SMP	1	2,5	4	10,0	6	15,0	11	27,5
SMA	3	7,5	0	0,0	16	40,0	19	47,5
S1	2	5,0	2	5,0	2	5,0	6	15,0
Total	8	20,0	7	17,5	25	62,5	40	100,0
Pekerjaan								
Tidak Bekerja (IRT)	2	5,0	1	2,5	6	15,0	9	22,5
Wiraswasta	2	5,0	2	5,0	8	20,0	12	30,0
Pegawai Swasta	2	5,0	1	2,5	6	15,0	9	22,5
Lain-lain (tani, buruh)	2	5,0	3	7,5	5	12,5	10	25,0
Total	8	20,0	7	17,5	25	62,5	40	100,0

Sumber: Data Primer, 2014

Berdasarkan tabel 4.6 dapat dilihat bahwa dukungan orang tua dengan kategori baik terbesar pada orang tua yang berusia 20—30 tahun yaitu sebesar 15 responden (37,5%), dengan tingkat pendidikan orang tua SMA sebanyak 16 responden (40,0%) dan memiliki pekerjaan wiraswasta sebesar 8 responden (20%).

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk menguji hipotesis yang telah ditetapkan yaitu mempelajari hubungan variabel bebas dan variabel terikat (Notoatmodjo, 2012). Hubungan dukungan orang tua dengan tingkat kooperatif anak usia prasekolah saat dilakukan prosedur medik dan keperawatan di RSUD Panembahan Senopati Bantul di uji dengan *Kendall's Tau*, hasil yang diperoleh dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.7.

Tabulasi silang hubungan dukungan orang tua dengan tingkat kooperatif anak di ruang anggrek RSUD Panembahan Senopati Bantul

Tahun 2014 (n=40)

Dukungan Orang Tua	Tingkat Kooperatif							
	Kurang		Cukup		Baik		Total	
	f	%	F	%	f	%	f	%
Kurang	6	15,0%	1	2,5%	1	2,5%	8	20,0%
Cukup	3	7,5%	3	7,5%	1	2,5%	7	17,5%
Baik	7	17,5%	8	20,0%	10	25,0%	25	62,5%
Total	14	40,0%	12	30%	14	30,0%	40	100%

Sumber: Data Primer, 2014

Berdasarkan tabel 4.7 menunjukkan dari 40 responden didapatkan 6 orang (15%) dengan dukungan orang tua kurang memiliki tingkat kooperatif kurang, 1 orang (2,5%) dengan dukungan orang tua kurang memiliki tingkat kooperatif cukup dan 1 orang (2,5%) dengan dukungan orang tua kurang memiliki tingkat kooperatif baik. Selanjutnya 3 orang (7,5%) dengan dukungan orang tua cukup memiliki tingkat kooperatif kurang, 3 orang (7,5%) dengan dukungan orang tua cukup memiliki tingkat kooperatif cukup dan 1 orang (2,5%) dengan dukungan orang tua cukup memiliki tingkat kooperatif baik. Kemudian didapatkan 7 orang (17,5%) dengan dukungan orang tua baik memiliki tingkat kooperatif kurang, 8 orang (20%) dengan dukungan orang tua baik memiliki tingkat kooperatif cukup dan 10 orang (25%) dengan dukungan orang tua baik memiliki tingkat kooperatif baik.

Tabel 4.8.

Correlations dukungan orang tua dengan tingkat kooperatif anak usia prasekolah di ruang Anggrek RSUD Panembahan Senopati Bantul

Tahun 2014 (n=40)

Variabel Bebas	Variabel Terikat	Korelasi (r)	Nilai signifikan
Dukungan Orang Tua	Tingkat Kooperatif anak	0,355	0,021

Hasil uji statistik didapatkan $P \text{ value} = 0,021$, dengan taraf signifikansi (α) adalah 5% = 0,05. Karena nilai $p < 0,05$ yaitu $0,021 < 0,05$ maka H_0 ditolak, hal ini berarti bahwa terdapat hubungan antara dukungan orang tua dengan tingkat kooperatif anak usia prasekolah saat dilakukan

prosedur medik dan keperawatan di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Sedangkan nilai koefisiensi kontingensi adalah 0,335, menurut Sugiyono (2010) jika nilai koefisiensi korelasi antara 0,20—0,399 maka hubungan ke dua variabel tersebut termasuk rendah, sehingga dapat disimpulkan bahwa terjadi hubungan yang rendah antara dukungan orang tua dengan tingkat kooperatif saat dilakukan prosedur medik dan keperawatan di RSUD Panembahan Senopati Bantul.

B. Pembahasan

1. Tingkat Kooperatif Anak

Hasil penelitian di RSUD Panembahan Senopati Bantul menunjukkan bahwa dari 40 responden dalam penelitian ini anak usia prasekolah sebagian besar memiliki tingkat kooperatif kurang sebanyak 16 orang (40,0%). Hal ini sesuai dengan penelitian Handayani & Puspitasari (2008) responden yang memiliki tingkat kooperatif kurang sebelum diberi terapi bermain sebesar 3,22%, setelah diberi terapi bermain responden yang memiliki tingkat kooperatif baik sebesar 87,09%. Sedangkan dalam penelitian Herliyanti (2005) dari 13 orang anak usia prasekolah memiliki tingkat kooperatif dalam kategori kurang sebesar 84,6%.

Salah satu dampak hospitalisasi adalah timbulnya rasa takut. Ketakutan timbul oleh lingkungan yang asing serta orang-orang yang tidak dikenal, dan prosedur-prosedur selama dirawat. Tindakan perawatan yang dilakukan tanpa melalui pendekatan dapat menimbulkan ketakutan pada anak yang selanjutnya menjadi trauma psikologis yang akan berpengaruh pada perkembangan anak selanjutnya. Pada saat memberikan perawatan, perawat membutuhkan kerja sama anak dan keluarga. Hal ini biasanya tidak terlalu sulit pada anak yang lebih besar tetapi akan menjadi masalah pada anak yang lebih muda (Santrock, 2007).

Reaksi anak usia prasekolah (usia 3—6 tahun) terhadap hospitalisasi adalah regresi, menolak untuk bekerja sama atau tidak kooperatif selama

tindakan, kehilangan kendali, takut terhadap cedera tubuh dan nyeri yang mengarah terhadap mutilasi dan prosedur yang menyakitkan, serta menganggap hospitalisasi sebagai suatu hukuman (Muscari, 2005). Anak-anak usia prasekolah yang dirawat di rumah sakit sering mengalami nyeri dan kecemasan, yang secara dramatis dapat mempengaruhi kesejahteraan dan menghambat penyembuhan. Hal ini juga dapat mengakibatkan efek jangka panjang seperti *post-traumatic stress disorder*, dan menyebabkan penurunan kapasitas intelektual dan sosial, serta penurunan fungsi kekebalan tubuh (Small *et.al*, 2009).

Banyak diantara anak prasekolah yang mengalami hospitalisasi menjadi anak yang pendiam, ada juga diantara mereka yang menangis dengan perlahan-lahan dan mengungkapkan apa yang sedang mereka rasakan. Anak prasekolah yang menjalani hospitalisasi biasanya tidak kooperatif dengan petugas kesehatan, menghindari petugas kesehatan yang mereka anggap sebagai seseorang yang telah memisahkan mereka dari orang-orang yang dicintai (Sufyanti 2008). Menurut Wong *et.al* (2009) ekspresi verbal anak usia prasekolah secara khusus menunjukkan kemajuan perkembangan dalam merespon terhadap *stress* hospitalisasi. Tingkat kooperatif anak saat dilakukan prosedur medik dan keperawatan dipengaruhi oleh usia perkembangan, jenis kelamin, pengalaman dirawat, *support system* dan diagnosa medis yang dapat dilihat pada tabel 4.4.

Pada tabel tersebut menunjukkan bahwa hasil penelitian dari 29 responden (72,5%), yang memiliki tingkat kooperatif kategori kurang antara usia 3—4 tahun memiliki jumlah yang sama yaitu 10 anak (25,0%). Berdasarkan teori Piaget usia 3—4 tahun berada pada fase praoperasional. Ciri yang menonjol pada tahap praoperasional dalam perkembangan intelektual adalah *egosentrisme*, hal ini bukan berarti anak egois atau berpusat pada diri sendiri, tetapi ketidakmampuan untuk menempatkan diri ditempat orang lain, pemikiran didominasi oleh apa yang mereka lihat dan rasakan oleh pengalaman lainnya (Wong *et.al* 2009). Usia yang paling rawan adalah usia balita karena pada masa ini anak mudah sakit dan mudah kekurangan gizi, disamping itu

balita merupakan dasar pembentukan kepribadian anak sehingga butuh perhatian khusus (Soetjiningsih, 2012).

Tingkat kooperatif kategori kurang paling besar adalah anak yang berjenis kelamin laki-laki dengan jumlah 9 anak (22,5%), sedangkan pada anak yang berjenis kelamin perempuan yang menunjukkan perilaku kooperatif baik berjumlah 8 anak (20%). Hal ini sejalan dengan penelitian Winarsih (2012) yang menunjukkan prosentasi terbanyak adalah anak yang berjenis kelamin laki-laki dengan dampak negatif terhadap hospitalisasi yaitu sebesar 81,2%, sedangkan pada anak berjenis kelamin perempuan menunjukkan dampak hospitalisasi positif sebesar 81,8%.

Pada penelitian Handayani & Puspitasari (2008) menjelaskan bahwa pada anak prasekolah yang memiliki perilaku kooperatif berdasarkan jenis kelamin, yang paling tinggi adalah anak yang berjenis kelamin perempuan, sedangkan untuk perilaku kooperatif pada anak berjenis kelamin laki-laki lebih rendah dibandingkan dengan anak perempuan. Hasil Subandi (2012) menunjukkan bahwa karakteristik jenis kelamin tidak berpengaruh terhadap tingkat kooperatif selama prosedur injeksi.

Hal ini dikarenakan, masa kanak-kanak awal merupakan masa pertumbuhan yang relatif seimbang meskipun terdapat perbedaan secara individual dalam setiap aspek perkembangan fisik (Wong *et.al* 2009). Menurut Salmela *at.al* (2010^a), mengatakan bahwa usia anak prasekolah membutuhkan informasi dan bimbingan untuk mengarahkan diri dalam situasi yang belum diketahui sehingga mampu berpartisipasi dalam membuat keputusan dalam kehidupan mereka sehari-hari. Anak-anak membutuhkan kesempatan untuk bermain dan mengalami kenikmatan dan dapat juga diajarkan strategi coping yang memberikan peran aktif yang positif.

Menurut Small *et.al* (2009) menyatakan bahwa 61% coping yang pada anak usia prasekolah yang menjalani hospitalisasi berjenis kelamin perempuan. Anak laki-laki berperilaku hiperaktif dan agresif dan mengantisipasi kondisi selama hospitalisasi. Anak perempuan tidak menunjukkan perilaku baik secara langsung tetapi dalam kondisi sakit dan di rawat dalam waktu yang lama, anak

perempuan akan berperilaku kurang baik. Sedangkan anak laki-laki lebih aktif sehingga sakit merupakan hukuman bagi anak, karena anak beranggapan aktivitasnya menjadi terbatas. Pada saat sakit, anak laki-laki menginginkan tetap bisa beraktivitas seperti saat berada di rumah (Salmela *et.al*, 2010).

Distribusi tingkat kooperatif kurang terbanyak berdasarkan pengalaman dirawat menunjukkan sebanyak 11 responden (27,5%) pernah dirawat. Hal ini sejalan dengan penelitian Winarsih (2012), didapatkan bahwa sebagian besar anak yang tidak pernah dirawat dengan dampak hospitalisasi positif sebesar 76% dan 64% anak yang pernah dirawat dengan dampak hospitalisasi negatif. Supartini (2004) apabila anak pernah mengalami pengalaman tidak menyenangkan selama dirawat di rumah sakit sebelumnya, maka akan menyebabkan anak menjadi takut dan trauma sehingga anak tidak kooperatif terhadap perawat dan dokter. Sebaliknya apabila anak dirawat di rumah sakit mendapatkan perawatan yang baik dan menyenangkan, maka anak akan lebih kooperatif kepada perawat dan dokter dan reaksi anak terhadap hospitalisasi bersifat individual bergantung pada tahap perkembangan, sistem dukungan yang ada, serta kemampuan coping yang ada. Hasil penelitian Kit-Fong (2008) bahwa anak yang dirawat mengalami trauma psikologis pengalaman yang tidak menyenangkan selama dirawat selalu diingat oleh anak.

Menurut Muscari (2005) menyatakan pada tahap perkembangan psikososial anak prasekolah menurut teori Erikson bahwa anak mempunyai pengalaman yang lebih menakutkan dibandingkan dengan periode usia lainnya. Pengalaman menakutkan pada anak usia prasekolah diantaranya ditinggal sendiri, mutilasi tubuh, nyeri serta orang-orang yang menyebabkan mengalami kesakitan. Menurut Hart dan Bossert (1994, dalam Wong *et.al*, 2009) menunjukkan bahwa pengalaman sebelumnya dan pengenalan terhadap prosedur invasif yang berkaitan dengan hospitalisasi tidak mengurangi ketakutan pada anak. Youngblut *et.al* (2010) menunjukkan bahwa anak usia prasekolah yang mengalami hospitalisasi tanpa pengalaman dirawat akan menyebabkan keluhan somatik dan perilaku agresif dibandingkan dengan anak yang sudah mempunyai pengalaman dirawat.

Berdasarkan lama dirawat dari 21 orang (52,5%) dan yang menunjukkan tingkat kooperatif kurang berjumlah 11 anak (27,5%). Hal ini sesuai dengan penelitian Handayani & Puspitasari (2008) berdasarkan lamanya dirawat yang mengalami peningkatan perilaku kooperatif paling tinggi adalah anak yang dirawat dalam waktu sedang yaitu 3—6 hari dan yang paling rendah adalah anak yang dirawat dalam waktu singkat yaitu 1—2 hari.

Sesuai dengan teori Gunarsa (2007), lamanya seorang anak dirawat di rumah sakit mempengaruhi pendekatan-pendekatan yang harus dilakukan, sedangkan ketepatan melakukan pendekatan (yang merupakan bagian dari perawatan) akan mempengaruhi proses kesembuhan anak. Pada anak yang dirawat dalam waktu singkat, pemulihan diarahkan pada hal-hal yang traumatik dan anak yang dirawat dalam waktu 1—2 hari tentunya akan dihadapkan pada lingkungan yang baru yaitu lingkungan rumah sakit, dan prosedur yang menyakitkan. Berbagai peraturan yang ada jelas membatasi kebebasan anak, apalagi harus mengikuti prosedur perawatan seperti pengambilan darah, injeksi, infus dan pemeriksaan lain dimana anak harus beradaptasi dengan lingkungan asing tersebut. Sedangkan pada anak yang dirawat cukup lama, perlu diperhatikan efek pembiasaan yaitu terbiasa dilayani, diperhatikan, dibantu, merasa disayang, sehingga muncul reaksi untuk mempertahankan sakitnya agar terus memperoleh perlakuan yang menyenangkan.

Sedangkan berdasarkan dukungan orang tua atau penunggu frekuensi terbesar adalah yang ditunggu ibu sebesar 75,5% dan yang menunjukkan tingkat kooperatif kurang berjumlah 11 anak (27,5%). Hal ini tidak sejalan dengan penelitian Winarsih (2012) bahwa 81,1% anak yang ditunggu oleh ibu mempunyai dampak hospitalisasi yang positif sedangkan yang ditunggu oleh ayah berdampak negatif sebesar 81,25%. Sedangkan hasil penelitian Romaniuk (2010) bahwa 84,3% anak yang ditunggu oleh ibu menunjukkan perilaku yang kooperatif. Hal ini dipengaruhi oleh adanya perubahan peran antara ayah dan ibu, dimana ketika ibu yang harus bekerja dan mencari nafkah karena tuntutan ekonomi, maka ayah menggantikan peran ibu dirumah seperti menjaga anak, membersihkan rumah dan lain-lain. Ketika ibu tidak bisa menjaga anak ketika

di rumah sakit, maka ayah yang akan menggantikan peran ibu untuk menjaga dan menunggui anak saat dirumah sakit (Friedman, 2010).

Menurut Abdulbaki *et.al* (2011) bahwa ibu memiliki sikap yang positif terhadap anak yang sedang dirawat, ibu bisa memenuhi kebutuhan anak baik secara fisik maupun psikologis sehingga membuat anak bersikap positif terhadap kegiatan keperawatan. Konsep *maternal attainment* yang dikemukakan oleh Mercer dalam Tomey & Alligood (2006) menyatakan bahwa ibu lebih dapat mengerti karakter anak dan memberikan dukungan sosial yang baik bagi anak sehingga bisa mendapatkan pola asuh yang sesuai dan membuat anak merasa nyaman.

Gunarsa (2007), yaitu salah satu faktor psikologis pada anak yang dirawat adalah kecemasan terpisah khususnya pada anak yang masih kecil keterikatan antara anak terhadap ibunya masih sangat kuat, maka dengan keadaan terpisah akan menimbulkan kecemasan. Ibu sebagai *health provider* yang selalu memberikan asuhan secara optimal untuk kehidupan yang sehat bagi anak-anaknya (Soetrisno, 2000).

Hasil penelitian ini menunjukkan jenis tindakan keperawatan yang terbanyak adalah pemberian obat intravena sebesar 45%, dan yang menunjukkan kooperatif kurang sebanyak 9 orang (22,5%). Hal ini sesuai dengan penelitian Alfiyanti (2007) menunjukkan data jenis tindakan keperawatan yang terbesar adalah pengkajian kesehatan (*vital sign*) sebesar 55%, sedangkan pemberian obat intravena sebesar 45%, sedangkan menurut Ortiz *et.al* (2012), dari 459 prosdur terdapat 369 (80,4%) yang dinilai menyakitkan atau menimbulkan nyeri dan yang sering dilaporkan yaitu, prosedur pemansangan infus 46,3%, pemeriksaan klinis 20,1% dan tusukan vaskuler 10,8 %.

Menurut Gold *et.al* (2006) juga menyatakan dalam penelitiannya bahwa penggunaan media *virtual reality* selama pemasangan infus melalui intra vena memberikan ketenangan pada anak, mengurangi kecemasan, serta meningkatkan sikap kooperatif selama prosedur. Penelitian tersebut mendukung tindakan yang bersifat *atraumatic care*.

Mempersiapkan anak untuk menghadapi prosedur atau tindakan keperawatan akan mengurangi kecemasan mereka, meningkatkan sikap kooperatif, mendukung keterampilan koping mereka dan memfasilitasi pengendalian diri saat mengalami kejadian yang menimbulkan Prosedur invasif yang dilakukan terhadap anak baik yang menimbulkan sakit maupun tidak (non invasif) menjadi ancaman bagi anak usia prasekolah karena konsep integritas tubuh yang belum berkembang dengan baik. Anak usia prasekolah dapat bereaksi terhadap injeksi sama khawatirnya dengan nyeri saat jarum dicabut *stress* (Wong *et.al.*, 2009).

Reaksi anak prasekolah terhadap nyeri cenderung sama dengan usia toddler. Anak usia prasekolah berespon lebih baik terhadap persiapan perencanaan seperti penjelasan dan distraksi dari pada anak yang lebih muda (Potter & Perry 2010). Anak memerlukan persiapan yang hati-hati sebelum akan dilakukan tindakan, misalnya persiapan psikologis anak yaitu dengan penjelasan tentang prosedur apa yang akan dilakukan terhadapnya, melakukan permainan seperti menggambar, menonton video, dan kehadiran orang tua sangat diperlukan saat dilakukan tindakan (Supartini, 2004).

2. Dukungan Orang Tua

Hasil penelitian di RSUD Panembahan Senopati Bantul menunjukkan bahwa dari 40 responden anak usia prasekolah sebagian besar memiliki dukungan orang tua baik sebanyak 25 orang (62,5%). Hal ini sesuai dengan penelitian Irdawati *et.al* (2010), sebagian besar responden memiliki dukungan keluarga baik sebanyak 25 responden atau 83,3% dari 30 responden. Sedangkan hasil penelitian Murniasih & Rahmawati (2007), terdapat 26 orang atau sebesar 86,6% yang memberikan dukungan keluarga yang baik.

Hasil penelitian Wijayanti (2009) didapatkan 32% responden dengan *support system* adekuat mengalami regresi ringan dan 32% dengan *support system* adekuat mengalami regresi sedang. Sesuai pendapat Jackson & Saunders (1993 dalam Wijayanti (2009), keluarga sebagai *support system*

utama anak mempunyai peranan yang besar dalam mengatasi regresi pada anak prasekolah saat hospitalisasi.

Menurut Mahnaz *et.al* (2009) meneliti tentang dukungan orang tua dengan anak yang dirawat menunjukkan bahwa orang tua menerima dukungan dari perawat untuk berperan serta dalam perawatan anak. Keluarga perlu menyadari pentingnya beberapa jenis tindakan keperawatan yang memerlukan dukungan orang tua sehingga perawat dapat meningkatkan kualitas pelayanan. Perawat terus meningkatkan pengetahuan khususnya tentang jenis komunikasi dengan keluarga dan dalam memberikan dukungan untuk peran orang tua. Penelitian yang dilakukan Ygge (2004) bahwa bentuk peran serta orang tua dalam perawatan anak di rumah sakit adalah adanya keterlibatan orang tua dalam perawatan. Bentuk keterlibatan orang tua dimulai dari komunikasi antara anak dengan perawat. Hal ini membuat anak merasa nyaman dan tidak takut menghadapi perawat atau dokter. Keterlibatan orang tua membawa dampak positif bagi anak. Melibatkan orang tua dalam perawatan merupakan bagian dari program *family centered care*.

Hal ini menunjukkan bahwa di RSUD Panembahan Senopati Bantul anak usia prasekolah yang menjalani perawatan di rumah sakit sebagian besar mendapatkan dukungan baik dari orang tuanya. Dari data tersebut bahwa dukungan orang tua terhadap satu anak dengan anak yang lainnya berbeda, sesuai dengan tahap perkembangannya saat anak dirawat di rumah sakit, orang tua adalah sosok yang paling dikenal dan dekat dengan anak. Orang tua sangat diperlukan untuk mendampingi anak selama mendapat perawatan di rumah sakit (Wong *et.al*, 2009). Menurut Hunson dalam Supartini (2004) *rooming in* atau pendampingan orang tua selama anak menjalani perawatan di rumah sakit akan membantu meminimalkan *stress* yang dialami oleh anak maupun orang tua karena perpisahan. Keterlibatan aktif orang tua dalam perawatan anak di rumah sakit seperti memandikan, menyuapi makanan atau obat, mendampingi saat diberikan suntikan merupakan tindakan yang membantu mengurangi rasa trauma anak selama menjalani perawatan di rumah sakit (Wong *et.al* 2009). Friedman (2010) menyatakan bahwa dukungan keluarga yang diberikan kepada

anaknya dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya umur, pendidikan dan pekerjaan, yang dapat dilihat pada tabel 4.6.

Pada tabel 4.6 menunjukkan bahwa frekuensi usia orang tua terbesar adalah 21—30 tahun sebanyak 21 orang (52,5%) dan 15 orang (37,5%) memberikan dukungan baik. Hasil penelitian Winarsih (2012) menunjukkan rata-rata usia responden yaitu 29 dan 31 tahun, sehingga dengan usia tersebut masuk dalam kategori usia produktif, dimana orang tua sudah lebih berpengalaman sehingga orang tua mampu melaksanakan pemecahan masalah yang lebih baik dari pada orang tua yang memiliki umur dibawahnya.

Menurut Notoatmodjo (2004) menyatakan bahwa seseorang yang lebih dewasa akan lebih dipercaya dari orang yang belum cukup tinggi kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya. James & Ashwill (2007) mengatakan orang tua selayaknya dapat menyiapkan anak dalam menjalani hospitalisasi dengan mengerti kebutuhan individu dari anak tersebut. Pengalaman merawat anak juga berpengaruh terhadap kemampuan orang tua dalam berperan ketika merawat anak di rumah sakit. Friedman (2010), usia dari ibu berpengaruh terhadap kemampuan memberikan support dan kemampuan dalam pola pengasuhan anaknya. Ibu yang berusia muda cenderung untuk tidak bisa merasakan kebutuhan anaknya dan lebih egosentris dibandingkan dengan ibu-ibu lain yang mempunya usia lebih tua. Selain usia pengalaman merawat anak saat dihospitalisasi juga berpengaruh dalam berperan ketika merawat anak (Winarsih, 2012).

Berdasarkan dukungan orang tua baik terbanyak berpendidikan SMA sebanyak 16 responden (40,0%). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Winarsih (2012) menunjukkan sebagian besar dampak hospitalisasi positif terjadi pada anak dengan pendidikan orang tua SMU sebesar 38,3%. Menurut Potter & Perry (2010) menyatakan bahwa pengetahuan tentang bagaimana penyakit, dapat mempengaruhi kondisi seseorang dan dapat memotivasi pasien untuk memperbaiki perilaku dalam mengatasi dan pencegahan suatu penyakit. Pendidikan berpengaruh terhadap pola asuh pada anak. Pola asuh yang baik akan mendukung peran serta orang tua dalam perawatan.

Hasil penelitian penelitian yang dilakukan Arysetyono (2009) menyatakan bahwa tingkat pendidikan orang tua berpengaruh signifikan terhadap pola asuh anak. Orang tua yang berpendidikan tinggi lebih mendukung anak saat dirawat dibanding orang tua yang berpendidikan rendah. Orang tua dengan pendidikan rendah kurang memiliki pemahaman yang memadai tentang cara menjaga kesehatan anak (Suriani & Faridah, 2009).

Menurut Trisnantoro dalam Utami (2012), menyatakan bahwa seseorang yang memiliki tingkat pendidikan yang berbeda-beda, cenderung akan menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda. Informasi dan pengetahuan yang luas akan sejalan dengan tingkat pendidikan yang pernah ditempuh seseorang. Peneliti berasumsi bahwa tingkat pendidikan akan mempengaruhi seseorang untuk pilihan pelayanan kesehatan yang diambil serta mempersepsikan bentuk pelayanan kesehatan yang diterimanya.

Dukungan orang tua baik berdasarkan pekerjaan orang tua, yang terbesar adalah orang tua dengan pekerjaan wiraswasta sebesar 8 (20,0%). Hal ini sesuai dengan penelitian Winarsih (2012), menunjukkan hasil bahwa orang tua yang tidak bekerja memberikan dampak hospitalisasi yang negatif sebesar 75% dan orang tua yang bekerja sebagai pegawai swasta lebih banyak memberikan dukungan positif sebesar 87,5%. Secara psikologis orang tua yang tidak bekerja lebih cemas dibanding orang tua yang bekerja terkait dengan pembiayaan anak selama dirawat di rumah sakit. Orang tua dengan kelas sosial menengah keatas mempunyai tingkat dukungan, efeksi dan rasa keterlibatan terhadap masalah anak lebih tinggi dari orang tua dengan kelas sosial bawah (Gunarsa, 2007).

3. Hubungan dukungan orang tua dengan tingkat kooperatif anak prasekolah saat dilakukan prosedur medis dan keperawatan

Hasil uji statistik didapatkan $Pvalue=0,021$ ($\alpha=0,05$), dengan signifikansi $5\%=0,05$. Karena nilai $p < 0,05$ maka H_0 ditolak dan diperoleh nilai koefisien *contingency* 0,355. Menurut Sugiyono (2010) dari hasil tersebut mempunyai arti bahwa terdapat korelasi antara dukungan orang tua dengan

tingkat kooperatif anak. Koefisien korelasi (r) memberikan hasil positif sebesar 0,355 antara dukungan orang tua dengan tingkat kooperatif anak. Hal ini menunjukkan semakin baik dukungan orang tua yang diberikan maka akan semakin baik tingkat kooperatif anak saat dilakukan prosedur medis dan keperawatan. Jika nilai koefisiensi korelasi antara 0,20—0,399 maka hubungan ke dua variabel tersebut termasuk rendah, sehingga dapat disimpulkan bahwa terjadi hubungan yang rendah antara dukungan orang tua dengan tingkat kooperatif saat dilakukan prosedur medik dan keperawatan di RSUD Panembahan Senopati Bantul.

Pada penelitian proporsi tingkat kooperatif terbesar adalah tingkat kooperatif dalam kategori kurang sebesar 40%. Sedangkan dukungan orang tua yang diberikan dalam kategori baik sebesar 62,5%. Menurut Wong *et.al* (2009) reaksi anak terhadap sakit dan dirawat di rumah sakit dipengaruhi oleh usia perkembangan, pengalaman mereka sebelumnya dengan penyakit, perpisahan atau hospitalisasi, keterampilan koping yang mereka miliki dan didapatkan, keparahan diagnosis atau penyakit serta sistem pendukung yang ada. Sedangkan dukungan keluarga merupakan salah satu faktor yang dapat membantu anak dalam mengkoping *stressor*.

Menurut Wills dalam Friedman (2010), menyatakan bahwa dukungan keluarga dapat menimbulkan efek penyangga yaitu dukungan keluarga menahan efek-efek negatif dari *stress* terhadap kesehatan dan efek utama yaitu dukungan keluarga yang secara langsung mempengaruhi peningkatan kesehatan. Dukungan orang tua yang tinggi juga akan meningkatkan harga diri, kemampuan kontrol diri dan kemampuan instrumental anak. Sehingga dengan peningkatan kemampuan tersebut diharapkan akan meningkatkan kemampuan koping anak dalam menghadapi *stressor* yang dihadapinya saat hospitalisasi. Davidson (2009) menjelaskan bahwa keluarga bisa berpartisipasi, mendukung dan melindungi pasien untuk mampu beradaptasi dengan kondisi pasien saat dirawat.

C. Keterbatasan Penelitian

Dalam peneliti melakukan penelitian ini mengalami berbagai kendala dan keterbatasan diluar kemampuan peneliti yang mungkin mengakibatkan belum maksimalnya hasil yang diharapkan. Adapun keterbatasan peneliti adalah:

- a. Saat peneliti keruangan anak yang akan diteliti, dan mengajukan permohonan menjadi responden kepada orang tua, terdapat beberapa orang tua yang beralasan mintak suaminya saja mengisi, sedangkan suami mendapat giliran menunggu anak pada malam hari. Sehingga peneliti harus menunggu keesokan harinya. Bahkan Terdapat orang tua yang menolak atau tidak bersedia menjadi responden.
- b. Masih ada sebagian anak dan orang tua yang tidak ada diruangan atau ditempat tidurnya saat peneliti ingin melakukan penelitian, sehingga peneliti harus mencari bahkan menunggu anak dan orang tua untuk dilakukan penelitian.
- c. Keterbatasan waktu peneliti saat melakukan penelitian yang bertepatan dengan jam kunjung pasien dan *visite* dokter, sehingga peneliti harus menunggu sampai *visite* dokter selesai.
- d. Kendala lainnya adalah peneliti harus menunggu dan bergantian dengan perawat, ko-as ataupun praktikan lainnya untuk melihat rekam medik dan catatan perkembangan pasien sebagai data observasi sekunder karena adanya praktikan perawat ataupun ko-as di ruang Anggrek sebagai ruang rawat inap anak, sehingga menghambat proses penelitian.