



UNIVERSITAS INDONESIA

**PERSEPSI PERAWAT TERHADAP PELIBATAN KELUARGA
DALAM PERAWATAN ANAK DI RUMAH SAKIT PMI BOGOR**

TESIS

**ADE WULANDARI
NPM: 0906574751**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PERSEPSI PERAWAT TERHADAP PELIBATAN KELUARGA
DALAM PERAWATAN ANAK DI RUMAH SAKIT PMI BOGOR**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan**

**ADE WULANDARI
NPM: 0906574751**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN ANAK
DEPOK
JULI 2011**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Ade Wulandari

NPM : 0906574751

Tanda Tangan : 

Tanggal : 12 Juli 2011

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Ade Wulandari
NPM : 0906574751
Program Studi : Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Anak
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
Judul Tesis : Persepsi Perawat Terhadap Pelibatan Keluarga Dalam
Perawatan Anak di Rumah Sakit


Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Anak Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Dessie Wanda, S.Kp., MN. ()

Pembimbing II : Novy Helena, C.D. S.Kp., M.Sc. ()

Penguji : Happy Hayati, M.Kep., Sp.Kep.An. ()

Penguji : Kristiawati, S.Kp., M.Kep. ()

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 12 Juli 2011

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian dengan judul “Persepsi Perawat Terhadap Pelibatan Keluarga Dalam Perawatan Anak Di Rumah Sakit”

Penelitian ini dilaksanakan sebagai syarat untuk menyelesaikan pendidikan Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Penelitian ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, untuk itu dengan segala ketulusan hati peneliti mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Ibu Dessie Wanda, S.Kp., MN., selaku pembimbing I yang telah memberikan dukungan, bimbingan, arahan, dan masukan kepada penulis selama proses penelitian.
2. Ibu Novy Helena, C.D. S.Kp., M.Sc., selaku pembimbing II yang telah memberikan dukungan, bimbingan, arahan, dan masukan kepada penulis selama proses penelitian.
3. Ibu Dewi Irawaty, M.A., Ph.D., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Ibu Astuti Yuni Nursasi, MN., selaku ketua Program Studi Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
5. Direktur Politeknik Kesehatan Mataram Kementerian Kesehatan RI, yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk melanjutkan pendidikan.
6. Kepala Bidang SDM Rumah Sakit PMI Bogor yang telah memberi ijin kepada penulisi untuk mengadakan penelitian.
7. Kepala Bidang Keperawatan Rumah Sakit PMI Bogor beserta staf yang telah memfasilitasi dan membantu penulis dalam proses penelitian.
8. Kepala ruangan serta seluruh perawat yang telah berpartisipasi dalam proses penelitian ini.
9. Orang tua tercinta Ayahanda Akhyar H. Abubakar dan Ibunda Hadijah M. Saleh serta kedua mertua Ayahanda H. Umar Said dan Ibunda Yuliyanti

yang senantiasa mendo'akan, meridhoi setiap langkah dalam hidup penulis, dan memberi motivasi bagi penulis untuk terus maju.

10. Suami tercinta Novi Firmansyah dan Anakku tersayang Faishal Daary yang selalu memberikan dukungan, semangat, dan kekuatan bagi penulis dalam menyelesaikan pendidikan di Program Magister FIK-UI.
11. Saudara-saudariku yang telah memberikan dukungan dan do'a selama penulis menyelesaikan pendidikan.
12. Rekan-rekan program Pascasarjana Peminatan Keperawatan Anak FIK UI angkatan 2009 yang telah memberikan bantuan, dukungan, dan semangat dalam menyelesaikan pendidikan.
13. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah ikut membantu sehingga penelitian dapat selesai tepat waktu.

Semoga hasil penelitian ini bermanfaat dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di rumah sakit dan untuk pengembangan profesi keperawatan.

Depok, 12 Juli 2011

Penulis

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

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

Nama : Ade Wulandari
NPM : 0906574751
Program Studi : Pascasarjana Fakultas Ilmu
Keperawatan Universitas Indonesia
Peminatan : Keperawatan Anak
Fakultas : Ilmu Keperawatan Indonesia
Jenis karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneklusif** (Non-exclusive Royalty-Free Right) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Persepsi Perawat Terhadap Pelibatan Keluarga
Dalam Perawatan Anak di Rumah Sakit.

Dengan Hak Bebas Royalti Noneklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 12 Juli

Yang menyatakan



(Ade Wulandari)

ABSTRAK

Nama : Ade Wulandari
Program Studi : Program Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan
Anak Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
Judul : Persepsi Perawat Terhadap Pelibatan Keluarga Dalam
Perawatan Anak di Rumah Sakit

Perbedaan persepsi antara perawat dan keluarga terhadap pelibatan keluarga dalam perawatan anak di rumah sakit menyebabkan konsep FCC sulit untuk diterapkan. Penelitian ini merupakan studi kualitatif dengan metode pendekatan fenomenologi deskriptif yang bertujuan mendapatkan gambaran mengenai persepsi perawat terhadap pelibatan keluarga dalam perawatan anak di rumah sakit. Didapatkan empat tema, yaitu Peluang promosi kesehatan bagi keluarga, Optimalisasi pencapaian tujuan perawatan, Faktor pendorong pelibatan keluarga dan Karakteristik keluarga sebagai faktor determinan. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan bagi bidang keperawatan rumah sakit untuk mengembangkan model asuhan keperawatan pasien anak berpusat pada keluarga yang berorientasi pada kebudayaan keluarga.

Kata kunci:

Anak, Kebudayaan, Keluarga, Pelibatan, Perawat, Persepsi, Rumah Sakit.

ABSTRACT

Name : Ade Wulandari
Study Program : Magister Program of Pediatric Nursing
Nursing Faculty University of Indonesia
Tittle : The Nurse Perception of Family Involved in Child care in
Hospital PMI Bogor

Different perception between nurses and family toward family involvement in child care at the hospital caused FCC concept is difficult to be applied. This research was a qualitative study used phenomenology descriptive approach method. The aim of this research was to obtain the description about nurse's perception of family involvement in child care at the hospital. Four themes that arised: Health promotion for family, The optimalization of nursing goal achievement, Motivative factor of family involved, Characteristic of family as determinant factor. Based on this research it is expectedthat the hospital develop the model of nursing care for the child care which focused on family that consider family culture.

Key word:

Child, culture, family, hospital, involved, nurse, perception.

DAFTAR ISI

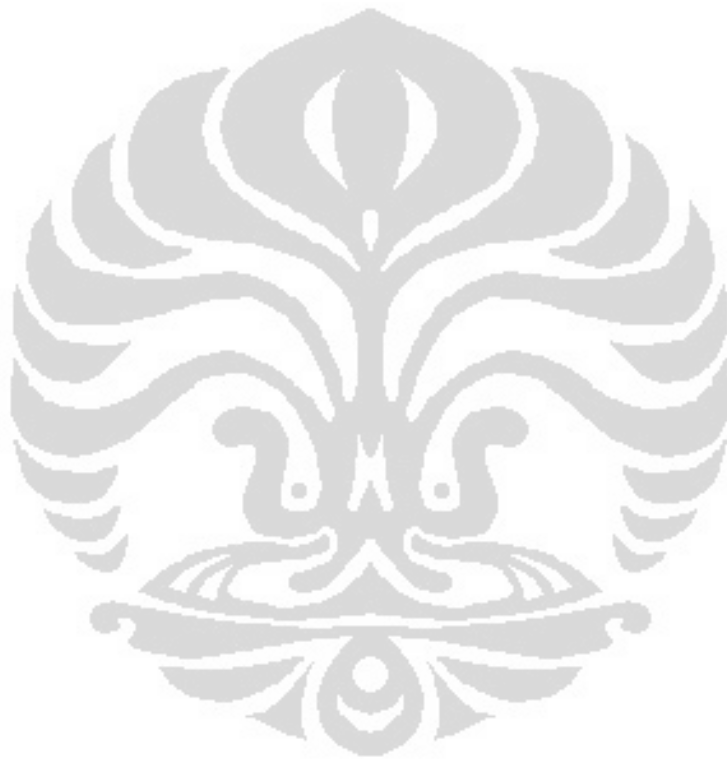
	Hal
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
ABSTRAK.....	vii
ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR SKEMA.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB 1. PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Perumusan Masalah.....	8
1.3. Tujuan Penelitian.....	9
1.4. Manfaat Penelitian.....	9
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Konsep Hospitalisasi Pada Anak.....	11
2.2. Peran Perawat Dalam Perawatan Anak Di Rumah Sakit.....	14
2.3. Peran dan Fungsi Keluarga Dalam Perawatan Anak di Rumah Sakit.....	18
2.4. Pelibatan Keluarga Sebagai Konsep FCC	20
2.5. Persepsi.....	23
2.6. Integrasi Teori Interpersonal Relation Of Nursing Dalam Konsep Pelibatan Keluarga.....	25
2.7. Kerangka Pikir Penelitian.....	26
BAB 3. METODOLOGI PENELITIAN	
3.1. Rancangan Penelitian.....	27
3.2. Partisipan.....	28
3.3. Tempat dan Waktu Penelitian.....	29
3.4. Etika Penelitian.....	30
3.5. Alat Bantu Dalam Pengumpulan Data.....	31
3.6. Prosedur Pengumpulan Data.....	32
3.7. Pengolahan dan Analisis Data.....	33
3.8. Keabsahan Data.....	35
BAB 4. HASIL PENELITIAN	
4.1. Karakteristik Partisipan.....	37
4.2. Tema.....	37

BAB 5. PEMBAHASAN	
5.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil.....	44
5.2 Keterbatasan Penelitian.....	53
5.3 Implikasi Terhadap Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian Keperawatan.....	53
BAB 6. SIMPULAN DAN SARAN	
6.1. Simpulan.....	55
6.2. Saran.....	56
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 The Practice Continuum Tool Of Family Centered Care.....	22
Skema 2.2 Kerangka Pikir Penelitian.....	26
Skema 4.1 Sintesa Tema 1: Peluang promosi kesehatan bagi keluarga.....	38
Skema 4.2 Sintesa Tema 2: Optimalisasi Pencapaian Tujuan Perawatan.....	39
Skema 4.3 Sintesa Tema 3: Faktor Pendorong Pelibatan Keluarga.....	41
Skema 4.4 Sintesa Tema 4: Karakteristik Keluarga Sebagai Faktor Determinan.	42



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 Surat Pernyataan Bersedia Berpartisipasi Sebagai Partisipan Penelitian
- Lampiran 3 Format Data Demografi Partisipan
- Lampiran 4 Pedoman Wawancara
- Lampiran 5 Format Catatan Lapangan
- Lampiran 6 Surat Permohonan Pengambilan Data Awal
- Lampiran 7 Surat Permohonan Ijin Penelitian
- Lampiran 8 Surat Keterangan Lolos Uji Etik
- Lampiran 9 Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 10 Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian
- Lampiran 11 Surat Pengantar Validasi Data
- Lampiran 12 Daftar Riwayat Hidup

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sebuah keluarga dikarakteristikan oleh adanya ikatan antara individu yang menjadi anggotanya baik secara biologi maupun ikatan komitmen. Dalam sebuah keluarga masing-masing individu memiliki peran sosial, pengasuhan dan komitmen emosional (Lerner, Sparks, & McCubbin, 1999 dalam Hockenberry & Wilson, 2009). Lebih lanjut, Hockenberry (2009) menggunakan istilah keluarga untuk menggambarkan hubungan antara anak dengan satu atau lebih orang dewasa yang menjaganya, termasuk didalamnya adalah hubungan antara saudara. Masing-masing anggota keluarga saling berbagi rasa memiliki satu dengan yang lain yang mempengaruhi kehidupan mereka. Dalam satu unit keluarga, anak dan orang tua merupakan satu kesatuan. Anak menjadi bagian yang penting bagi keluarga. Penerimaan dan penghargaan terhadap keluarganya merupakan kebutuhan bagi anak (Visher & Visher, 1995 dalam Hockenberry & Wilson, 2009).

Keluarga merupakan lingkungan dimana anak akan bertumbuh, mendapatkan kematangan dan tempat bagi maksimalisasi potensi anak sebagai manusia. Fungsi keluarga diantaranya adalah sebagai sumber dukungan emosional bagi anggota keluarga (Waechter, 1985). Friedman (1998 dalam Hockenberry & Wilson, 2009) juga menyebutkan bahwa salah satu fungsi keluarga adalah sebagai pemberi perawatan kesehatan bagi setiap anggota keluarga. Fungsi perawatan kesehatan oleh keluarga harus tetap dipertahankan baik pada anak sehat maupun ketika anak sakit dan harus mendapatkan perawatan di rumah sakit karena keluarga memainkan peran yang penting bagi kesehatan dan kesejahteraan anak (Kyle, 2008).

Dalam rentang kehidupannya sebagian anak-anak dihadapkan pada keadaan dimana mereka harus dirawat di rumah sakit. Masalah kesehatan biasanya

menjadi alasan utama anak dirawat di rumah sakit. Hospitalisasi merupakan pengalaman yang dapat menjadi stresor bagi anak maupun orang tua. Anak akan mengalami perpisahan dengan orang tua karena peraturan rumah sakit yang membatasi jam berkunjung. Peran orang tua dalam perawatan anak mereka bahkan dilakukan seluruhnya oleh perawat. Kondisi ini juga dapat mengurangi interaksi anak dengan orang tua. Stres pada anak yang dihospitalisasi diantaranya dimanifestasikan dalam bentuk kecemasan untuk berpisah dengan orang tua. Menangis keras, menjerit kepada orang tua dan menolak perhatian dari orang lain merupakan bentuk perilaku anak untuk memprotes perpisahan dengan orang tua. Ketika anak mulai putus asa mereka cenderung menarik diri dan menjadi pasif. Pada anak-anak yang harus menjalankan perawatan di rumah sakit dalam jangka waktu yang lama atau yang sering berulang mereka berisiko mengalami keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan (Hockenberry & Wilson, 2009)

Respon orang tua bila anak mereka dihospitalisasi dipengaruhi oleh banyak faktor diantaranya adalah awitan dan tingkat keparahan penyakit. Penyakit dengan awitan lama memungkinkan orang tua memiliki kesiapan untuk menerima diagnosa penyakit bila dibandingkan dengan penyakit yang terjadi secara tiba-tiba dan diluar dugaan (Mott et al., 1985). Reaksi orang tua biasanya diawali dengan ketidakpercayaan, kemudian marah dan perasaan bersalah. Rasa takut, cemas dan frustrasi merupakan perasaan yang umumnya diekspresikan oleh orang tua. Takut dan cemas berhubungan dengan penyakit yang serius dan prosedur medis yang diperoleh. Perasaan frustrasi biasanya berhubungan dengan kurangnya informasi tentang prosedur dan perawatan, tidak paham peraturan rumah sakit, staf yang tidak ramah atau karena takut untuk bertanya. Frustrasi yang terjadi di unit perawatan anak dapat dikurangi bila orang tua menyadari apa yang mereka harapkan dan apa yang diharapkan dari mereka (Keene, 1999).

Stres hospitalisasi dapat menyebabkan anak mengalami efek negatif jangka pendek maupun jangka panjang umumnya dalam bentuk perilaku menyerang, kelesuan, ketakutan, gangguan tidur terutama bagi anak-anak usia dibawah tujuh tahun (Melnik, 2000 dalam Hockenberry & Wilson, 2009). Praktik pendukung

seperti *family centered care* (FCC), kunjungan keluarga terutama ibu yang dianggap paling tahu secara pasti bagaimana mereka dapat terlibat dalam perawatan anak mereka dapat menghilangkan efek yang merugikan dari hospitalisasi. (Hockenberry & Wilson, 2009).

Dengan demikian perawatan anak di rumah sakit akan optimal bila keluarga juga dianggap sebagai pasien. Dukungan bagi keluarga untuk terlibat dalam perawatan anak yang dirawat di rumah sakit merupakan salah satu filosofi keperawatan anak yang disebut sebagai konsep keperawatan berpusat pada keluarga atau lebih dikenal dengan istilah *Family Centered Care* (FCC). Dalam konsep FCC, keluarga diakui sebagai konstanta dalam kehidupan anak. Sistem pelayanan dan tenaga kesehatan harus mendukung, menghormati, mendorong dan meningkatkan kekuatan dan kemampuan dari keluarga dengan mengembangkan hubungan dan kebersamaan dengan orang tua. Keluarga didukung dalam aktivitas merawat dan perannya sebagai pembuat keputusan dengan membangun kekuatan yang unik dan mengakui keahlian mereka dalam merawat anak baik di dalam maupun di luar rumah sakit (Newton, 2000 dalam Hockenberry & Wilson, 2009).

Sejak tahun 1980 banyak negara telah memperbolehkan orang tua untuk berpartisipasi dalam perawatan anak di rumah sakit. Sebelum menjadi konsep FCC, awalnya istilah yang digunakan adalah perawatan oleh keluarga, hubungan kerjasama dalam perawatan, perawatan negosiasi dan akhirnya menjadi FCC (Aggarwal et.al, 2009). Salah satu konsep dasar dari FCC adalah *enabling* yang artinya adalah memungkinkan keterlibatan keluarga dengan menciptakan peluang dan sarana bagi anggota keluarga untuk menampilkan kemampuan dan kompetensi mereka dalam pemenuhan kebutuhan anak dan keluarga. (Hockenberry, 2003). *Institute for family-centered care* (2009) juga mengemukakan bahwa partisipasi keluarga merupakan bagian dari konsep ini FCC. Dalam penerapan konsep ini, pasien dan keluarga didukung untuk berpartisipasi dalam perawatan dan pembuatan keputusan mengenai keterlibatan mereka pada tingkat yang mereka pilih. Partisipasi pasien dan keluarga dalam aktivitas perawatan didukung oleh hubungan kerja sama dengan tenaga

profesional kesehatan dalam pengembangan program asuhan perawatan yang meliputi kegiatan pengkajian hingga evaluasi.

Bila dapat diimplementasikan dengan baik keterlibatan keluarga dalam perawatan anak sakit akan memberikan banyak manfaat baik bagi anak dan keluarga maupun bagi tenaga profesional kesehatan. Efek buruk dari perpisahan antara anak dan keluarga selama perawatan dapat diminimalkan, keluarga akan merasa dihormati dan diakui perannya dalam perawatan kesehatan anak sehingga keluarga akan merasa puas. Perawat sebagai tenaga profesional akan mampu menjalin hubungan yang baik dengan keluarga selama perawatan dengan saling berbagi informasi tentang penyakit, pengobatan dan perawatannya dengan keluarga. Sebagaimana penelitian yang dilakukan oleh Moore, Mah dan Trute (2008) mengenai hubungan antara FCC dengan kualitas hidup anak di klinik neurologi menyimpulkan bahwa penerapan FCC oleh penyedia pelayanan kesehatan dalam perawatan dapat berdampak positif terhadap kualitas hidup anak dengan gangguan neurologi.

Suatu model intervensi perawatan yang memungkinkan keterlibatan keluarga telah dikembangkan oleh Curley (1988, 1997) dan dikenal dengan istilah *nursing mutual participation model of care (NMPMC)*. Tujuan dari pengembangan model ini adalah untuk mengurangi stres dan memberdayakan orang tua guna mempertahankan peran mereka selama proses penyembuhan anak dalam kondisi sakit akut. Studi yang dilakukan oleh Curley (1988) tentang efektivitas dari penerapan model NMPMC di ruang *pediatric intensive care unit (PICU)* didapatkan hasil bahwa orang tua yang dilibatkan dalam perawatan anak di PICU mengalami stres yang lebih sedikit. Selain model NMPMC, sebuah program juga dikembangkan untuk menilai mekanisme koping anak dan keluarga selama hospitalisasi.

Penilaian terhadap mekanisme koping anak dan keluarga selama hospitalisasi tersebut dikenal dengan istilah *Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE)*. Melnyk dan Colleagues (1997) melakukan tes terhadap COPE untuk mengetahui efeknya terhadap mekanisme koping anak dan keluarga selama

dirawat di unit perawatan intensif. Berdasarkan studi tersebut didapatkan hasil bahwa ibu yang menjadi partisipan dalam program COPE tidak mengalami suasana hati yang negatif dan mampu memberikan dukungan kepada anak mereka selama dilakukan prosedur yang membosankan. Penelitian terhadap efektivitas program intervensi perawatan yang melibatkan orang tua dalam perawatan anak selama di rumah sakit seperti model NMPMC dan program COPE menunjukkan bahwa keterlibatan orang tua dalam perawatan anak adalah suatu hal yang mungkin dan memberikan efek yang positif bagi anak dan keluarga yaitu berkurangnya stress yang dirasakan dan keluarga lebih mampu memberikan dukungan emosional bagi anak selama perawatan.

Meskipun FCC merupakan konsep yang dianggap ideal dalam pelayanan perawatan anak sakit namun dalam praktiknya FCC sulit untuk diimplementasikan (Darbyshire, 1994 dalam Aggarwal et al., 2009). Penyebab sulitnya FCC untuk diimplementasikan diantaranya adalah orang tua marah bila mereka dilibatkan dalam suatu pekerjaan yang mereka anggap adalah pekerjaan perawat dan adanya sikap perawat yang menghalangi orang tua untuk ikut berpartisipasi (Coyne, 2007 dalam Aggarwal et al., 2009). Perbedaan persepsi antara tenaga profesional dengan orang tua tentang FCC merupakan salah satu faktor yang menyulitkan implementasi dari FCC (Aggarwal et al., 2009). Penelitian yang dilakukan oleh Mandel dan Murray (2009) mengenai pemahaman dan penerapan FCC oleh pemberi pelayanan kesehatan mengidentifikasi bahwa tingkat pemahaman terhadap FCC mendasari persepsi dan penerapan FCC dalam pelayanan oleh tenaga kesehatan dimana dengan pemahaman yang komprehensif, pemberi pelayanan kesehatan lebih mungkin melibatkan orang tua dalam aktivitas perawatan di rumah sakit. Penelitian terkait lainnya dilakukan oleh Fisher, Lindhorst, Mathews, Munroe, Pulin dan Scott (2008) yang bertujuan menilai sikap dan perilaku perawat terhadap kehadiran keluarga di rumah sakit menyimpulkan bahwa perawat yang meyakini pentingnya kehadiran orang tua lebih memungkinkan keterlibatan orang tua dalam perawatan harian anak.

Informasi yang diperoleh selama diskusi yang dilakukan dengan kepala ruang paviliun Aster yang merupakan ruang perawatan anak rumah sakit PMI Bogor diketahui bahwa jumlah perawat yang berdinasi di ruangan tersebut adalah sebanyak 19 orang dan sebagian besar perawat mempunyai latar belakang pendidikan D3. Terdapat gambaran mengenai pola hubungan antara perawat dan orang tua dalam proses pemberian asuhan keperawatan pada anak sakit dimana orang tua diperkenankan untuk menunggu anak selama perawatan. Orang tua diberi kesempatan untuk terlibat dalam melakukan tindakan perawatan seperti memandikan, memberikan makan dan obat per oral. Bagi pembesuk diberikan kesempatan selama satu jam yaitu pada pukul 11.00 WIB sampai pukul 12.00 WIB dan pada pukul 17.00 WIB sampai pukul 18.00 WIB. Ruang konsultasi disediakan bagi keluarga untuk berkonsultasi dengan dokter. Perawat berbagi informasi kepada keluarga tentang perkembangan kondisi pasien yang diantaranya data hasil pemeriksaan laboratorium.

Pelibatan keluarga dalam perawatan anak di rumah sakit Palang Merah Indonesia (PMI) Bogor memberikan gambaran bahwa keluarga telah diberi kesempatan oleh perawat untuk berpartisipasi dalam beberapa aktivitas perawatan dasar. Menurut hierarki kerangka kerja yang dibuat oleh Bradshaw, Coleman dan Smith (2002 dalam Glaspe & Richardson, 2006) terdapat empat batasan kompetensi dari setiap dimensi FCC yaitu mulai dari dimensi keterlibatan, dimensi partisipasi, dimensi kemitraan dan dimensi keluarga sebagai perawat primer. Dalam dimensi keterlibatan, keluarga tidak dapat atau tidak ingin terlibat dalam perawatan namun keluarga tetap menjadi fokus dari proses perawatan. Pada dimensi partisipasi, keluarga sudah terlibat dalam beberapa aktivitas perawatan dasar. Keterlibatan keluarga pada tingkat ke tiga mulai terlihat kolaborasi antara perawat dan keluarga dimana keluarga telah mampu menentukan pilihan terhadap tindakan perawatan yang ingin dilakukan melalui negosiasi dengan perawat. Di sini perawat berperan sebagai manajer yang mengamati dan mengajarkan keluarga keterampilan dalam perawatan. Keluarga mulai berperan sebagai perawat primer dengan perawat profesional sebagai fasilitator dan pendukung pada tingkat ke empat. Pada tingkat yang paling tinggi dimana keluarga merupakan perawat primer, keluarga sudah

menjadi ahli dalam semua aspek perawatan anak dimana perawat berperan sebagai konsultan.

Mengacu pada hierarki kerangka kerja tersebut, proses pelibatan keluarga dalam perawatan anak diawali oleh aktivitas pengkajian oleh perawat terhadap kemampuan keluarga dan penentuan keterlibatan keluarga pada tiap dimensi didasarkan pada hasil negosiasi antara perawat dan keluarga. Pengalaman perawat anak di rumah sakit PMI Bogor dalam melakukan pengkajian dan bernegosiasi dengan keluarga hingga perawat mengambil keputusan untuk melibatkan keluarga pada dimensi partisipasi dapat dijadikan sebagai media untuk menggali bagaimana persepsi perawat terhadap pelibatan keluarga dalam perawatan anak di rumah sakit.

Perawat merupakan tenaga profesional kesehatan yang secara langsung berhubungan dengan pasien dan keluarga selama perawatan anak di rumah sakit. Pelibatan keluarga dalam aktivitas perawatan bagi anak di rumah sakit sangat penting untuk diaplikasikan oleh perawat karena pelibatan keluarga merupakan konsep inti dalam FCC yang merupakan filosofi dalam konsep keperawatan anak. Perawat harus mendorong dan membuka peluang bagi keterlibatan keluarga dalam proses perawatan anak di rumah sakit mulai dari pengkajian hingga evaluasi terhadap pencapaian tujuan perawatan. Pelibatan keluarga dalam perawatan anak menjadi salah satu standar penampilan profesionalitas perawat anak sebagaimana terdapat dalam cakupan dan standar praktek keperawatan anak yang dikemukakan oleh *American Nurses Association (ANA)* (Kyle, 2008).

Keputusan untuk bekerjasama dengan keluarga pasien selama proses perawatan akan berbeda-beda pada setiap perawat. Salah satu faktor yang menjadi landasan bagi individu untuk melakukan suatu tindakan adalah bagaimana persepsi individu terhadap hal tersebut (Sopiah, 2008). Demikian pula halnya perawat, dalam melakukan setiap tindakan keperawatan terhadap pasien tentu dipengaruhi oleh persepsi mereka. Untuk mendapatkan gambaran mengenai pelibatan keluarga dalam perawatan anak di rumah sakit PMI Bogor dapat dilakukan dengan

menggali lebih dalam bagaimana persepsi perawat terhadap keterlibatan keluarga dalam perawatan anak.

Menggali persepsi individu terhadap suatu fenomena dapat dilakukan melalui studi kualitatif dengan metode pendekatan fenomenologi deskriptif. Sebagaimana dijelaskan oleh Spiegelberg (1975, dalam Carpenter & Streubert, 2001) yang mengatakan bahwa fenomenologi deskriptif menstimulasi persepsi kita terhadap pengalaman hidup ketika menekankan pada kesempurnaan, keluasan, dan kedalaman dari pengalaman tersebut. Oleh karena itu untuk mendapatkan gambaran mengenai persepsi perawat terhadap pemberdayaan orang tua dalam perawatan anak di rumah sakit dilakukan dengan metode penelitian fenomenologi deskriptif.

Berdasarkan studi literatur yang dilakukan oleh peneliti, terdapat beberapa penelitian di luar negeri yang menggali persepsi dan penerapan FCC oleh perawat dalam asuhan keperawatan pasien di rumah sakit. Sebagian besar penelitian dilakukan dengan metode pendekatan kuantitatif yang diantaranya dilakukan oleh Mandell dan Murray (2009) serta Moore, Mah dan Trute (2008) dimana pengumpulan data dilakukan melalui penggunaan kuesioner. Peneliti belum menemukan adanya penelitian terkait di Indonesia baik dengan menggunakan metode pendekatan kuantitatif maupun kualitatif. Peneliti tertarik untuk mendapatkan gambaran secara lebih mendalam lagi mengenai persepsi perawat terhadap pelibatan keluarga dalam perawatan anak di rumah sakit sehingga penelitian ini akan dilakukan dengan menggunakan metode pendekatan kualitatif.

1.2 Perumusan Masalah

Orang tua merupakan konstanta dalam kehidupan anak dan merekalah yang paling tahu tentang anak mereka. Filosofi dalam perawatan anak diantaranya adalah perawatan yang berpusat pada keluarga. Salah satu konsep dasar dalam model perawatan berpusat pada keluarga adalah pelibatan keluarga dalam perawatan anak sakit baik di komunitas maupun di rumah sakit.

Pelibatan keluarga dalam perawatan anak di rumah sakit memang ideal secara konsep namun dalam tatanan implementasi sulit untuk dilakukan. Bila dapat diimplementasikan dengan baik keterlibatan keluarga dalam perawatan anak sakit akan memberikan banyak manfaat baik bagi anak dan keluarga maupun bagi tenaga profesional kesehatan. Penelitian terhadap aplikasi FCC yang telah dilakukan menunjukkan bahwa salah satu faktor yang menyebabkan FCC sulit untuk diimplementasikan adalah adanya perbedaan persepsi antara perawat dan orang tua tentang pelibatan keluarga dalam perawatan anak. Penelitian terkait lainnya juga menyebutkan bahwa tingkat pemahaman tentang praktik FCC mendasari persepsi mengenai peran dan pelayanan oleh tenaga kesehatan.

Ruang perawatan anak rumah sakit PMI Bogor telah menerapkan sebagian dari prinsip-prinsip FCC yaitu dengan memberi kesempatan pada keluarga untuk terlibat dalam perawatan anak pada dimensi partisipasi. Peneliti tertarik untuk mengetahui bagaimana pandangan dan harapan perawat anak di rumah sakit PMI Bogor terhadap pelibatan keluarga dalam perawatan anak di rumah sakit yang didasarkan pada pengalaman mereka selama bertugas di ruang perawatan anak. Oleh karena itu peneliti merumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut: **"Bagaimana persepsi perawat anak terhadap pelibatan keluarga dalam perawatan anak di rumah sakit?"**.

1.3 Tujuan Penelitian

Didapatkan gambaran secara mendalam mengenai persepsi perawat terhadap pelibatan keluarga di ruang perawatan anak rumah sakit PMI Bogor.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi semua pihak yang terkait dalam pengembangan kualitas pelayanan keperawatan anak. Manfaat penelitian ini meliputi:

1.4.1 Manfaat untuk pelayanan keperawatan anak

Memberikan kesempatan kepada perawat sebagai partisipan untuk mengungkapkan dan mengekspresikan pengalamannya tentang pelibatan keluarga dalam perawatan anak yang telah dilakukan selama ini. Dengan diketahuinya respon perawat baik respon positif maupun respon negatif terhadap pelibatan keluarga dalam perawatan anak di rumah sakit, diharapkan bidang keperawatan bisa mengembangkan kebijakan berdasarkan hasil temuan penelitian dan menyusun pedoman kinerja perawat dalam hal pelibatan keluarga dalam perawatan anak di rumah sakit.

1.4.2. Manfaat untuk perkembangan ilmu

Tema-tema yang dihasilkan dari penelitian ini dapat menjadi bahan kajian kelompok keilmuan terutama yang berkaitan dengan perawatan berpusat pada keluarga. Hasil analisis data yang didapat dari penelitian ini berupa tema-tema dapat menjadi bahan kajian dalam pengembangan ilmu keperawatan anak. Hasil penelitian dengan disain kualitatif fenomenologi deskriptif ini bisa menjadi acuan untuk penelitian selanjutnya.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab ini memuat konsep–konsep pendukung penelitian yang meliputi konsep hospitalisasi, fungsi perawatan kesehatan oleh keluarga, peran perawat anak, konsep pelibatan keluarga dalam *family centered care*, persepsi, serta integrasi teori keperawatan dalam konsep pelibatan keluarga yang membentuk kerangka pikir penelitian.

2.1 Konsep Hospitalisasi Pada Anak

Masalah kesehatan akut maupun kronis yang memerlukan perawatan medis, pemeriksaan atau pembedahan menjadi alasan anak dirawat di rumah sakit. Hospitalisasi, baik yang telah direncanakan maupun karena alasan dari suatu keadaan kegawatan yang terjadi secara tiba-tiba, merupakan penyebab stres bagi anak dan keluarganya (Ball & Bindler, 2003). Stress hospitalisasi dapat menyebabkan anak mengalami efek negatif jangka pendek maupun jangka panjang umumnya dalam bentuk perilaku menyerang, kelesuan, ketakutan, gangguan tidur terutama bagi anak-anak usia dibawah tujuh tahun (Melnik, 2000 dalam Hockenberry, 2003). Demikian pula bagi keluarga, hospitalisasi pada anak dapat berdampak terhadap munculnya krisis dalam semua aspek kehidupan keluarga. Penelitian yang dilakukan oleh Rautava, Lehtonen, Helenius, dan Sillanpaa (2002) tentang efek hospitalisasi bayi terhadap orang tua dan perilaku anak menunjukkan bahwa orang tua yang memiliki bayi dengan penyakit kritis dan dirawat di rumah sakit lebih membutuhkan dukungan dan mengalami *maladaptasi* selama tahun pertama setelah persalinan sedangkan anak mengalami masalah perilaku pada tahun ke tiga kehidupannya.

Stres yang dialami anak-anak ketika mereka dirawat di rumah sakit diantaranya disebabkan oleh rasa takut terhadap lingkungan dan rutinitas rumah sakit yang tidak biasa bagi anak. Takut terhadap kematian juga dapat menjadi penyebab stres bagi anak-anak yang lebih besar, sedangkan pada bayi dan anak-anak yang

masih muda konsep kematian masih samar-samar namun mereka dapat pula merasakan bila orang tua mengalami kecemasan akan kematian anak mereka sebagai reaksi terhadap penyakit yang diderita oleh anak. Prosedur yang menyakitkan dianggap sebagai suatu hal yang menakutkan bagi anak sejak masa kanak-kanak awal hingga remaja (Mott, 1985). Anak-anak menjadi gelisah dan ketakutan ketika mereka mengantisipasi dan mengalami nyeri. Oleh karena itu, pendekatan dalam pengkajian dan manajemen nyeri harus disesuaikan dengan umur anak agar terbentuk suasana yang bebas dari rasa nyeri. Kombinasi dari persiapan sensoris, penggunaan anastesi topikal dan keterlibatan orang tua efektif dalam mengurangi ketakutan pada anak yang sedang menjalani venipunctur (Kolk et al., 2000 dalam Potts & Mandleco, 2007).

Perpisahan dengan orang tua dan orang-orang terdekat dapat pula menyebabkan kecemasan dan ketakutan pada anak (Potts & Mandleco, 2007). Menangis keras, menjerit kepada orang tua dan menolak perhatian dari orang lain merupakan bentuk perilaku anak untuk memprotes perpisahan dengan orang tua. Ketika anak mulai putus asa mereka cenderung menarik diri dan menjadi pasif. Perpisahan dari kelompok sebaya, meninggalkan rumah dan sekolah merupakan penyebab stres yang utama bagi remaja yang dihospitalisasi. Kurangnya privasi dan prosedur isolasi selama perawatan juga menjadi penyebab stres pada anak. Prosedur isolasi menyebabkan anak terpisah dengan keluarga mereka sehingga menjadi suatu hal yang sulit bagi anak pada semua umur terutama bagi anak yang berusia dibawah dua belas tahun. Peraturan yang mengharuskan pengunjung untuk mengenakan gaun ketika menjenguk di ruang isolasi akan menambah kebingungan bagi anak. Privasi adalah sesuatu yang penting diperhatikan bagi anak remaja. Perubahan fisik yang berlangsung cepat pada masa remaja menyebabkan anak mulai merasa malu. Mereka membutuhkan jaminan bahwa mereka berada dalam lingkungan yang aman bagi terjaganya privasi mereka (Ball & Bindler, 2003).

Memiliki anak dengan penyakit akut maupun kronis yang memerlukan perawatan di rumah sakit menyebabkan perubahan pada rutinitas dan peran setiap anggota keluarga. Orang tua dan keluarga saling berbagi peran dalam pekerjaan rumah tangga dan perawatan anak sakit di rumah sakit. Ketakutan dan kecemasan juga akan dirasakan oleh keluarga terkait dengan hasil pemeriksaan dan terutama bila penyakit berpotensi menjadi serius. Melihat anak dalam kondisi kesakitan merupakan suatu hal yang sulit bagi orang tua. Penyakit yang lama, prognosis yang buruk, kurangnya dukungan finansial dan sistem pendukung lain seperti keluarga pelayanan komunitas dapat mempersulit keluarga (Ball & Bindler, 2003).

Timbulnya berbagai kesulitan selama perawatan anak di rumah sakit dan situasi yang tidak sesuai dengan harapan menyebabkan keluarga mengalami kesulitan yang bermakna terutama untuk mengerti mengenai tujuan terapi, harapan terhadap hospitalisasi dan bagaimana keterlibatan mereka dalam perawatan anak. Untuk mengatasi krisis yang dihadapi selama hospitalisasi keluarga membutuhkan informasi yang akurat dan tepat waktu, kepercayaan terhadap kemampuan dari dokter maupun perawat, serta jaminan terhadap keamanan dan kenyamanan bagi anak mereka. Selain itu, keluarga juga membutuhkan kepercayaan dari tenaga profesional kesehatan terhadap mereka (Graves & Hayes, 1996; Kristjinsdottir, 1995 dalam Potts & Mandlec, 2007). Scott (1998 dalam Potts & Mandleco, 2007) menambahkan selain kebutuhan akan informasi, umumnya keluarga juga membutuhkan kedekatan dengan anak mereka ketika anak dalam keadaan kritis. Dengan mengembangkan hubungan kerjasama yang saling membantu antara perawat dan keluarga, kebutuhan dan perhatian terhadap keluarga dapat diprioritaskan dan keluarga pun dapat ikut serta dalam membuat perencanaan perawatan bagi anak.

Efek negatif dari hospitalisasi terhadap anak dan keluarga menyebabkan banyak perubahan dalam kehidupan anak dan keluarga yang dapat berpotensi menjadi krisis yang berkepanjangan bila tidak mendapat intervensi yang tepat. Salah satu metode yang dapat mengurangi perasaan negatif dan ketakutan pada anak adalah

mempersiapkan anak untuk dirawat di rumah sakit bila memungkinkan (Hockenberry & Wilson, 2009). Persiapan masuk rumah sakit dapat dilakukan dengan melakukan orientasi terhadap lingkungan, rutinitas dan prosedur yang akan dijalani selama perawatan. Buku bergambar, video atau film dapat menjadi media untuk mengorientasikan rumah sakit pada anak. Selain melalui persiapan sebelum masuk rumah sakit, tersedianya *Child life specialist* yang merupakan tenaga profesional yang bertugas memberikan bantuan kepada anak untuk mengatasi masalah psikososial yang dihadapi ketika akan menjalani hospitalisasi seperti membantu mengurangi kecemasan anak dan keluarga. Membuat suatu perencanaan perawatan bagi anak juga merupakan aspek yang penting untuk dilakukan. Melalui perencanaan yang baik memungkinkan keluarga dapat memperoleh semua informasi yang berhubungan dengan perawatan anak di rumah sakit. Rencana perawatan disusun sejak saat penerimaan dan memuat penjelasan mengenai semua prosedur, orientasi ruangan dan rutinitas yang akan dijalani oleh anak dan keluarga selama perawatan. Mempertahankan kebersamaan anak dengan keluarga selama perawatan juga menjadi metode untuk mengurangi kecemasan dan ketakutan anak maupun keluarga (Ball & Bindler, 2003).

2.2 Peran Perawat Dalam Perawatan Anak Di Rumah Sakit

Asuhan perawatan bagi anak yang dihospitalisasi secara komprehensif meliputi aspek fisik dan psikologis. Pada prinsipnya perawat berperan dalam memberikan pendidikan kesehatan bagi anak dan keluarga serta membantu dalam pemenuhan kebutuhan fisiologis. Pendidikan kesehatan bertujuan untuk mengembangkan kemampuan strategi koping anak dan keluarga sehingga mereka mampu melewati krisis yang dialami selama hospitalisasi. Bantuan dalam pemenuhan kebutuhan fisiologis diantaranya adalah mengoptimalkan masukan nutrisi yang seimbang, membantu kesulitan dalam eliminasi, mengoptimalkan istirahat dan tidur dan termasuk di dalamnya adalah menjaga keamanan dan kenyamanan selama hospitalisasi (Fazekas 1985 dalam Mott, 1985). Setiap intervensi yang diberikan ditujukan untuk kesembuhan penyakit, pencegahan trauma dan

komplikasi lanjutan serta meminimalkan potensi terjadinya efek negatif dari hospitalisasi.

Pada umumnya stres pada anak disebabkan oleh perpisahan dengan orang tua atau anggota keluarga yang lain, kehilangan kendali atas diri sendiri serta cedera tubuh atau nyeri. Upaya minimalisasi efek negatif hospitalisasi bagi anak dapat dilakukan melalui strategi yang diantaranya adalah dengan menghilangkan atau meminimalkan penyebab stres pada anak. Untuk mengatasi tanda dan gejala yang muncul sebagai manifestasi stres pada anak, intervensi pertama yang dapat dilakukan oleh perawat adalah memberikan intervensi berupa bantuan psikologis. Intervensi khusus terkait bantuan psikologis ini tergantung pada situasi dan akan lebih efektif ketika perawat tahu dan mengerti karakteristik dan keunikan dari individu serta tahap perkembangan dari mereka. Termasuk dalam intervensi psikologis yang efektif adalah memberikan sentuhan, memberikan penjelasan terkait ketakutan yang dirasakan anak, menghibur dan membuka kesempatan untuk aktivitas bermain. Anak-anak yang marah atau frustrasi dapat dibantu dengan cara mendengarkan mereka dengan hati-hati, melakukan klarifikasi terhadap konsepsi yang salah, bermain atau menggunakan boneka tangan untuk mengekspresikan perasaan (Potts & Mandleco, 2007). Stres yang dialami oleh keluarga sebagai dampak dari hospitalisasi pada anak dapat diminimalkan melalui penyediaan strategi dukungan khusus bagi anggota keluarga seperti mengembangkan hubungan kerjasama dengan keluarga serta menyediakan informasi (Hockenberry & Wilson, 2009).

Pencegahan atau minimalisasi perpisahan anak dengan keluarga menjadi tujuan utama dari perawatan khususnya bagi anak-anak yang berusia dibawah 5 tahun. Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk ikut terlibat dalam aktivitas perawatan anak adalah salah satu cara untuk meminimalkan perpisahan. Melibatkan orang tua dalam perencanaan perawatan dan memberikan keyakinan bahwa mereka berkontribusi terhadap perawatan anak juga merupakan bentuk dukungan bagi keluarga dan anak untuk mampu melewati krisis selama hospitalisasi. Apabila perpisahan tidak dapat dihindari maka strategi yang dapat

dilakukan adalah meminimalkan efek dari perpisahan dengan cara menciptakan suasana lingkungan yang tidak asing bagi anak, membantu keluarga untuk dapat menyampaikan alasan mengapa harus meninggalkan anak, serta penggunaan teknologi seluler untuk mempertahankan kontak antara anak dengan orang tua (Potts & Mandleco, 2007)

Perasaan akan kehilangan kendali atas diri sendiri merupakan dampak dari perpisahan, immobilisasi fisik, perubahan rutinitas, berpikir magis, serta perubahan peran dalam keluarga atau kelompok sebaya. Tetap mempertahankan kontak anak dengan orang tua selama dilakukan prosedur yang menyakitkan seperti membiarkan anak dalam pangkuan atau pelukan orang tua dapat mengurangi perasaan kehilangan kendali atas diri sendiri. Manipulasi lingkungan seperti mendekatkan tempat tidur dengan kaca jendela yang memungkinkan anak dapat melihat pemandangan di luar ruangan dapat dilakukan untuk mengurangi gerakan dan perpindahan anak dengan kondisi yang mengharuskan immobilisasi total seperti pada kasus luka bakar yang berat. Mempertahankan kebebasan dan memotivasi anak untuk merawat diri sendiri (*self-care*) merupakan salah satu cara untuk menjaga kendali atas diri anak. walaupun *self-care* dibatasi oleh usia dan kondisi fisik anak, anak-anak pada umumnya dapat melakukan sejumlah aktivitas dengan sedikit atau bahkan tanpa bantuan orang lain. Bila memungkinkan, perawat dapat memberi kesempatan kepada anak untuk melakukan aktivitas *self-care* selama perawatan di rumah sakit (Mott, 1985).

Kehilangan kesempatan untuk melakukan kebiasaan sehari-hari selama perawatan di rumah sakit dapat menjadi penyebab stres pada anak-anak. Mereka akan menemukan banyak peraturan yang berbeda dengan peraturan yang berlaku di rumah seperti kebiasaan makan dan jenis makanan, cara berpakaian, waktu istirahat dan tidur yang semuanya diatur berdasarkan jadwal rumah sakit. Mempertahankan rutinitas harian anak selama sakit dan menjalani perawatan merupakan tantangan bagi perawat. Teknik yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah ini adalah dengan membuat rencana kegiatan harian anak

bersama-sama yang melibatkan perawat, anak dan orang tua. Teknik ini khususnya dapat dilakukan pada anak usia sekolah dan remaja dengan kondisi yang tidak kritis dimana mereka telah mengerti tentang konsep waktu (Waechter, 1985).

Selain mengatasi efek dari perpindahan dan mengendalikan kehilangan kontrol atas diri sendiri sebagai upaya meminimalkan efek negatif dari hospitalisasi, yang tidak kalah penting untuk diperhatikan juga adalah bagaimana cara mencegah atau mengurangi cedera tubuh serta menyediakan aktivitas yang sesuai dengan perkembangan termasuk di dalamnya adalah aktivitas bermain. Melakukan persiapan sebelum dilakukan prosedur yang menyakitkan dapat mengurangi ketakutan pada anak. Manipulasi teknik dalam melakukan prosedur juga dapat meminimalkan ketakutan akan cedera tubuh (Hockenberry & Wilson, 2009). Perawat dapat memberikan dorongan kepada anak usia sekolah dan remaja untuk tetap melakukan aktivitas belajar bila kondisi mereka memungkinkan. Demikian pula halnya dengan perkembangan anak selama perawatan harus tetap dilakukan pemantauan.

Bhoard (2005) melakukan penelitian yang bertujuan mengeksplorasi persepsi anak usia sekolah terhadap perawatan yang mereka jalani di *pediatric intensive care unit* (PICU). Hasil penelitian mengungkapkan bahwa mereka mengingat orang-orang yang berada di PICU seperti perawat dan dokter sebagai sesuatu yang baik dan ketika mereka merasa capek dan tidak suka digambarkan sebagai sesuatu yang buruk tentang PICU. Berdasarkan hasil penelitian tersebut diketahui bahwa sikap, perilaku dan tanggung jawab perawat terhadap anak dapat mempengaruhi suasana hati anak-anak yang dirawat di rumah sakit khususnya di PICU. Oleh karena itu perawat sebaiknya memperhatikan setiap perilaku dan tanggungjawab mereka selama memberikan asuhan keperawatan.

2.3 Peran dan Fungsi Keluarga Dalam Perawatan Anak di Rumah Sakit

Dalam kehidupan masyarakat pada umumnya, terdapat tiga tujuan utama dari sosialisasi dan pengasuhan anak oleh keluarga yaitu merawat, memelihara dan melatih. Menurut Friedman (1998 dalam Hockenberry, 2003) keluarga berfungsi dalam memenuhi kebutuhan psikologi bagi anggota keluarga dan sebagai perawat kesehatan. Friedman menyebutkan bahwa sebagai perawat kesehatan, keluarga menyediakan kebutuhan fisik bagi keluarga. Waechter (1985) juga menyebutkan bahwa salah satu fungsi keluarga adalah menyediakan dukungan emosional bagi anggota keluarga.

Keluarga perlu melanjutkan interaksi dengan anak mereka yang dihospitalisasi untuk memenuhi kebutuhan psikologis anak dan keluarga,. Pada saat awal anak masuk rumah sakit keluarga mempunyai harapan untuk dapat bergabung dengan tenaga profesional kesehatan. Mereka membutuhkan informasi yang akurat dan tepat waktu terkait dengan keadaan anak. Keyakinan akan kemampuan dokter dan perawat, adanya jaminan untuk keamanan dan rasa nyaman serta kedekatan dengan anak ketika anak mengalami kondisi kritis juga menjadi kebutuhan keluarga (Scott, 1998 dalam Potts & Mandleco, 2007). Menurut Graves (1996 dalam Potts & Mandleco, 2007), keluarga juga membutuhkan kepercayaan dari tenaga kesehatan terhadap mereka. Oleh karena itu, partisipasi keluarga dalam perawatan anak yang dihospitalisasi harus didukung oleh tenaga profesional kesehatan.

Bentuk keterlibatan keluarga ditentukan oleh kondisi anak sakit. Keluarga mungkin dapat mengambil bagian perawatan yang sederhana seperti menemani, mengobrol, membacakan cerita, bernyanyi, memandikan di tempat tidur atau menyusui. Proses perawatan yang dilakukan oleh keluarga merupakan hasil negosiasi dengan tenaga profesional kesehatan yang dilakukan secara terus menerus setiap hari sehingga memungkinkan perawat untuk melakukan revisi terhadap rencana tindakan berdasarkan perkembangan kondisi kesehatan anak dan kemampuan keluarga (Pott & Mandleco 2007).

Kualitas kolaborasi dan interaksi antara perawat dan orang tua merupakan hal yang mendasar dalam memfasilitasi kemampuan anak untuk mengembangkan mekanisme koping. Filosofi ini menjadi dasar dalam pengembangan suatu model asuhan keperawatan dimana orang tua terlibat dan berkolaborasi dengan perawat dalam perawatan anak. Model tersebut dikembangkan oleh Curley (1988, 1997) dan dikenal dengan istilah *nursing mutual participation model of care (NMPMC)*. Tujuan dari pengembangan model ini adalah untuk mengurangi stres dan memberdayakan orang tua guna mempertahankan peran mereka selama proses penyembuhan anak dalam kondisi sakit akut. Pendekatan dengan model NMPMC memungkinkan orang tua dapat menjadi mitra dalam penyusunan rencana, pelaksanaan implementasi dan evaluasi asuhan keperawatan.

Aplikasi model NMPMC akan efektif bila perawat meyakini bahwa kehadiran dan dukungan dari keluarga merupakan hal yang penting bagi proses penyembuhan dan pencegahan trauma tambahan pada anak sakit. Dalam aplikasi model NMPMC, perawat membangun dan mempertahankan hubungan kerja sama dengan orang tua dengan menciptakan kepedulian, suasana saling percaya dan mengeksplorasi kebutuhan dan isu yang menjadi perhatian (Pott & Mandelco, 2007). Studi yang dilakukan oleh Curley (1988) terhadap efektivitas dari penerapan model NMPMC di ruang *pediatric intensive care unit (PICU)* didapatkan hasil bahwa orang tua yang dilibatkan dalam perawatan anak di PICU mengalami stres yang lebih kecil.

Selain model NMPMC, sebuah program juga dikembangkan untuk menilai mekanisme koping anak dan keluarga selama hospitalisasi. Program tersebut dikenal dengan istilah *Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE)*. Melnyk dan Colleagues (1997) melakukan tes terhadap COPE untuk mengetahui efeknya terhadap mekanisme koping anak dan keluarga selama dirawat di unit perawatan intensif. Berdasarkan studi tersebut didapatkan hasil bahwa ibu yang menjadi partisipan dalam program COPE tidak mengalami suasana hati yang negatif dan mampu memberikan dukungan kepada anak

mereka selama dilakukan prosedur yang membosankan. Penelitian terhadap efektivitas program intervensi perawatan yang melibatkan orang tua dalam perawatan anak selama di rumah sakit seperti model NMPMC dan program COPE menunjukkan bahwa keterlibatan orang tua memberikan efek yang positif bagi anak dan keluarga yaitu berkurangnya stres yang dirasakan dan keluarga lebih mampu memberikan dukungan emosional bagi anak selama perawatan.

2.4. Pelibatan Keluarga sebagai Konsep *Family Centered Care*

Pemahaman terhadap pentingnya kebutuhan akan hubungan antara bayi dan anak-anak dengan keluarga mereka telah menjadi dasar dalam pengembangan konsep *Family Centered Care* (FCC). FCC merupakan filosofi dalam keperawatan anak yang mengakui peran yang terpisah dari keluarga dan menganggap keluarga sebagai bagian yang penting dalam perawatan dan pengalaman anak selama sakit. Keluarga dianggap sebagai mitra dalam perawatan anak (Smith & Rees, 2000 dalam Hockenberry & Wilson, 2009).

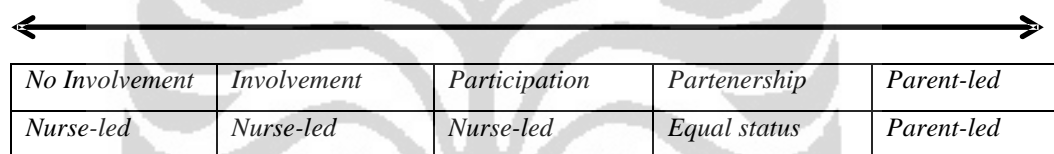
Pendekatan perawatan yang menerapkan konsep FCC didasarkan pada prinsip penghormatan dan kerjasama dengan keluarga. Hal ini ditopang oleh prinsip saling berbagi informasi yang lengkap dan tidak bias antara keluarga dan tenaga profesional kesehatan. Perawat harus mengakui bahwa keluarga memiliki kekuatan dan membangun kekuatan tersebut dengan memberikan kesempatan bagi keluarga untuk berpartisipasi pada semua tingkat perawatan kesehatan anak termasuk di dalamnya adalah ikut terlibat dalam aktivitas perawatan bagi anak dan mendapatkan pendidikan dari tenaga kesehatan, ikut membuat peraturan dan program pengembangannya. Keluarga didukung dan difasilitasi dalam membuat pilihan terhadap pendekatan perawatan yang mereka inginkan. Tenaga profesional kesehatan hendaknya memberdayakan pasien dan keluarga untuk menemukan kekuatan, membangun kepercayaan diri dalam menentukan pilihan dan keputusan terkait kesehatan mereka (American Academic of Pediatric, 2003).

FCC didefinisikan sebagai bentuk dukungan yang diberikan oleh tenaga profesional kepada anak dan keluarga melalui pelibatan, partisipasi dan hubungan kerja sama yang ditopang oleh pemberdayaan dan negosiasi. Terdapat tiga dimensi yang berbeda dari FCC yaitu keterlibatan, partisipasi dan kemitraan dimana setiap dimensi membuka kesempatan bagi keluarga untuk terlibat dalam kemampuan yang berbeda. Melalui negosiasi dengan perawat, keluarga menentukan sendiri pada tingkat mana mereka akan mengambil peran dalam perawatan anak. Oleh karena itu, aplikasi FCC tidak sama bagi setiap keluarga dan kemungkinan dapat berubah mengikuti proses perawatan anak (Bradshaw et al., 2002; Smith et al., 2002 dalam Glaspe & Richardson, 2006). Perawat sebagai tenaga profesional menggunakan pengetahuannya dan keterampilannya dalam mendukung anak dan keluarga untuk ikut berpartisipasi dalam perawatan baik di rumah sakit maupun di komunitas. Keterampilan untuk melakukan strategi berkomunikasi yang positif merupakan kompetensi yang dapat memfasilitasi keberhasilan dari penerapan konsep FCC, sebagaimana direkomendasikan oleh Ryan dan Steinmiller (2004) sebagai hasil penelitiannya mengenai intervensi keperawatan bagi keluarga yang mengalami stres hospitalisasi.

Dalam tatanan aplikasi konsep FCC, terdapat suatu hirarki kerangka kerja yang menjelaskan batasan kompetensi dari setiap dimensi FCC yaitu dari dimensi keterlibatan kemudian dimensi partisipasi dan akhirnya menjadi mitra dimana keluarga merupakan pusat dalam perawatan yang memegang peranan sebagai pemberi perawatan primer. Kerangka kerja tersebut dikembangkan oleh Bradshaw et al (2002 dalam Glaspe & Richardson, 2006) yang dikenal dengan istilah *The Practice Continuum Tool of Family Centered Care*. Kekuatan dari *continuum tool* adalah kemampuan alat ini untuk merespon kebutuhan individual dari hari ke hari sesuai dengan perubahan pada kondisi anak dan keluarga. Untuk itu perlu dilakukan evaluasi yang terus menerus terhadap setiap perubahan yang terjadi baik pada anak maupun keluarga. Pengkajian kembali yang dilakukan oleh perawat terhadap perkembangan kemampuan keluarga akan menentukan apakah keluarga tetap memegang peran pada dimensi yang sama atau meningkat pada tingkatan dimensi yang lebih tinggi. Melalui pengkajian yang akurat dan

negosiasi dengan anak dan keluarga, perawat dapat menggunakan kerangka kerja tersebut untuk mengidentifikasi secara tepat pada dimensi perawatan yang mana keluarga dapat ikut berperan dan selanjutnya menjadi fasilitator bagi keluarga pada dimensi yang telah ditentukan.

Kerangka kerja FCC (*The Practice continuum tool*) dirangkum dalam suatu skema yang menggambarkan tingkatan dari setiap dimensi dari tingkat yang paling rendah sampai tingkat yang paling tinggi. *The Practice continuum tool* telah dibentuk dari hasil penelitian yang telah ada, berdasarkan teori yang mendukung serta pengalaman dalam praktik. *Continuum tool* dapat dilihat pada skema berikut:



Sumber : Bradshaw, Coleman, Smith, (2002 dalam Glaspe & Richardson, 2006)

Skema 2.1
The Practice Continuum Tool of Family Centered Care

Pada tabel *continuum tool* terlihat lima dimensi keterlibatan keluarga dalam perawatan anak sakit baik di komunitas maupun di rumah sakit. Pada tingkat pertama; *nurse-led care, no family involvement*: keluarga tidak dapat atau tidak ingin untuk terlibat dalam perawatan, namun keluarga tetap menjadi fokus dalam perawatan anak. Bila keluarga sudah terlibat dalam beberapa aktivitas perawatan dasar seperti menyusui, perawatan kebersihan dan atau memberikan dukungan emosional maka keterlibatan keluarga berada pada tingkat ke dua yaitu *nurse-led care, family involvement in care*. Keterlibatan keluarga pada tingkat ke tiga mulai terlihat kolaborasi antara perawat dan keluarga dimana keluarga telah mampu menentukan pilihan terhadap tindakan perawatan yang ingin dilakukan melalui negosiasi dengan perawat. Di sini perawat berperan sebagai manajer

yang mengamati dan mengajarkan keluarga keterampilan dalam perawatan. Keluarga mulai berperan sebagai perawat primer dengan perawat profesional sebagai fasilitator dan pendukung pada tingkat ke empat. Pada tingkat yang paling tinggi keluarga sudah menjadi ahli dalam semua aspek perawatan anak dimana perawat berperan sebagai konsultan.

Aplikasi FCC di rumah sakit memberikan respon yang berbeda baik bagi staf maupun keluarga, sebagaimana diungkapkan dalam hasil penelitian yang dilakukan oleh Neal, Frost, Kuhn, Green, Cleveland dan Kersten (2007) mengenai penerapan FCC di unit *infant-toddler* diketahui bahwa terdapat perbedaan yang bermakna antara respon staf dan keluarga terhadap penerapan FCC dimana keluarga memiliki respon yang lebih positif daripada staf. Perbedaan persepsi antara perawat dan keluarga terhadap FCC dapat menjadi faktor yang mempersulit aplikasi FCC di lapangan. Menjalinkan kerjasama yang dilandasi oleh rasa saling percaya dan saling menghormati dalam perawatan anak diharapkan dapat mendukung tercapainya tujuan dari pemberdayaan keluarga. Keluarga harus memiliki kekuatan dan mampu mengambil keputusan dalam menentukan dan atau melakukan perawatan bagi anak mereka. Peran perawat adalah membuka kesempatan bagi keluarga untuk terlibat dalam aktivitas perawatan anak dan secara berkesinambungan mendorong peningkatan kompetensi yang dimiliki.

2.5 Persepsi

Persepsi pada hakikatnya merupakan proses kognitif yang dialami oleh setiap orang di dalam memahami informasi tentang lingkungannya, baik lewat penglihatan, pendengaran, perasaan, maupun penciuman. Kunci untuk memahami persepsi terletak pada pengenalan bahwa persepsi itu merupakan suatu penafsiran yang unik terhadap situasi dan bukannya suatu pencatatan yang benar terhadap situasi (Thoha, 2008). Nimran (1996, dalam Sopiah, 2008) mengartikan persepsi sebagai suatu proses dengan mana individu mengorganisasikan dan menafsirkan kesannya untuk memberi arti tertentu pada

lingkungannya. Pengertian lain namun memiliki makna yang sama juga dikemukakan oleh Gitosudarmo (1997 dalam Sopiah, 2008) yang menyebutkan bahwa persepsi sebagai suatu proses menyeleksi, mengorganisasikan dan menafsirkan stimulus lingkungan.

Proses pembentukan persepsi oleh individu melalui beberapa tahap, diawali dengan adanya stimulus dari lingkungan, kemudian individu memberi perhatian dan menyeleksi stimulus yang diperoleh. Tahap berikutnya adalah individu mengorganisasikan dan membuat penafsiran terhadap stimulus yang akhirnya memunculkan persepsi individu terhadap stimulus tersebut Gitosudarmo (1997 dalam Sopiah, 2008). Pembentukan persepsi individu melibatkan koordinasi antara panca indera dan sistem saraf pusat. Hasil interpretasi terhadap pemandangan yang dilihat, suara yang didengar dan sensasi yang dirasakan membangun gambaran individu terhadap dunia. Persepsi juga dapat dibentuk dari tujuan atau harapan terhadap suatu pengamatan atau pengalaman (Potter & Perry, 1985).

Makna yang terbentuk dari persepsi terhadap suatu stimulus menjadi penuntun perilaku individu sehingga persepsi individu merupakan hal yang penting untuk dipelajari dan dipahami (Sopiah, 2008). Perawat sebagai tenaga profesional tentu memiliki persepsi masing-masing terhadap peran, fungsi dan konsep ilmu keperawatan yang mereka miliki yang menjadi landasan bagi setiap sikap dan tindakan mereka dalam memberikan asuhan perawatan bagi pasien. Konsep FCC diakui sebagai filosofi dalam keperawatan anak. Pelibatan keluarga untuk berpartisipasi dalam perawatan anak merupakan salah satu prinsip yang membangun konsep FCC. Penerapan konsep FCC dalam pelayanan perawatan pasien anak merupakan bagian dari penampilan profesionalitas perawat anak (Kyle, 2008). Oleh karena itu aplikasi konsep FCC dalam praktik keperawatan penting untuk dilakukan. Pengalaman dalam bekerjasama dengan pasien dan keluarga dalam aktivitas asuhan keperawatan pada anak dapat membentuk persepsi perawat terhadap penerapan konsep FCC.

2.6 Integrasi Teori Interpersonal Relation Of Nursing Dalam Konsep Pelibatan Keluarga

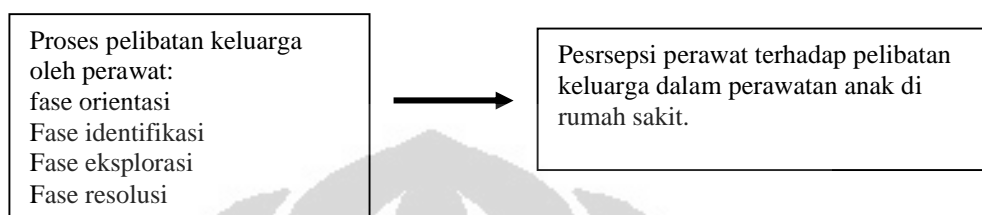
Teori *interpersonal relation of nursing* dikembangkan oleh Hildegard E. Peplau (1952). Teori ini menjelaskan kemitraan antara perawat dan pasien dalam proses keperawatan. Peplau mengidentifikasi empat fase dalam kemitraan perawat dan pasien yaitu fase orientasi, identifikasi, eksplorasi dan resolusi. Dijelaskan pula mengenai tahap-tahap perubahan dalam proses kerjasama antara perawat dan pasien sebagai berikut:

- a. Pada fase awal perawat dan pasien belum saling mengenal, masing-masing memiliki tujuan dan minat yang berbeda antara satu dengan yang lain.
- b. Perawat dan pasien memiliki pendapat masing-masing terhadap masalah kesehatan
- c. Terbentuk sebagian pengertian yang sama dan sebagian pengertian individual terhadap sifat dari masalah kesehatan
- d. Terbentuk pengertian bersama terhadap sifat masalah kesehatan, perawat dan pasien memiliki peran masing-masing dalam merumuskan pemecahan masalah
- e. Berkolaborasi dalam memecahkan masalah kesehatan

Pokok pikiran yang tertuang dalam teori Peplau (1952 dalam Alligood & Tomey, 2006) merupakan pendukung bagi konsep pelibatan keluarga yang terdapat dalam FCC. Partisipasi keluarga dalam perawatan anak di rumah sakit melibatkan kerjasama antara perawat, pasien dan keluarga yang mengikuti fase dan tahapan perubahan sebagaimana dikemukakan dalam teori Peplau tersebut. Pada fase orientasi, aktivitas perawat adalah mengenalkan pasien dan keluarga terhadap tempat dan personil yang akan terlibat dalam proses perawatan. Pada fase ini, baik perawat maupun pasien belum berintegrasi dalam kemitraan. Fase berikutnya adalah identifikasi terhadap siapa dan bagaimana pasien dan keluarga. Kemudian dilanjutkan dengan fase eksplorasi yang bertujuan untuk mengetahui kompetensi yang dimiliki pasien dan keluarga dalam perawatan

kesehatan. Perawat mulai bernegosiasi dengan pasien dan keluarga mengenai kemungkinan kerjasama yang dapat dilakukan yang didasarkan pada kompetensi yang dimiliki oleh keluarga. Kolaborasi perawat dan pasien terbentuk pada fase resolusi yaitu fase pemecahan masalah secara bersama-sama.

2.7 Kerangka Pikir Penelitian



Skema 2.2
Kerangka Pikir Penelitian

Dapat dilihat pada skema gambaran mengenai alur pikir terbentuknya konsep penelitian. Proses pelibatan keluarga oleh perawat mencakup empat fase yaitu fase orientasi, identifikasi, eksplorasi dan resolusi. Keempat fase ini mengikuti konsep yang membangun teori Peplau (1952) yang menyebutkan bahwa kerjasama antara perawat dengan pasien dan keluarganya melalui proses yang diawali dengan tahapan saling mengenali satu sama lain, menentukan masalah, mengeksplorasi sumber-sumber pendukung dalam penyelesaian masalah dan kemudian menentukan metode pemecahan masalah secara bersama-sama. Penelitian ini bertujuan mendapatkan gambaran secara mendalam mengenai persepsi perawat terhadap pelibatan keluarga dalam perawatan anak di rumah sakit.

BAB 3

METODOLOGI PENELITIAN

Bab ini berisi tentang metodologi yang digunakan dalam penelitian. Metodologi penelitian tersebut menjelaskan tentang rancangan penelitian, partisipan, tempat dan waktu penelitian, etika penelitian, alat bantu pengumpulan data, prosedur pengumpulan data, rencana analisis data dan penilaian keabsahan data.

3.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran mengenai persepsi perawat terhadap pelibatan dan pemberdayaan orang tua dalam perawatan anak di rumah sakit. Untuk mempelajari bagaimana persepsi individu terhadap suatu fenomena dapat dilakukan melalui pendekatan fenomenologi deskriptif (Spiegelberg, 1975 dalam Carpenter & Streubert, 2003). Creswell (1998) menjelaskan fenomenologi deskriptif sebagai metode pendekatan dalam studi kualitatif yang menggali bagaimana pengalaman seseorang dalam suatu fenomena. Menurut ahli fenomenologi terdapat keterkaitan antara pengalaman dan persepsi individu dimana pengalaman hidup memberikan arti kepada persepsi masing-masing individu terhadap fenomena tertentu. Oleh karena itu penelitian ini dirancang sebagai penelitian kualitatif dengan menggunakan metode pendekatan fenomenologi deskriptif.

Terdapat empat tahap dalam proses memahami makna dan pengalaman partisipan terhadap pelibatan keluarga dalam perawatan anak di rumah sakit berdasarkan metode pendekatan fenomenologi deskriptif yaitu: *bracketing*, *intuiting*, *analyzing* dan *describing* (Polit, 2001). Pada tahap *bracketing* peneliti menyimpan pendapat dan keyakinannya mengenai fenomena yang diteliti. Ketika wawancara berlangsung peneliti harus menghindari memasukkan pendapatnya dalam jawaban yang diberikan oleh partisipan.

Langkah *intuiting* mulai dilakukan oleh peneliti ketika kegiatan wawancara berlangsung. Selama wawancara berlangsung, peneliti mendengarkan dengan penuh perhatian terhadap jawaban yang diberikan oleh partisipan dan dengan demikian peneliti mencoba merasakan dan seolah-olah masuk ke dalam fenomena yang digambarkan oleh partisipan. Kemampuan intuisi peneliti membantu memudahkan proses analisis data karena intuisi dapat memberikan arahan dalam proses pikir peneliti untuk menentukan esensi dari fenomena yang diteliti.

Langkah berikutnya adalah analisis data. Tujuan dari analisis data adalah untuk mengidentifikasi tema yang esensial dari transkrip hasil wawancara guna mendapatkan gambaran mengenai makna dari partisipan tentang pelibatan keluarga dalam perawatan anak di rumah sakit. Analisis data dilakukan dengan mengikuti metode Colaizzi (1978). Langkah terakhir adalah membuat deskripsi terhadap elemen–elemen penting dari fenomena yang diteliti. Deskripsi dibuat dalam bahasa tulisan peneliti yang didasarkan pada pengelompokan kategori–kategori yang muncul. Uraian dalam deskripsi harus mampu memberikan gambaran mengenai esensi dari fenomena yang diteliti dan hubungan antara satu tema dengan tema yang lain.

3.2 Partisipan

Penjaringan partisipan yang dilibatkan dalam penelitian ini mengacu pada metode *purposive sampling* yaitu suatu metode pemilihan individu sebagai partisipan berdasarkan pengetahuan yang dimiliki terkait fenomena yang ingin diteliti (Carpenter & Streubert, 2003). Jumlah partisipan disesuaikan dengan tercapainya semua data yang dibutuhkan dimana bila data yang diperoleh dari partisipan telah mencapai saturasi maka pengambilan data dari partisipan baru tidak perlu dilakukan lagi (Rice & Ezzy, 2001 dalam Murti, 2010). Adapun partisipan dalam penelitian ini adalah perawat rumah sakit PMI Bogor yang memenuhi kriteria sebagai berikut:

1. Bertugas di ruang perawatan anak
2. Pernah melibatkan keluarga dalam perawatan anak
3. Mampu dan bersedia menceritakan kembali pengalamannya dalam melibatkan keluarga dalam perawatan anak selama bertugas di ruang perawatan anak.

3.3 Tempat dan Waktu Penelitian

3.3.1 Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di rumah sakit PMI Bogor. Rumah sakit PMI Bogor merupakan rumah sakit swasta, tipe B dengan akreditasi A. Rumah sakit ini memiliki ruang perawatan bagi pasien anak. Ruang perawatan anak melayani perawatan berbagai jenis kasus penyakit. Berdasarkan studi pendahuluan diperoleh informasi bahwa perawat sudah melibatkan keluarga dalam proses perawatan anak. Oleh karena itu, peneliti memilih rumah sakit PMI Bogor sebagai tempat penelitian.

3.3.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini berlangsung kurang lebih selama enam bulan yaitu dalam rentang bulan Februari-Juli 2011 terhitung dari penyusunan proposal sampai dengan perbaikan dan pengumpulan tesis. Penulisan proposal sebagai tahap awal proses penelitian dimulai sejak minggu pertama bulan Februari hingga minggu kedua April 2011. Proposal telah diujikan pada minggu ketiga bulan April 2011 dan setelah dinyatakan lulus uji proposal, kemudian peneliti menjalani uji kompetensi sebagai peneliti kualitatif, dalam hal ini dilaksanakan oleh pembimbing II tesis. Pada tahap selanjutnya proposal juga diuji oleh tim komite etik FIK UI dan dinyatakan lulus uji kelayakan pada tanggal 19 Mei 2011 serta dinyatakan penelitian dapat dilaksanakan. Setelah itu peneliti mulai mengurus ijin penelitian di rumah sakit PMI Bogor. Proses pengambilan data dimulai tanggal 26 Mei 2011 sampai tanggal 20 Juni 2011.

3.4 Etika Penelitian

Partisipan yang dilibatkan dalam penelitian ini adalah perawat, oleh karena itu dalam pelaksanaan penelitian, peneliti melindungi hak-hak kemanusiaan partisipan dengan mempertahankan prinsip etik yang meliputi kemanfaatan (*beneficence*), menghormati martabat manusia (*respect for human dignity*), serta keadilan (*justice*) (Polit, 2001).

3.4.1 Prinsip Kemanfaatan (*Beneficence*)

Peneliti menjamin bahwa penelitian yang akan dilakukan tidak membahayakan partisipan baik secara fisik maupun psikologis. Pada saat melakukan prosedur wawancara peneliti mengajukan setiap pertanyaan dengan hati-hati agar tidak mengganggu kenyamanan partisipan. Pelibatan partisipan dalam penelitian ini tidak dimaksudkan untuk eksploitasi partisipan melebihi tujuan penelitian. Penelitian ini tidak menimbulkan risiko atau ancaman bagi keselamatan partisipan.

3.4.2 Prinsip Menghormati Martabat Manusia (*Respect for human dignity*)

Pelaksanaan penelitian ini didasarkan pada keyakinan bahwa partisipan harus dianggap sebagai manusia yang bermartabat dan pengakuan terhadap martabat manusia dilakukan melalui pemberian otonomi atau kebebasan kepada partisipan untuk membuat keputusannya sendiri mengenai keikutsertaannya dalam penelitian. Partisipan juga telah diberikan hak untuk menghentikan keikutsertaan dalam penelitian bila sewaktu-waktu partisipan menginginkannya, berhak menolak memberikan informasi, dan berhak mengajukan pertanyaan untuk mengklarifikasi tujuan dari penelitian dan selama kegiatan penelitian, partisipan berhak mendapat perlakuan yang sopan. Untuk menjamin adanya penghormatan terhadap martabat partisipan, maka sebelum melaksanakan penelitian peneliti menjelaskan semua informasi yang terkait dengan pelaksanaan penelitian kepada partisipan yang meliputi tujuan dan tata laksananya. Peneliti juga menjelaskan hak

dan peran partisipan sebelum, selama maupun sesudah kegiatan pengumpulan data.

3.4.3 Prinsip Keadilan (*Justice*)

Keadilan bagi partisipan merupakan etika yang juga dipertimbangkan oleh peneliti. Dalam penelitian ini, partisipan diperlakukan secara adil dimana tidak ada diskriminasi dalam pemilihan partisipan dan semua partisipan yang dilibatkan dalam penelitian ini berhak mendapatkan perlakuan yang sama. Peneliti menghormati semua persetujuan yang telah disepakati oleh peneliti dan partisipan. Perlindungan terhadap *privacy* partisipan dilakukan dengan mempertahankan prinsip (*anonymity*) dan kerahasiaan (*confidentiality*) (Polit, 2001). Prinsip *anonymity* memberikan jaminan terhadap kerahasiaan identitas partisipan dengan cara tidak mencantumkan nama partisipan pada transkrip wawancara, sedangkan *confidentiality* merupakan jaminan terhadap kerahasiaan semua informasi yang diberikan oleh partisipan, dalam hal ini peneliti menyimpan semua dokumen hasil wawancara serta catatan-catatan yang di dalamnya memuat semua informasi yang diperoleh dari partisipan (Polit, 2001).

3.5 Alat Bantu Dalam Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara mendalam dengan peneliti sebagai instrumennya. Data yang diperoleh selama wawancara direkam menggunakan alat perekam *MP4 player*. Pengamatan terhadap bahasa tubuh partisipan selama wawancara berlangsung dilakukan agar deskripsi terhadap hasil wawancara lebih komprehensif dan akurat. Hasil pengamatan ini akan dicatat oleh peneliti dalam catatan lapangan (*field notes*).

3.6 Prosedur Pengumpulan Data

Data utama dalam penelitian ini diperoleh melalui penggalian informasi dari partisipan dengan metode wawancara mendalam. Prosedur pengumpulan data dibagi dalam tiga tahap yaitu tahap persiapan, pelaksanaan dan terminasi.

3.6.1 Tahap Persiapan

Proses pengambilan data penelitian dimulai setelah proposal penelitian dinyatakan lulus uji etik dari Komite Etik Fakultas Ilmu Keperawatan Indonesia pada tanggal 19 Mei 2011. Setelah dinyatakan lulus uji etik, peneliti mengurus perijinan dengan meminta surat pengantar dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang ditujukan kepada Direktur Rumah Sakit PMI Bogor untuk mendapatkan ijin pengambilan data penelitian. Setelah mendapatkan ijin sementara melakukan penelitian yang dikeluarkan oleh Kepala Bagian Sumber Daya Manusia Rumah Sakit PMI Bogor sambil menunggu surat ijin dari direktur, selanjutnya proses pengambilan data dimulai terhitung mulai tanggal 26 Mei 2011. Persiapan peralatan yang digunakan dalam pengumpulan data yang meliputi alat perekam *MP4 player* dan format catatan lapangan disiapkan sesaat sebelum wawancara dimulai. Alat perekam diletakkan di atas meja pada posisi di tengah antara peneliti dan partisipan agar percakapan dapat direkam dengan baik.

3.6.2 Tahap Pelaksanaan

Kegiatan wawancara dilakukan di ruang perawatan anak Rumah Sakit PMI Bogor. berdasarkan kontrak waktu dan tempat yang telah disepakati bersama antara peneliti dan partisipan. Wawancara yang telah dilaksanakan berkisar antara 45 sampai 70 menit. Wawancara hanya dilaksanakan sekali untuk masing-masing partisipan. Pelaksanaan wawancara diawali dengan mengingatkan kembali kontrak dan kesepakatan untuk melakukan wawancara serta pengisian data demografi partisipan. Peneliti menggunakan pedoman wawancara yang telah dibuat untuk memudahkan dalam melakukan wawancara dan menggunakan alat

perekam untuk merekam data verbal sebagai hasil percakapan peneliti dan partisipan.

Field note digunakan oleh peneliti untuk mencatat komunikasi non verbal dan kondisi lingkungan yang ditampilkan oleh partisipan. Selama wawancara, peneliti berkonsentrasi terhadap jawaban partisipan dan sekaligus melakukan pencatatan *field note* terhadap hal-hal selain verbal partisipan yang dirasakan mendukung pernyataan partisipan seperti ekspresi wajah, intonasi suara, gerakan tubuh yang berulang dan suasana lingkungan yang mempengaruhi proses wawancara.

3.6.3 Tahap Terminasi

Wawancara diakhiri setelah partisipan merasa telah memberikan semua informasi yang berhubungan dengan fenomena yang diteliti. Selanjutnya peneliti menutup proses wawancara dengan mengucapkan terima kasih kepada partisipan dan membuat kontrak waktu untuk kemungkinan pertemuan kembali guna validasi data yang sudah diperoleh.

3.7 Pengolahan dan Analisis Data

3.7.1 Pengolahan Data

Penulisan data hasil wawancara dilakukan segera setelah kegiatan wawancara dilakukan. Penulisan dilakukan dengan pembuatan naskah transkrip berdasarkan hasil wawancara dan *field note*. Setiap kalimat pertanyaan peneliti diberi kode P, sedangkan kalimat jawaban dari partisipan diberi kode J. Pemberian kode pada masing-masing kalimat pertanyaan dan jawaban tersebut dimaksudkan untuk memberi kemudahan bagi peneliti dalam proses selanjutnya yaitu analisis data.

3.7.2 Analisis Data

Analisis data pada penelitian ini dilakukan dengan mengikuti metode Colaizzi (1978 dalam Carpenter & Streubert, 2003). Adapun langkah-langkah analisa data yang telah dilakukan peneliti mengikuti metode Colaizzi adalah sebagai berikut:

1. Peneliti membaca transkrip hasil wawancara yang menggambarkan pengalaman partisipan melibatkan keluarga dalam perawatan anak di rumah sakit. Transkrip hasil wawancara dibaca secara berulang-ulang hingga peneliti mendapatkan pemahaman terhadap deskripsi partisipan yang terkait dengan persepsi mereka terhadap pelibatan keluarga dalam perawatan anak di rumah sakit.
2. Setelah peneliti memiliki pemahaman terhadap pengalaman partisipan yang menggambarkan persepsi mereka terhadap pelibatan keluarga, peneliti menentukan pernyataan-pernyataan yang mengungkapkan persepsi partisipan terhadap pelibatan keluarga dalam perawatan anak di rumah sakit yang selanjutnya dalam penelitian ini disebut sebagai kalimat kunci.
3. Peneliti selanjutnya membaca kembali masing-masing kalimat kunci partisipan dan mencoba memahami pandangan (makna) apa yang dikemukakan oleh partisipan dalam masing-masing pernyataan tersebut.
4. Setelah peneliti mendapatkan makna dari setiap pernyataan partisipan, peneliti mengelompokkan pernyataan-pernyataan dari masing-masing partisipan yang memiliki makna yang sama ke dalam satu kategori.
5. Langkah selanjutnya adalah peneliti merumuskan kalimat yang tepat yang dapat mewakili arti dari pernyataan-pernyataan partisipan yang telah dikelompokkan dalam satu kategori tersebut.

6. Peneliti kemudian membaca kembali kategori-kategori yang telah dibentuk dan mencoba memaknai arti dari setiap kategori tersebut hingga peneliti dapat menentukan kategori-kategori yang memiliki makna yang sama untuk selanjutnya dikelompokkan lagi berdasarkan kesamaan makna yang dimiliki tersebut.

7. Kelompok kategori yang memiliki makna yang sama dibaca kembali oleh peneliti untuk dapat menentukan kalimat atau deskripsi yang tepat yang dapat mewakili makna dari kelompok kategori tersebut yang selanjutnya disebut sebagai tema.

3.8 Keabsahan Data

Penilaian keabsahan data merupakan kegiatan penting yang harus dilakukan dalam sebuah penelitian. Keabsahan data menjelaskan bahwa data yang diperoleh dapat dipercaya telah mampu merepresentasikan pengalaman hidup partisipan. Terdapat empat kriteria yang menandai keabsahan suatu data yaitu *credibility*, *dependability*, *confirmability*, dan *transferability* (Carpenter & Streubert, 2003).

Derajat kepercayaan (*Credibility*) merupakan kriteria yang menjelaskan apakah temuan penelitian telah sesuai dengan informasi yang diberikan oleh partisipan. Data dikatakan memiliki derajat kepercayaan bila temuan dalam penelitian yang dilaporkan oleh peneliti sudah dapat mewakili pengalaman partisipan. Untuk mengukur derajat kepercayaan terhadap data, peneliti melakukan konfirmasi hasil yang diperoleh kepada partisipan apakah definisi yang dirumuskan oleh peneliti telah sesuai dengan pengalaman partisipan. Konfirmasi kepada partisipan dilakukan setelah peneliti membuat definisi terhadap tema yang didapatkan.

Kebergantungan (*Dependability*), kriteria ini menjelaskan keajegan data dimana keutuhan dari kenyataan yang diteliti tidak akan berubah bila instrumen penelitian berbeda dalam konteks penelitian yang sama. Kepastian (*Confirmability*) berarti perumusan temuan penelitian benar-benar berasal dari data yang diperoleh dalam proses pengumpulan data dan bukan berdasarkan *a priori* dari peneliti sendiri.

Keteralihan (*Transferability*) merupakan sifat data yang memberikan kepastian bahwa temuan penelitian dapat memberikan arti yang sama bagi orang lain dalam konteks pengalaman yang sama. Dalam hal ini, konteks pengirim dan konteks penerima harus relatif sama agar temuan penelitian dapat ditransfer.

Pemeriksaan keabsahan data dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan beberapa metode penilaian. Untuk mengetahui derajat kepercayaan data, peneliti melakukan konfirmasi ulang mengenai temuan penelitian yang telah diberikan definisi atau disebut sebagai tema kepada partisipan untuk memastikan apakah yang telah mereka ungkapkan dalam proses pengumpulan data sesuai dengan definisi yang disampaikan oleh peneliti. Semua partisipan menyatakan bahwa tema yang telah dirumuskan oleh peneliti telah mewakili persepsi mereka terhadap pelibatan keluarga dalam perawatan anak di Rumah Sakit PMI Bogor.

Penilaian terhadap kepastian dan kebergantungan data dilakukan melalui proses penelusuran audit (*audit trial*). Kegiatan *auditing* dilakukan oleh auditor yang dalam hal ini dilakukan melalui proses bimbingan. Peneliti meminta dosen pembimbing tesis sebagai *eksternal reviewer* melakukan pemeriksaan terhadap kelengkapan material penelitian yang meliputi transkrip verbatim dan *field notes*, dan meminta untuk melakukan analisis perbandingan guna menjamin objektivitas hasil penelitian.

Penentuan keteralihan data dilakukan dengan cara membuat uraian rinci yang menggambarkan konteks penelitian. Uraian rinci merupakan penafsiran terhadap temuan-temuan yang mengungkapkan segala sesuatu yang dibutuhkan oleh pembaca agar temuan dapat dipahami. Untuk mencapai kriteria keteralihan data peneliti harus mempelajari konteks pengirim dan penerima sehingga temuan penelitian nantinya dapat disampaikan dengan baik dan dipahami oleh pembaca atau audiens. Namun dalam penelitian ini peneliti tidak melakukan penilaian keteralihan data karena keterbatasan waktu penelitian.

BAB 4 HASIL PENELITIAN

Bab ini memuat penjelasan mengenai hasil penelitian yang terdiri dari dua bagian yaitu: pertama, peneliti akan mengemukakan gambaran mengenai karakteristik partisipan yang merupakan penjelasan dari data demografi partisipan; kedua, peneliti akan memberikan gambaran mengenai persepsi perawat terhadap pelibatan keluarga dalam perawatan anak di rumah sakit sesuai dengan tujuan penelitian. Adapun gambaran mengenai persepsi perawat tersebut tertuang dalam tema-tema yang didapatkan sebagai hasil analisis terhadap data yang diperoleh dari partisipan.

4.1 Karakteristik Partisipan

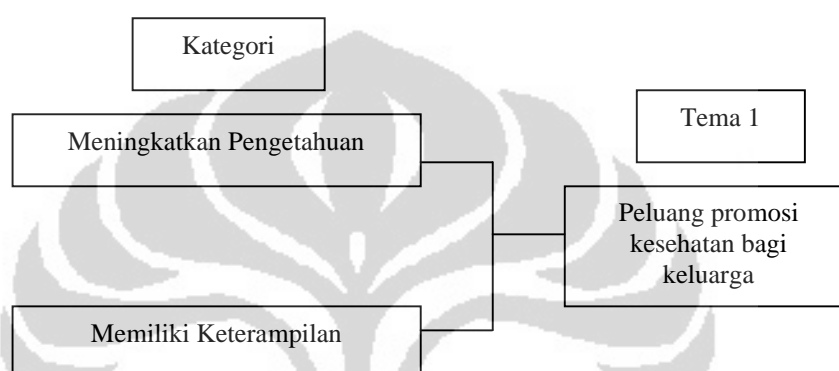
Partisipan yang terlibat dalam penelitian ini berjumlah lima perawat dimana empat orang partisipan adalah perawat wanita dan satu perawat pria. Sebagian besar partisipan yaitu sebanyak empat orang mempunyai latar belakang pendidikan diploma keperawatan dan satu orang merupakan lulusan Sekolah Perawat Kesehatan (SPK). Rata-rata usia partisipan adalah 31 tahun dimana usia yang termuda adalah 30 tahun dan partisipan yang tertua adalah berumur 43 tahun. Adapun rata-rata masa kerja partisipan di paviliun Aster rumah sakit PMI Bogor adalah empat tahun.

4.2 Tema

Analisis yang dilakukan terhadap data yang diperoleh dari wawancara mendalam dan catatan lapangan selama proses pengambilan data menghasilkan empat tema yang memberikan gambaran mengenai persepsi perawat terhadap pelibatan keluarga dalam perawatan anak di rumah sakit yaitu: peluang promosi kesehatan bagi keluarga, optimalisasi pencapaian tujuan perawatan dan faktor pendorong pelibatan keluarga oleh perawat. Masing-masing tema akan diuraikan sebagai berikut:

4.2.1 Tema 1: Peluang promosi kesehatan bagi keluarga

Peluang perawat untuk melakukan promosi kesehatan bagi keluarga diperoleh dari pernyataan partisipan yang menggambarkan pandangan mereka mengenai aktivitas yang dilakukan mereka ketika melibatkan keluarga. Tema ini terbentuk dari gabungan dua kategori yaitu meningkatkan pengetahuan keluarga dan keluarga memiliki keterampilan. Gambaran mengenai sintesa tema ini dapat dilihat pada skema berikut:



Skema 4.1
Sintesa tema 1: Peluang promosi kesehatan bagi keluarga

Kategori satu yaitu meningkatkan pengetahuan keluarga. Pelibatan keluarga dalam aktivitas perawatan anak di rumah sakit dipandang sebagai aktivitas yang dilakukan oleh perawat yang salah satunya ditujukan untuk menambah pengetahuan keluarga mengenai perawatan anak. Hal ini tergambar dari pernyataan partisipan 1 dan 3 berikut ini:

"..jangan sampe yang biasa di rumah yang tidak benar berlanjut, makanya harus mendapat sesuatu yang baru di rumah sakit, istilahnya menambah pengetahuan mereka.."(P3).

" ..kita berusaha ke mereka itu ada penambahan ilmu ya.. meskipun sedikit gitu.. jadi tidak hanya melanjutkan ritual, rutinitas yang ada di rumah"(P1).

Sementara itu partisipan 4 mengemukakan bahwa pelibatan keluarga itu lebih banyak dilakukan dengan memberikan motivasi kepada keluarga dengan harapan

keluarga akan mengerti mengenai perawatan bagi anak mereka. Pandangan ini dapat dilihat dari pernyataan partisipan 4 berikut ini:

"..ya itu.. tetap ngasih penjelasan gitu ya.. ya rata-rata itu aja, motivasi banyaknya gitu ya.. supaya mereka mengerti.."(P4)

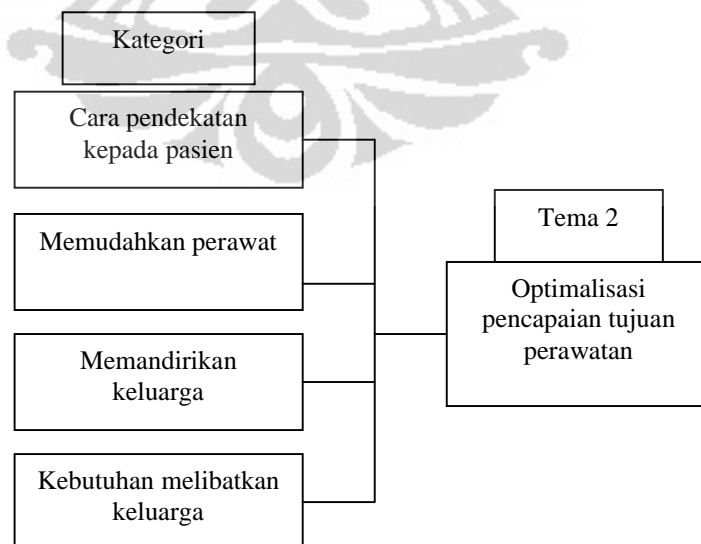
Kategori kedua yaitu keluarga memiliki keterampilan. Partisipan menggambarkan bahwa pelibatan keluarga dalam perawatan anak dilakukan dengan mengajarkan keterampilan perawatan kepada keluarga. Pernyataan dari partisipan 2 dan 4 berikut memberikan gambaran tentang hal tersebut:

"..kalau personal hygiene kita kasih tahu caranya.. bapaknya udah ngerti, ibunya ngerti, o iya.. nerima keluarganya"(P2).

"karena udah sering melihat kali.. melihat ini.. susternya yang ngasih gitu.. nanti kita ini juga ajarin gitu supaya mereka bisa"(P4).

4.2.2 Tema 2: Optimalisasi pencapaian tujuan keperawatan.

Tema ini merupakan hasil sintesa dari empat kategori. Proses pembentukan tema optimalisasi pencapaian tujuan perawatan dapat dilihat pada skema berikut ini:



Skema 4.2

Sintesa tema 2: Optimalisasi pencapaian tujuan perawatan

Tampak pada skema tersebut bahwa tema optimalisasi pencapaian tujuan perawatan terbentuk dari pernyataan partisipan yang membentuk empat kategori yaitu: cara pendekatan terhadap pasien, memudahkan perawat, memandirikan keluarga, dan kebutuhan melibatkan keluarga.

Partisipan menganggap bahwa pelibatan keluarga dalam perawatan anak merupakan cara pendekatan terhadap pasien. Anggapan ini tergambar dari pernyataan partisipan 1,2,3 dan 4 berikut ini:

"sekarang sama saya ngga mau.. masa sama orang tuanya ngga mau.. kan gitu ya.. ya alhamdulillah ternyata.. ayo dong N.. N kan sayang sama mama.. ahirnya orang tua kan yang beperan di situkan ngasih pendkes ke anaknya kan.."(P1).

"kalau keluarga bersedia ikut.. untuk.. supaya.. anaknya itu kan tenang ya.. merasa aman ada orang tua kita suruh pegang tangannya misalkan atau kakinya"(P3).

Kalau mereka takut sama kita kan ibunya yang ngasih itu apa.. obatnya gitu.. daripada ngga diminum kan gitu kan.. sambil dia ngambek giliran ibunya yang bisa bujukm kan ngasih.. (P4).

"tolong bantuin anaknya.. pegangin anaknya, kita mau nginfus dulu mau suntik dulu.. soalnya anaknya suka ketakutan gitu.. kan anaknya suka ngga mau diam ya.. jadi dipegangin sama ibunya sama bapaknya.. (P2).

Ungkapan mengenai pendapat partisipan bahwa pelibatan keluarga memberikan kemudahan bagi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan terlihat pada petikan pernyataan yang dikemukakan oleh partisipan 3 dan 4 berikut:

"justru menyenangkan kalau orang tua kooperatif ya.. jadi kita melakukan aktivitas perawatan juga lebih mudah"(P3).

"merawat anak tu ngga bisa suster aja itu harus kerjasama ama orang tua, kalau ngga kayak gitu mah repot saya.. bukannya kita ngga mau ya, itu tadi alsannya yang utama, anaknya pasti ngamuk" (P4).

sementara itu, pernyataan dari partisipan 2 dan 4 berikut dapat dipahami sebagai bentuk ungkapan yang menjelaskan harapan partisipan terhadap kemandirian

keluarga dengan ikut terlibat dalam aktivitas perawatan anak. Ungkapan tersebut dapat dilihat pada petikan pernyataan berikut:

"ibu, kalau anaknya panas.. kan kalau ibu sudah bisa mah sama ibu.."(P2).

"kalau ama kita susternya nangis kan.. susah kalau makannya gimana.. kan kalau bapak ibunya bisa kenapa ngga bapak ibunya.."(P4).

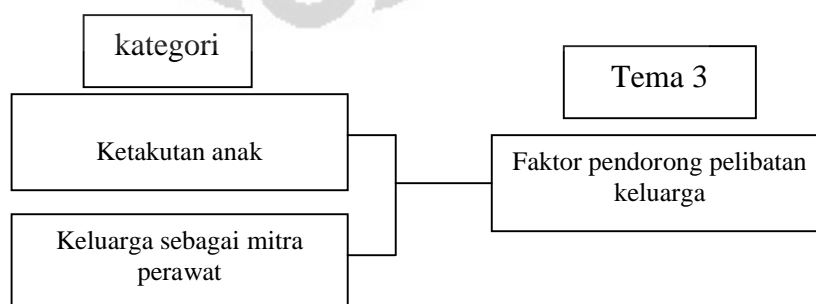
Pelibatan keluarga dalam perawatan anak dipandang sebagai kebutuhan bagi perawat dalam situasi dan kondisi tertentu. Petikan pernyataan partisipan 3 dan 5 berikut memberikan gambaran mengenai hal tersebut:

"bu tolong ya nanti kalau sudah sampai sekian jika kebetulan susternya tidak sedang ke sini, ibu lapor ke suster.. ya khawatirnya kita pas lagi menerima pasien baru atau pas lagi sibuk..(P3).

"bisa untuk membantu kita juga ya, ya mungkin kalau kita lagi sibuk keluarga udah diajarin, takutnya kelewat jam minumnya, kita kan kadang banyak pekerjaan.."(P5).

4.2.3 Tema 3: Faktor pendorong pelibatan keluarga oleh perawat

Proses pembentukan tema faktor pendorong pelibatan keluarga oleh perawat dapat dilihat pada skema berikut ini:



Skema 4.3

Sintesa tema 3: Faktor pendorong pelibatan keluarga oleh perawat

Partisipan memiliki pandangan bahwa ketakutan anak terhadap perawat menjadi alasan perawat melibatkan keluarga dalam perawatan anak. Pandangan tersebut dapat dilihat dari pernyataan partisipan 2 dan 4 berikut ini:

"..kalau di anak itu kan kalau sama perawat biasanya takut.. anak mah kebanyakan takut pengennya sama ibunya terus.. otomatis kita kan melibatkan keluarga.."(P2).

"kadang kita ngelibatin keluarganya.. mereka khawatir takutnya ada apa-apa katanya.. jadi harus kita yang ngasih gitu.. cuman kan saya bilang, kalau kita ngga ngelibatin ibunya, takutnya anaknya takut bu.."(P4).

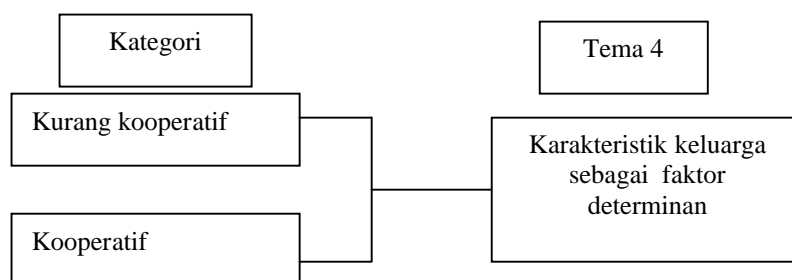
Alasan lain perawat melibatkan keluarga adalah perawat menganggap bahwa keluarga sebagai mitra dalam melaksanakan aktivitas. Anggapan ini dapat dilihat pada petikan pernyataan partisipan 1 dan 4 berikut ini:

"..kalau anak kan di situ istilahnya hanya a.. media saja gitu kan.. yang ahirnya nanti akan melaksanakan perawatan itu antara orang tua dengan a.. perawatnya.. kalau orang dewasa beda lagi.."(P1).

"kalau menurut saya harus kerjasama yang bagus antara.. antara susternya ama ini.. keluarga.. kerjasama merawat anak ini gitu.. kalau bapak ibunya ngga mau kerjasama kayaknya susah gitu.. ngga bisalah.. kecuali orang dewasa.. kalau orang dewasa kita bisa omongin.."(P4).

4.2.4 Tema 4: Karakteristik keluarga sebagai faktor determinan

Proses pembentukan tema karakteristik keluarga merupakan faktor determinan dapat dilihat pada skema berikut ini:



Skema 4.4

Sintesa tema 4: Karakteristik keluarga sebagai faktor determinan

Partisipan mengungkapkan bahwa karakter keluarga merupakan faktor yang menentukan bagaimana mereka dilibatkan dalam aktivitas perawatan. Menurut partisipan terdapat dua kategori karakter keluarga yaitu keluarga yang kooperatif dan keluarga yang kurang kooperatif.

Karakter keluarga yang kooperatif menurut partisipan dapat dilihat dari pernyataan partisipan 1,2 dan 3 berikut ini:

"..Di sini kelas 3, status pendidikannya standar, mungkin lebih banyak SMA.. lebih memberikan kemudahan bagi saya pribadi.."(P1)

"..Apalagi kalau keluarganya nerima gitu.. langsung tanggap gitu.. yang kita ajarin, enak sih ngga susah.."(P2)

"..Apalagi yang ibu rumah tangga dia lebih mudah ya diajak kerjasama.."(P3).

Karakter keluarga yang tidak mau terlibat dalam perawatan anak diungkapkan oleh partisipan dalam pernyataan yang diantaranya dikemukakan oleh partisipan 1,2 dan 4 berikut:

"..jadi a.. total care bukan karena total care penyakitnya.. tapi karena orang tuanya nuntut banget.."(P1)

"..kalau orang tuanya kalau di perumahan-perumahan mewah gitu kan suka ngga mau sama kita diiniin.. dilibatkan.."(P2).

"..kalau kelas dua ini rata-rata ada yang menolak .. saya sudah bayar mahal masa kita yang ngerjain.."(P4)

BAB 5 PEMBAHASAN

Pada bab ini peneliti akan menjelaskan interpretasi hasil penelitian, keterbatasan penelitian ini dan implikasinya bagi keperawatan. Interpretasi dan diskusi hasil penelitian dilakukan melalui analisis perbandingan antara hasil penelitian yang telah dilakukan dengan konsep teori maupun hasil penelitian terdahulu yang sesuai dengan konteks penelitian. Selanjutnya peneliti akan membahas tentang hal-hal yang menjadi keterbatasan dalam penelitian ini. Di bagian berikutnya, peneliti akan menyampaikan implikasi penelitian terhadap pelayanan keperawatan, pendidikan keperawatan, dan penelitian yang terkait dengan konteks penelitian ini.

5.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil

Interpretasi dan diskusi hasil penelitian akan dilakukan melalui penjelasan tema-tema yang didapatkan dan membandingkannya dengan tinjauan pustaka dan hasil penelitian terkait yang pernah dilakukan sebelumnya.

5.1.1 Tema 1: Peluang promosi kesehatan bagi keluarga

Partisipan memandang pelibatan keluarga sebagai peluang bagi perawat untuk memberikan ilmu yang baru guna meningkatkan pengetahuan dan memberikan motivasi bagi keluarga agar mereka menjadi mengerti dalam hal perawatan anak. Selain itu partisipan juga menganggap pelibatan keluarga sebagai kesempatan untuk mengajarkan keterampilan perawatan kepada keluarga agar keluarga bisa melakukan. Beberapa metode yang biasa diterapkan oleh partisipan dalam upaya meningkatkan pengetahuan dan mengajarkan keterampilan kepada keluarga pasien yang diantaranya adalah melalui diskusi, menjelaskan, mencontohkan, mengajarkan cara, dan memberikan pengalaman kepada keluarga.

Promosi kesehatan didefinisikan sebagai upaya yang dilakukan terhadap masyarakat sehingga mereka mau dan mampu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Lebih lanjut dijelaskan pula bahwa promosi kesehatan merupakan upaya intervensi terhadap faktor perilaku dalam masalah kesehatan masyarakat. Perilaku dibagi dalam tiga tingkat ranah yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan. Promosi kesehatan bukan hanya diperlukan dalam pelayanan preventif dan promotif saja, melainkan juga diperlukan pada pelayanan kuratif dan rehabilitatif atau pelayanan rumah sakit. Tujuan dari pengembangan promosi kesehatan di rumah sakit adalah untuk membantu pasien dan keluarganya agar mereka dapat mengatasi masalah kesehatannya (Notoatmodjo, 2010).

Perawat merupakan salah satu tenaga profesional kesehatan yang berperan dalam upaya meningkatkan kesehatan pasien dan keluarga melalui kegiatan promosi kesehatan yang diantaranya adalah dengan upaya peningkatan pengetahuan dan keterampilan perawatan bagi keluarga pasien . Bentuk kolaborasi antara tenaga profesional kesehatan dengan pasien dan keluarga dalam aktivitas perawatan anak diantaranya melalui pendidikan kesehatan secara profesional sebagaimana terdapat dalam prinsip inti FCC (American Academy of Pediatric, 2003). Dalam penerapannya di lapangan, perawat memegang peranan sebagai agen pembawa perubahan (*change agent*), sebagai fasilitator dalam pemberdayaan, dan sebagai praktisi pembuat strategi (Piper, 2009). Beberapa ungkapan pengalaman yang dipaparkan oleh partisipan menggambarkan bahwa partisipan mengambil peran sebagai *change agent* ketika melibatkan keluarga dalam aktivitas perawatan. Hal ini dapat dilihat pada ungkapan partisipan yang mengatakan ingin merubah kebiasaan-kebiasaan dan ritual keluarga yang kurang benar terkait dengan perawatan kesehatan anak yang biasa dipraktekkan oleh keluarga di rumah. Pernyataan partisipan lainnya juga memberikan gambaran bahwa partisipan berperan sebagai fasilitator dalam meningkatkan keterampilan keluarga. Salah satu partisipan mengatakan bahwa dalam mengajarkan kompres kepada keluarga, partisipan mengajarkan cara dan sekaligus menyediakan alat dan bahan yang diperlukan.

Berdasarkan hasil analisis terhadap pernyataan partisipan yang kemudian dikaitkan dengan definisi promosi kesehatan tersebut, peneliti memiliki pandangan bahwa aktivitas pengajaran dan motivasi yang dilakukan oleh partisipan terhadap keluarga pasien merupakan suatu bentuk intervensi yang ditujukan pada perilaku keluarga agar keluarga menjadi tahu, menerima dan menerapkannya dalam tindakan. Dengan demikian, pelibatan keluarga oleh perawat dalam aktivitas perawatan pasien merupakan kesempatan bagi perawat untuk melakukan promosi kesehatan kepada keluarga pasien.

Menurut tahapan perubahan dalam proses kerjasama antara perawat dan pasien yang dikemukakan oleh Peplau (1952) dalam teorinya *interpersonal relation of nursing*, promosi kesehatan yang dilakukan perawat terhadap keluarga pasien termasuk dalam proses terbentuknya pengertian bersama terhadap sifat masalah kesehatan dimana perawat dan keluarga telah memiliki peran masing-masing dalam merumuskan pemecahan masalah. Perawat berbagi informasi untuk meningkatkan pengetahuan keluarga dan mengajarkan keterampilan agar keluarga kompeten dalam memberikan perawatan pada anak merupakan proses perumusan metode pemecahan masalah yang dilakukan bersama-sama oleh perawat dan keluarga pasien, sehingga diharapkan selanjutnya keluarga akan mampu berkolaborasi dengan perawat dalam memecahkan masalah kesehatan pasien.

5.1.2 Tema 2: Optimalisasi pencapaian tujuan perawatan.

Dalam standar proses asuhan keperawatan, tujuan keperawatan tercantum dalam rumusan rencana asuhan keperawatan dimana metode pencapaiannya adalah melalui implementasi dari intervensi keperawatan yang telah direncanakan sesuai kebutuhan pasien. Intervensi keperawatan bagi pasien anak bervariasi, diantaranya adalah tindakan untuk kebersihan diri (*personal hygiene*), keamanan, pengumpulan spesimen, administrasi pengobatan, prosedur untuk mempertahankan keseimbangan

cairan, prosedur untuk mempertahankan fungsi pernapasan dan prosedur yang berhubungan dengan eliminasi (Wong, Perry & Hockenberry, 2002).

Prosedur yang menyakitkan dianggap sebagai suatu hal yang menakutkan bagi anak sejak masa kanak-kanak awal hingga remaja. Reaksi ketakutan pada anak biasanya ditunjukkan dengan perilaku menyerang, menangis, dan menolak perhatian dari orang lain. (Mott, 1985). Oleh karena itu, sebelum mengimplementasikan intervensi yang telah direncanakan, perawat anak perlu melakukan persiapan tindakan yang disesuaikan dengan tahap tumbuh kembang anak agar intervensi keperawatan yang diberikan kepada anak dapat dilakukan. Keberadaan orang tua pada saat dilakukan tindakan pada anak merupakan bentuk dukungan psikologis bagi anak. Orang tua dapat memberikan ketenangan bagi anak dengan cara membantu perawat atau melakukan observasi saat dilakukan tindakan (Wong, Perry, & Hockenberry, 2002).

Konsep tersebut tergambar dari hasil penelitian yang menunjukkan bahwa partisipan menganggap keterlibatan orang tua merupakan cara melakukan pendekatan pada pasien anak ketika dilakukan intervensi keperawatan karena salah satu efek yang diberikan adalah anak merasa tenang bila orang tua berada bersama mereka. Terlihat pada pernyataan partisipan yang mengatakan bahwa anak akan merasa tenang bila saat dilakukan tindakan orang tua berada di sisinya, memegang tangan dan kakinya. Disamping itu orang tua dapat membujuk anak bila anak menolak untuk dilakukan intervensi oleh perawat, sehingga dengan adanya keterlibatan keluarga dapat memberikan kemudahan bagi perawat dalam melakukan aktivitas keperawatan bagi pasien. Pandangan partisipan ini didukung oleh pernyataan dari American Academy of Pediatric (AAP) (2003) yang mengatakan bahwa kehadiran orang tua saat dilakukan prosedur pada pasien anak dapat mengurangi kecemasan baik bagi anak maupun bagi orang tua dan hasil penelitian mengindikasikan bahwa bila orang tua dipersiapkan untuk berada di sisi anak ketika dilakukan suatu prosedur, pelaksanaan prosedur tersebut tidak menjadi lebih lama.

Temuan lain dalam penelitian ini adalah persepsi partisipan mengenai kemandirian keluarga. Partisipan memiliki pandangan bahwa keluarga pasien harus mandiri dalam melakukan aktivitas perawatan sesuai dengan kemampuan yang mereka miliki. Beberapa partisipan mengatakan, ketika mereka sibuk karena jumlah pasien yang banyak atau pada saat menerima pasien baru, tidak semua tindakan perawatan bagi pasien dapat ditangani oleh mereka, oleh karena itu keluarga harus berperan aktif dalam melakukan aktivitas perawatan bagi anak mereka. Partisipan yang lain mengemukakan pendapat tentang hal yang sama dimana mereka mengharapkan keluarga mau mengerjakan tindakan perawatan yang dapat dilakukan sendiri oleh keluarga.

Selain kemandirian keluarga, partisipan juga mempunyai pandangan bahwa dalam situasi dan kondisi tertentu seperti pada saat partisipan sibuk karena banyak pasien, partisipan membutuhkan keterlibatan keluarga untuk melakukan tindakan keperawatan agar tujuan perawatan tetap tercapai. Beberapa partisipan mengatakan mereka khawatir pemberian obat atau pemberian makan bagi pasien bisa terlewat pada saat mereka sangat sibuk menghadapi pasien yang banyak. Mereka memiliki pemikiran bahwa daripada tujuan perawatan tidak tercapai lebih baik mereka melibatkan keluarga pasien untuk membantu mereka pada situasi dan kondisi yang demikian.

Sementara itu, Graves dan Hayes, Kristjindottir (1996; 1995 dalam Pott et al, 2003) mengatakan bahwa keluarga tetap dilibatkan dalam aktivitas perawatan anak mereka selama di rumah sakit karena keluarga membutuhkan kepercayaan dari tenaga kesehatan terhadap kemampuan yang mereka miliki. Perawat harus mengakui bahwa keluarga memiliki kekuatan dan membangun kekuatan tersebut dengan memberikan kesempatan bagi keluarga untuk berpartisipasi pada semua tingkat perawatan kesehatan anak termasuk di dalamnya adalah ikut terlibat dalam aktivitas perawatan bagi anak dan mendapatkan pendidikan dari tenaga kesehatan, ikut membuat peraturan dan program pengembangannya. Keluarga didukung dan difasilitasi dalam

membuat pilihan terhadap pendekatan perawatan yang mereka inginkan. Tenaga profesional kesehatan hendaknya memberdayakan pasien dan keluarga untuk menemukan kekuatan, membangun kepercayaan diri dalam menentukan pilihan dan keputusan terkait kesehatan mereka (American Academic of Pediatric, 2003).

Dengan membandingkan temuan dalam penelitian ini dengan pernyataan yang dikemukakan oleh Graves dan Hayes; Kristjindottir (1996; 1995 dalam Pott et al, 2003) serta konsep yang dikemukakan oleh AAP (2003), terdapat cara pandang yang berbeda terhadap tujuan pelibatan keluarga dalam perawatan anak di rumah sakit. Menurut partisipan, kemandirian keluarga untuk terlibat dalam perawatan pasien dibutuhkan oleh perawat terutama pada situasi dan kondisi tertentu seperti ketika perawat sedang mengalami kesibukan oleh karena banyaknya pasien yang dirawat, sementara di sisi lain, Graves dan Hayes; Kristjindottir (1996; 1995 dalam Pott et al, 2003) mengemukakan bahwa keluarga dilibatkan dalam aktivitas perawatan anak karena hal tersebut merupakan kebutuhan bagi keluarga. Pandangan yang hampir sama dikemukakan oleh AAP (2003) yang menyatakan bahwa pelibatan keluarga merupakan bentuk pengakuan terhadap kekuatan yang dimiliki oleh keluarga.

Goldbart dan Mukherjee (1999 dalam Corlett & Twycross, 2006) mengatakan bahwa FCC merupakan suatu model partisipasi orang tua bagi negara barat, yang mungkin tidak tepat bila diterapkan pada masyarakat yang bukan negara barat dimana norma budaya, konteks keluarga dan pengaturan peran keluarga berbeda. Penelitian yang dilakukan oleh Shield dan Nixon (2004 dalam Corlett & Twycross, 2006) mengenai sikap dan praktik terhadap hospitalisasi pada anak yang membandingkan penerapan FCC pada dua negara berkembang yaitu di Indonesia dan Thailand, dengan penerapan FCC di Australia dan Inggris menunjukkan bahwa penerapan konsep FCC dan partisipasi orang tua diterima dengan baik di negara barat dan tidak demikian halnya dengan negara berkembang dimana kebudayaan merupakan faktor yang menentukan cara pandang orang tua dan bagaimana perawatan diberikan oleh tenaga kesehatan.

Dengan demikian dapat dipahami bahwa faktor kebudayaan dan perbedaan dalam pengaturan peran keluarga di setiap komunitas atau suatu negara mempengaruhi cara pandang dan penerapan pelibatan keluarga oleh perawat.

5.1.3 Tema 3: Faktor pendorong pelibatan keluarga

Ketakutan terhadap orang dan lingkungan yang asing biasanya dialami oleh anak-anak pada masa awal kanak-kanak. Selain terhadap orang asing, prosedur yang menyakitkan juga dapat menjadi penyebab ketakutan pada anak bahkan bagi anak remaja (Mott, 1985). Mempertahankan kebersamaan anak dengan keluarga selama perawatan adalah salah satu metode untuk mengurangi ketakutan dan kecemasan pada anak (Ball & Bindler, 2003). Mencegah atau meminimalkan perpisahan anak dengan keluarga merupakan salah satu prinsip dalam *atraumatic care*. Perawat disarankan untuk mengizinkan keluarga mendampingi atau berada di sisi anak ketika dilakukan suatu tindakan (Kyle, 2008).

Selain ketakutan anak, anggapan partisipan bahwa keluarga adalah mitra dalam perawatan anak di rumah sakit juga menjadi faktor pendorong bagi partisipan untuk melibatkan keluarga dalam perawatan anak. Sebagian partisipan mengatakan bahwa merawat pasien anak membutuhkan kerjasama antara keluarga dengan perawat. Partisipan yang lain juga mengatakan bahwa dalam merawat pasien anak perawat tidak bisa berdiri sendiri, merawat pasien anak itu adalah tugas perawat dan keluarga. Hal ini sesuai dengan pendapat yang dikemukakan oleh Smith dan Rees (2000 dalam Hockenberry & Wilson, 2009) yang mengatakan bahwa keluarga dianggap sebagai mitra di rumah sakit. Mulvay; Marshall et al (2001; 2002 dalam Corlett & Twycross, 2006) juga mengungkapkan pendapat yang sama yaitu untuk mengefektifkan penerapan FCC, tenaga kesehatan dan keluarga perlu berkolaborasi dan bekerja sebagai mitra yang sejajar dalam membuat perencanaan bagi perawatan anak. Dengan demikian, peneliti menarik kesimpulan bahwa partisipan telah memiliki

pemahaman yang sesuai dengan perspektif keperawatan anak yang diantaranya adalah filosofi *atraumatic care* dan prinsip kolaborasi.

5.1.4 Tema 4: Karakteristik keluarga sebagai faktor determinan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa berdasarkan pengalaman melibatkan keluarga dalam aktivitas perawatan anak, secara garis besar partisipan menganggap keluarga pasien terbagi dalam dua kelompok yaitu kelompok yang kooperatif dan kelompok yang kurang kooperatif. Hasil analisis terhadap pernyataan-pernyataan partisipan diketahui bahwa mereka memandang faktor sosial ekonomi, latar belakang pendidikan keluarga, riwayat pernikahan dan memiliki anak serta peran keluarga dalam masyarakat menentukan bagaimana mereka dapat diajak untuk terlibat dalam aktivitas perawatan pasien.

Sebagian partisipan mengatakan keluarga dengan latar belakang sosial ekonomi menengah ke atas dirasakan lebih susah untuk dilibatkan karena keluarga merasa merawat anak di rumah sakit itu adalah tugas perawat dan mereka sudah membayar untuk itu. Karakteristik keluarga lainnya yang juga dirasakan sulit untuk dilibatkan adalah keluarga yang bekerja, keluarga yang banyak menuntut kepada perawat dan keluarga yang belum siap untuk memiliki anak. Coyne (2007 dalam Aggarwal et al., 2009) juga mengemukakan hal yang sama dengan hasil penelitian ini dimana terdapat keluarga pasien yang marah bila dilibatkan dalam aktivitas perawatan karena menganggap itu adalah pekerjaan perawat. Perbedaan harapan antara perawat dan keluarga pasien juga berkontribusi terhadap sulitnya membina kerjasama dalam aktivitas perawatan (Ryan & Steinmiller, 2004).

Sementara itu, status pendidikan setingkat SLTA ke bawah dipandang sebagai karakter keluarga yang mudah diajak untuk terlibat dalam aktivitas perawatan anak di rumah sakit. Pandangan ini didukung oleh Ilyas (2004) yang mengatakan bahwa pasien dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah cenderung berada pada posisi

yang lemah, tidak punya cukup pilihan dan hanya berserah diri kepada pemberi pelayanan kesehatan. Selain tingkat pendidikan, sebagian partisipan yang lain mempunyai pandangan bahwa ibu rumah tangga lebih mudah untuk dilibatkan bila dibandingkan dengan ibu yang bekerja.

Pelibatan keluarga dalam perawatan anak merupakan upaya yang dilakukan oleh perawat untuk memungkinkan keterlibatan keluarga dalam perawatan pasien. Upaya pelibatan keluarga oleh perawat berlangsung dalam proses negosiasi antara perawat dan keluarga untuk menentukan dalam hal apa keluarga dapat dilibatkan. Dengan demikian, keterlibatan masing-masing keluarga akan berbeda-beda berdasarkan pada kemampuan dan kemauan yang mereka miliki dan kemungkinan dapat berubah mengikuti perkembangan pasien (Bradshaw et al., 2002 dalam Glaspe & Richardson, 2006).

Keterampilan untuk melakukan strategi berkomunikasi yang positif merupakan kompetensi yang dapat memfasilitasi keberhasilan dari penerapan konsep FCC, sebagaimana direkomendasikan oleh Ryan dan Steinmiller (2004) sebagai hasil penelitiannya mengenai intervensi keperawatan bagi keluarga yang mengalami stres hospitalisasi. Perawat perlu memberikan pengakuan terhadap keunikan cara pandang masing-masing keluarga terhadap cara pengasuhan, struktur keluarga, kemampuan keluarga untuk berbagi emosi dan perbedaan kebutuhan akan tenaga kesehatan serta tingkat keterlibatan yang mereka harapkan dalam perawatan anak (Hanna & Rodger, 2002 dalam Corlett & Twycross, 2006).

Merujuk pada teori *interpersonal relation of nursing* yang dikemukakan oleh Peplau (1952), proses kerjasama antara perawat dan keluarga mengikuti empat tahapan yaitu diawali dengan tahap orientasi, identifikasi, eksplorasi dan resolusi. Pendapat partisipan mengenai perbedaan pada karakteristik keluarga merupakan faktor yang menentukan dalam pelibatan keluarga termasuk dalam tahapan identifikasi. Untuk dapat melanjutkan ke tahap resolusi, perawat terlebih dahulu harus mampu

mengeksplorasi potensi yang dimiliki oleh keluarga, termasuk di dalamnya adalah sumber pendukung seperti keberadaan anggota keluarga yang lain. Selain itu, untuk memungkinkan keterlibatan keluarga dalam perawatan anak, guna mencapai tahap pemecahan masalah kesehatan pasien, perawat harus mampu melakukan negosiasi dengan keluarga dengan menggunakan keterampilan berkomunikasi sebagaimana dikemukakan oleh Ryan dan Steinmiller (2004) yang mengatakan bahwa keterampilan untuk melakukan strategi berkomunikasi yang positif merupakan kompetensi yang dapat memfasilitasi keberhasilan dari penerapan konsep FCC.

5.2 Keterbatasan Penelitian

Beberapa hal yang menurut peneliti menjadi keterbatasan dalam penelitian ini antara lain:

5.2.1 Wawancara dilakukan pada saat jam kerja sehingga kadang-kadang ketika pasien banyak, yang menyebabkan partisipan sangat sibuk dan menyebabkan wawancara menjadi kurang fokus

5.2.2 Tempat wawancara merupakan ruangan perawatan pasien anak sehingga proses wawancara kadang-kadang terganggu oleh suara pasien dan pengunjung lain yang menimbulkan kebisingan.

5.3 Implikasi terhadap Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian Keperawatan

5.3.1 Pelayanan Keperawatan

Hasil penelitian ini memberikan informasi bahwa perawat mempunyai persepsi yang positif terhadap pelibatan keluarga dalam aktivitas perawatan anak di rumah sakit. Hal ini ditunjukkan oleh tema-tema yang diperoleh yang diantaranya adalah perawat dapat melakukan promosi kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan pasien dan

keluarga pada saat keluarga dilibatkan dalam aktivitas perawatan. Selain itu, pelibatan keluarga juga dirasakan dapat mengoptimalkan pencapaian tujuan perawatan. Dengan demikian, hasil penelitian ini dapat menjadi bahan pertimbangan bagi pembuat kebijakan rumah sakit untuk lebih meningkatkan pengembangan model keperawatan anak berpusat pada keluarga. Sosialisasi FCC merupakan langkah penting yang akan mengawali penerapan FCC. Dengan demikian perawat akan memiliki persepsi yang sama mengenai aplikasi FCC pada semua pasien tanpa membedakan karakteristik keluarga.

5.3.2 Pendidikan Keperawatan

Sebagian tema yang diperoleh sebagai hasil penelitian ini belum pernah dibahas di dalam konsep pelibatan keluarga yang telah ada. Temuan tersebut diantaranya adalah alasan pelibatan keluarga oleh partisipan adalah untuk membantu mengurangi beban kerja perawat. Selain itu, tema lainnya menggambarkan bahwa karakteristik keluarga merupakan faktor yang menentukan dalam pelibatan keluarga. Hal ini dapat memperkaya referensi bagi bidang keilmuan keperawatan anak sehingga dapat dijadikan bahan kajian lebih lanjut dalam upaya pengembangan keilmuan baik dalam tatanan konsep dan teori maupun dalam penerapannya di lapangan.

5.3.3 Penelitian Keperawatan

Penelitian ini menghasilkan tema-tema yang menggambarkan mengenai pandangan perawat terhadap pelibatan keluarga dalam perawatan anak di rumah sakit. Dari penelitian ini diketahui bahwa menurut pandangan perawat, karakteristik keluarga merupakan faktor yang menentukan bagi keterlibatan mereka dalam aktivitas perawatan. Temuan ini dapat dijadikan sebagai salah satu wacana bagi penelitian selanjutnya khususnya penelitian terkait pengembangan model perawatan pasien anak yang berpusat pada keluarga.

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa berdasarkan pengalaman berinteraksi dengan keluarga ketika merawat pasien anak, partisipan mempunyai persepsi yang positif terhadap pelibatan keluarga. Hal ini tergambar dari tema-tema yang diperoleh yaitu perawat mempunyai pandangan bahwa pelibatan keluarga dalam perawatan anak merupakan peluang bagi mereka untuk melakukan promosi kesehatan kepada keluarga pasien melalui upaya peningkatan pengetahuan dan keterampilan keluarga. Partisipan juga beranggapan bahwa pelibatan keluarga dalam aktivitas perawatan merupakan salah satu cara mengoptimalkan pencapaian tujuan perawatan pasien. Tema lain yang dihasilkan dalam penelitian ini adalah teridentifikasinya faktor pendorong dan faktor determinan pelibatan keluarga oleh perawat.

Dalam perspektif keperawatan anak, kolaborasi perawat dan keluarga pasien merupakan salah satu standar penampilan profesional perawat. Hal ini didukung pula oleh *family centered care* (FCC) sebagai filosofi keperawatan anak yang di dalamnya terdapat prinsip pelibatan keluarga dalam aktivitas perawatan pasien. Terdapat dua kelompok karakteristik keluarga yang menurut partisipan merupakan faktor penentu bagaimana keterlibatan mereka dalam perawatan anak di rumah sakit. Kelompok pertama adalah karakteristik keluarga yang kurang kooperatif/tidak mau terlibat dalam aktivitas perawatan. Karakteristik keluarga yang kurang kooperatif diantaranya adalah keluarga dengan latar belakang sosial ekonomi kelas menengah ke atas. Selain itu, orang tua yang terlalu banyak menuntut terhadap perawat diungkapkan juga sebagai karakteristik keluarga yang kurang kooperatif. Kelompok kedua adalah karakteristik keluarga yang dianggap kooperatif dalam perawatan anak. Partisipan mengungkapkan bahwa keluarga pasien yang dirawat di kelas tiga dengan latar belakang pendidikan yang tidak terlalu tinggi lebih mudah diajak terlibat dalam

aktivitas perawatan. Partisipan juga mengungkapkan ibu rumah tangga dan keluarga yang cepat tanggap terhadap keterampilan yang diajarkan dirasakan lebih mudah untuk dilibatkan. Ketakutan anak dan anggapan bahwa perawat dan keluarga merupakan mitra dalam aktivitas perawatan menjadi faktor pendorong bagi partisipan untuk melibatkan keluarga dalam perawatan anak di rumah sakit.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Pelayanan Keperawatan

Berdasarkan hasil penelitian ini diketahui secara umum perawat memiliki persepsi yang positif terhadap pelibatan keluarga dalam aktivitas perawatan anak di rumah sakit. Mengingat pentingnya keberadaan keluarga bagi pasien anak, bidang perawatan diharapkan lebih memberi perhatian terhadap peningkatan keterampilan perawat dalam melakukan pendekatan terhadap keluarga pasien dengan memperhatikan keunikan budaya dan nilai yang dianut oleh keluarga terkait struktur, peran dan fungsi masing-masing keluarga melalui penggiatan sosialisasi kepada perawat mengenai perawatan anak yang berpusat pada keluarga diantaranya adalah dengan pengadaan buku saku yang memuat konsep FCC.

Diharapkan juga kepada bidang keperawatan untuk tetap memberikan motivasi kepada perawat diantaranya melalui forum diskusi untuk menerapkan prinsip-prinsip FCC dalam setiap aktivitas perawatan yang dilakukan oleh perawat. serta mempertimbangkan pula desain ruangan perawatan pasien anak yang memungkinkan keluarga dapat tetap bersama dengan anak selama mendapatkan perawatan di rumah sakit. Dengan demikian, penerapan konsep FCC diharapkan dapat lebih dioptimalkan.

6.2.2 Bagi perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu acuan bagi pendidikan ilmu keperawatan khususnya dalam ilmu keperawatan anak untuk menjadikan cara pendekatan kepada keluarga pasien sebagai salah satu keterampilan yang harus dimiliki dan diterapkan oleh siswa/mahasiswa keperawatan. Penerapan pelibatan keluarga dalam perawatan anak hendaknya mempertimbangkan juga faktor kebudayaan pasien dan keluarga dan menjadikannya sebagai kompetensi yang harus dimiliki oleh siswa/mahasiswa keperawatan ketika mereka praktik di lapangan.

6.2.3 Bagi Penelitian Selanjutnya

Tema-tema yang dihasilkan dari penelitian ini dapat dijadikan sebagai acuan bagi penelitian selanjutnya terutama studi lebih lanjut mengenai perilaku, nilai dan budaya yang dianut oleh keluarga dalam mencari layanan kesehatan melalui studi kualitatif dengan metode pendekatan *Etnografi*. Selain itu, peneliti juga menyarankan untuk dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai pengaruh karakteristik keluarga yang meliputi tingkat pendidikan keluarga, status sosial ekonomi dan peran keluarga dalam masyarakat, terhadap perilaku keluarga dalam perawatan anak di rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Aggarwal, S., Cadha, P., Kalia, S., Richardson, S., Winterbottom, L., Shield, L. (2009). Perception of family – centered care: Uk pilot study of the shield and tanner questionnaires. *Neonatal, paeadiatric, and child health nursing*. Volume 12 number 2. diperoleh pada tanggal 17 Januari 2011.
- Alligood, M.R., & Tomey, A.M. (2006) *Nursing theorist and their work*. Missouri: Mosby.
- American Academy of Pediatric. (2003). Family-centered care and pediatrician's role. *Journal of pediatrics*. Diperoleh dari Gale education, religion and humanities litepackage pada tanggal 1 Juli 2011.
- Ball, J. W., & Bindler, R. C. (2003) *Pediatric nursing: Caring for children*. (3rd ed). New Jersey: Prentice Hall.
- Basrowi & Suwandi. (2008). *Memahami penelitian kualitatif*. Jakarta: Rineka cipta.
- Board, R. (2005) School – age children's perceptions of their pediatric intensive care unit hospitalization. Vol. 31 Iss. 3; Pg 166, 10 pgs. *Journal of nursing & allied health source*. Diperoleh tanggal 20 Maret 2011.
- Bruck, L., & Mayer, B.H. (2005). *Pediatric nursing made incredibly easy*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Carpenter, D.R., & Streubert S.H.J., (2003). *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five tradition*. California: Sage publicationn, Inc.
- Corlett, J., & Twycross, A. (2006). Negotiation of parental roles within family-centered care: a review of the research. *Journal of clinical nursing*. Diperoleh pada tanggal 6 Juli 2011.
- Curley, (1988) Evaluated the effectiveness of nursing mutual participation model of care dikutip dari *Parent – focused intervention in improving coping/mental health outcomes of critically ill children and their parents: An evidence base to guide clinical practice* oleh Nurses UK work permits published: Pediatric nursing (2006).

- Fisher, C., Lindhorst, H., Mathews, T., Munroe, D.J., Pulin, D., & Scott, D. (2008). Nursing staff attitudes and behaviour regarding family presence in the hospital setting. Blackwell Publishing Ltd. Jan Original research. *The authors, Journal compilation*. Diperoleh pada tanggal 13 Januari 2011.
- Glaspe, A., & Richardson, J., (2006). *A textbook of children's and young people's nursing*. Churchill Livingstone: Elsevier.
- Hockenberry, M. J. (2003). *Wong's nursing care of infant and children*. Missouri : Mosby.
- Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2009). *Wong's essentials of pediatric nursing*. (8th ed). Missouri : Mosby.
- Ilyas, Y. (2004). *Perencanaan SDM rumah sakit: teori, metoda dan formula*. Jakarta: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI.
- Institute for Family – Centered Care (2009) *Advancing the practice of patient – and family centered care*. Wisconsin Avenue: Bethesda.
- Jackson, D.B., & Saunders, R.B., (1993). *Child health nursing : a comprehensive approach to the care of children and their families*. Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Keene, N. (1999) *Your child in the hospital: A practical guide for parents*. New Mexico: O'reilly.
- Kyle, T. (2008). *Essential of pediatric nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mandel, C. J., & Murray, M. M. (2009). Administrator's understanding and use of family – centered practice. *Journal of early intervention* volume 32 number 1. Diperoleh pada tanggal 10 Januari 2011
- Marks, M.G. (1998). *Broadribb's introductory pediatric nursing*. (5th ed). Philadelphia : Lippincott Company
- Melnyk & Colleagues. (1997) Pilot - tested the effect of creating opportunities for parent empowerment dikutip dari *Two decades of evidence to support implementation of the COPE program as standard practice with parent of young unexpectedly hospitalized/critically ill children and premature infants*. *Evidence – based practice* oleh Melnyk & Small (2006).
- Moleong, L.J. (2006). *Metodologi penelitian kualitatif*. Edisi revisi. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.

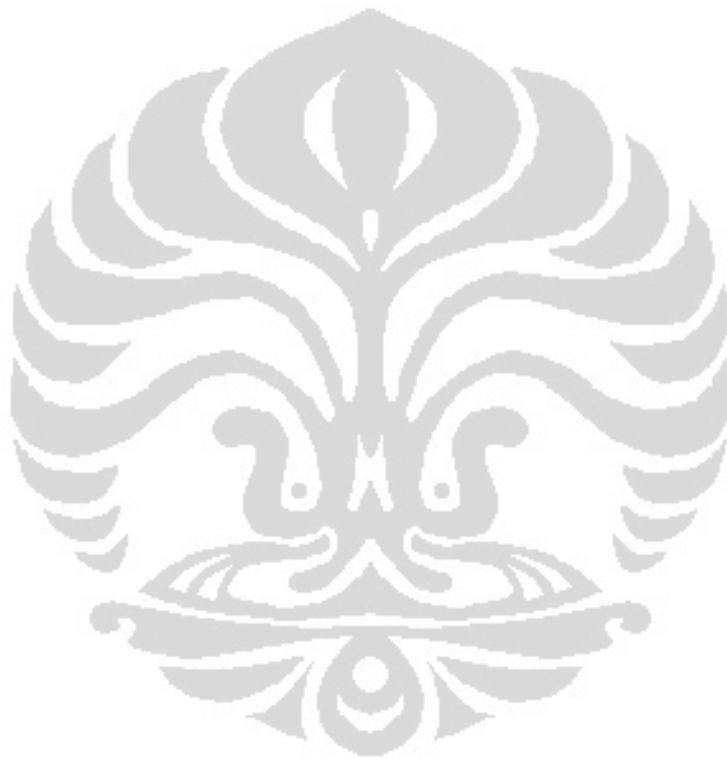
- Moore, M.H., Mah, J.K., Trute, B. (2008). Family centered care and health related quality of life of patients in paediatric neurosciences. Blackwell Publishing Ltd, *Child: care, health and development*, 35, 4, 454 – 463. Diperoleh pada tanggal 10 Januari 2011.
- Mott, S.R. (1985). *Nursing care of children and families a holistic approach*. California: Addison – Wesley.
- Murti, B. (2010). *Desain dan ukuran sampel untuk penelitian kuantitatif dan kualitatif di bidang kesehatan*. Edisi ke-2. Jogjakarta: Gadjah Mada University Press
- Neal, A., Frost, M., Kuhn, J., Green, A., Cleveland, B.G., & Kersten, R. (2007) Family centered care within an infant – toddler unit. *Journal of pediatric nursing*. Vol. 33 No. 6.
- Notoatmodjo, S., (2010). *Promosi kesehatan: teori dan aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta
- Perry, A.G., & Potter, P.A. (1985). *Fundamentals of nursing: Concept, process, and practice*. Missouri: Mosby
- Piper, S. (2009). *Health promotion for nurse: theory and practice*. Oxon: Routledge
- Polit, D.F. (2001). *Essentials of nursing research: Methods, appraisals, and utilization*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Potts, N. L. & Mandleco, B.L. (2007). *Pediatric nursing : caring for children and their families*. Second edition.Canada: Thomson
- Prastowo, A. (2010). *Menguasai teknik-teknik koleksi data penelitian kualitatif*. Jogjakarta: Diva Press.
- Rautava, P, Lehtonen, L., Helenius, H., & Sillanpaa, M. (2002) Effect of newborn hospitalization on family and child behavior: 12 year folloe – up study. *Pediatric* vol 111 no. 2 Februari 2003, pp 277-283. *Journal of the American academy of pediatric*. Diperoleh tanggal 20 Maret 2011
- Ryan, E., & Steinmiller, E. (2004). Modeling family-centered pediatric nursing care: strategis for shift report. *Journal for specialists in pediatric nursing*. Diperoleh pada tangga 1 Juli 2011.
- Shives, L.R. (1998). *Basic concept s in psychiatric mental health nursing*. Philadelphia: Lippincott.

Sopiah. (2008). *Perilaku organisasional*. Yogyakarta: Andi offset

Thoha, M., (2008). *Perilaku organisasi: Konsep dasar dalam aplikasinya*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.

Waechter, E.H. (1985). *Nursing care of children*. Philadelphia : Lippincott Company

Wong, D.L., Perry, S.E., Hockenberry, M.J. (2002). *Maternal child nursing care*. St. Louis: Mosby.



PENJELASAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ade Wulandari

Pekerjaan : Mahasiswa Pasca Sarjana Kekhususan Keperawatan Anak Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Alamat : Jl. Ciheuleut Pakuan Gang Arja – Ciheuleut – Kecamatan Bogor Timur

Dengan ini mengajukan permohonan kepada bapak/ibu untuk bersedia menjadi partisipan dalam penelitian yang akan saya lakukan, dengan judul "Persepsi Perawat Terhadap Pelibatan Keluarga Dalam Perawatan Anak Di Rumah Sakit PMI Bogor".

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi bagaimana persepsi perawat terhadap pelibatan keluarga dalam perawatan anak di rumah sakit PMI Bogor Identifikasi terhadap persepsi perawat anak penting untuk dilakukan untuk menilai bagaimana pandangan perawat terhadap penerapan konsep FCC yang merupakan salah satu filosofi dalam perawatan anak. Persepsi perawat akan dapat tergali bila dalam proses pengumpulan data terjalin kerjasama yang baik antara partisipan dan peneliti. Partisipan memiliki hak sepenuhnya untuk ikut terlibat dalam penelitian ini dan sewaktu-waktu dapat mengundurkan diri karena satu dan lain hal.

Demikian permohonan ini saya ajukan, atas kesediaan bapak/ibu saya ucapkan terima kasih.

Bogor,/...../2011
Hormat saya,

Ade Wulandari

**SURAT PERNYATAAN
BERSEDIA BERPARTISIPASI SEBAGAI PARTISIPAN PENELITIAN**

Kode partisipan

Saya yang bertandatangan di bawah ini, menyatakan bahwa:

1. Telah mendapatkan penjelasan tentang penelitian **”Persepsi Perawat Terhadap Pelibatan Keluarga Dalam Perawatan Anak Di Rumah Sakit PMI Bogor”**.
2. Telah diberi kesempatan untuk bertanya dan mendapat jawaban terbuka dari peneliti.
3. Memahami prosedur penelitian yang akan dilakukan, tujuan, manfaat penelitian yang dilakukan.

Berdasarkan pertimbangan di atas, dengan ini saya memutuskan tanpa paksaan dari pihak manapun juga bahwa saya bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat digunakan seperlunya.

Bogor,/.....2011

Peneliti

Saksi

Yang membuat pernyataan

(Ade Wulandari)

(

)

(

)

DATA DEMOGRAFI PARTISIPAN

Kode partisipan

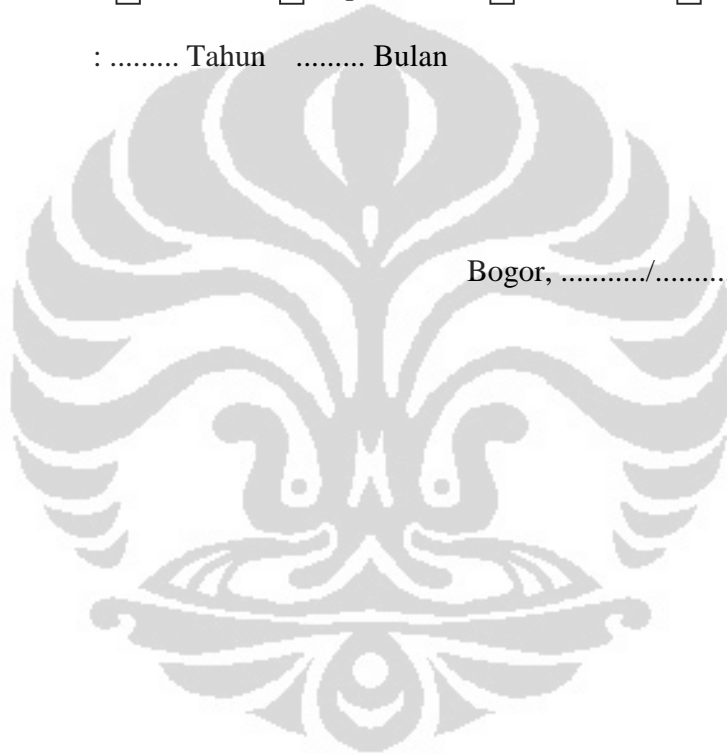
Usia partisipan : tahun

Jenis kelamin : L / P

Pendidikan : SPK Diploma S1 S2

Lama kerja : Tahun Bulan

Bogor,/...../2011

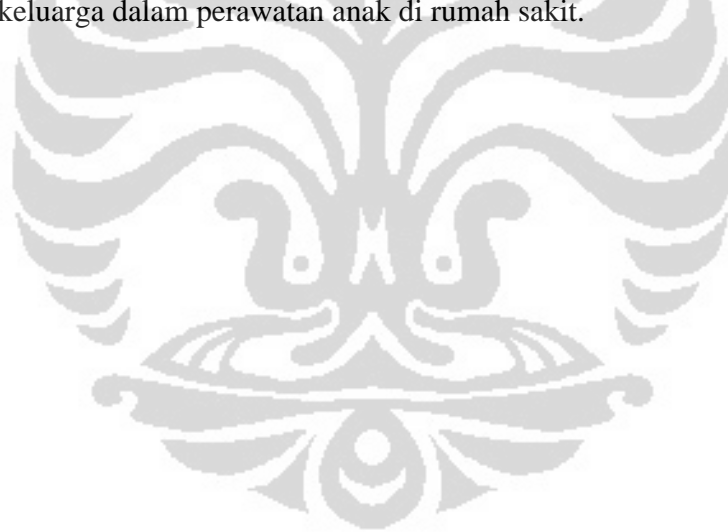


PEDOMAN WAWANCARA

Adapun pertanyaan yang dapat diajukan adalah sebagai berikut:

1. Bapak/Ibu, Ceritakan kepada saya bagaimana pengalaman Bapak/Ibu dalam bekerja sama dengan keluarga pasien selama perawatan?
2. Bapak/Ibu, bisa ceritakan pada saya, selama bekerja di ruang perawatan anak, bagaimana Bapak/Ibu memperlakukan keluarga pasien dalam perawatan anak?

Kemudian pertanyaan-pertanyaan selanjutnya dapat dikembangkan oleh pewawancara berdasarkan jawaban dari partisipan. Pengembangan pertanyaan dimaksudkan untuk memperjelas dan atau menggali lebih dalam pernyataan partisipan untuk mendapatkan gambaran mengenai persepsi perawat terhadap pelibatan keluarga dalam perawatan anak di rumah sakit.



CATATAN LAPANGAN

Format catatan lapangan digunakan untuk mencatat hasil pengamatan terhadap partisipan selama wawancara yang menggambarkan secara lengkap mengenai posisi, postur, gesture, sentuhan, penampilan fisik, ekspresi wajah, isyarat suara, dan jarak territorial.

Wawancara ke :

Kode partisipan :

Tanggal :

PERTANYAAN	DESKRIPSI HASIL PENGAMATAN



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 1091 /H2.F12.D/PDP.04.02/2011
Lampiran : -
Perihal : Permohonan pengambilan data awal

5 April 2011

Yth. Direktur
RS. PMI
Bogor

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Anak Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama

Sdr. Ade Wulandari
0906574751

bersama ini kami sampaikan bahwa pelaksanaan tesis tersebut merupakan bagian akhir dalam menyelesaikan studi di FIK-UI.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa untuk mencari data awal di RS. PMI Bogor sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.



Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Kepala Bidang Keperawatan RS. PMI Bogor
3. Sekretaris FIK-UI
4. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
5. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
6. Koordinator M.A. "Tesis"
7. Peninggal



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 476/H2.F12.D/PDP.04.02/2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

28 April 2011

Yth. Direktur
RS. PMI
Bogor

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Anak Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Ade Wulandari
0906574751

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Persepsi Perawat Terhadap Pelibatan Keluarga Dalam Perawatan Anak di Rumah Sakit"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RS. PMI Bogor.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,


Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Kepala Diklat RS. PMI Bogor
3. Kepala Bidang Keperawatan RS. PMI Bogor
4. Sekretaris FIK-UI
5. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
6. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
7. Koordinator M.A. "Tesis"
8. Pertinggal



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Persepsi Perawat terhadap Pelibatan Keluarga dalam Perawatan Anak di Rumah Sakit.

Nama peneliti utama : **Ade Wulandari**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 19 Mei 2011

Ketua,



Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001

Nomor : 123/diklat,SDM/VI/2011

Bogor 25 Juni 2011

Kepada Yth
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
Di
Tempat

Membalas surat saudara nomor K176/H2.F12.D/PDP.04.02/2011 tanggal 28 April 2011 perihal permohonan penelitian di RS PMI Bogor dalam rangka pelaksanaan kegiatan tesis Program Magister Manajemen Keperawatan, atas nama **Ade Wulandari (NPM 0906574751)**, maka setelah kami koordinasikan dengan bidang terkait kami dapat mengijinkan mahasiswa saudara untuk melakukan kegiatan tersebut diatas dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Kegiatan Penelitian dapat dilaksanakan di Ruang Aster (Perawatan Anak) Rumah Sakit PMI Bogor, dan sebelum melakukan kegiatan tersebut mahasiswa saudara dapat menghubungi Seksi Diklat (Bidang SDM) RS PMI Bogor.
2. Kegiatan tersebut dapat dilaksanakan tanggal 25 Mei 2011 sampai selesai.

Demikian surat ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

Kepala Bidang SDM
Rumah Sakit PMI Bogor.



Dr.Rudi Agung Wahono,MH.Kes

Tindasan kepada Yth:

1. Wadir Pelayanan
2. Ka SMF Anak RS PMI Bogor.
3. Arsip.

SURAT KETERANGAN

No : 124 /Diklat,SDM/VI/2011

Yang bertanda tangan di bawah Kepala Bidang SDM Rumah Sakit Palang Merah Indonesia (RS PMI Bogor), menerangkan bahwa :

Nama : Ade Wulandari
NPM : 0906574751
Institusi : Program Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Anak Universitas Indonesia

Dengan ini menerangkan bahwa nama tersebut diatas telah melaksanakan penelitian dengan judul :”Persepsi Perawat terhadap pelibatan Keluarga Dalam Keperawatan Anak Di Rumah Sakit” di Ruang Aster Rumah Sakit PMI Bogor.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk bisa di pergunakan sebagaimana mestinya.

Bogor, 27 Juni 2011
Rumah Sakit
PALANG MERAH INDONESIA
Kepala Bidang SDM,



Dr. Rudi Agung Wahono, MH.Kes

Tembusan di sampaikan kepada :

1. Yth. Wadir Pelayanan
2. Yth. Ka. Ins Penyakit Anak
3. Yth. Ka.Bid.Perawatan
4. Arsip

Kepada Yth.
Bapak/Ibu Partisipan
di_
Rumah Sakit PMI Bogor

Dengan hormat,

Sehubungan dengan telah berakhirnya proses analisis data hasil wawancara, maka dengan ini saya bermaksud memvalidasi kembali hasil analisis data yang dimaksud dan saya mohon kepada Bapak/Ibu untuk membaca hasil analisis data yang telah saya lakukan, serta berkenan kiranya memberikan umpan balik mengenai hasil analisis data ini apakah telah sesuai dengan pandangan Bapak/Ibu mengenai pelibatan keluarga dalam perawatan anak di rumah sakit.

Atas perhatian dan partisipasi Bapak/Ibu saya ucapkan terima kasih.

Bogor, 29 Juni 2011

Hormat saya,

Ade Wulandari

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

1. DATA UMUM

Nama : Ade Wulandari
Tempat dan tanggal lahir : Sape-Bima, 4 Januari 1981
Agama : Islam
Pendidikan terakhir : Sarjana Keperawatan, Profesi Ners
Status pernikahan : Menikah
Pekerjaan : Staf pengajar Poltekkes Mataram
Alamat rumah : Desa Naru Timur Rt 10 Rw 05 No. 1 Kec. Sape- Kab. Bima-NTB
Alamat institusi : Jl. Soekarno-Hatta No. 03 Rabangodu Selatan Kec. Rasanae Timur-Kota Bima NTB
Identitas orang tua
Ayah : Akhyar H. Abubakar
Ibu : Hadijah M. Saleh

2. LATAR BELAKANG PENDIDIKAN

1987-1993 : SDN Inpres No. 1 Naru-Sape
1993-1996 : SMPN I Sape
1996-1999 : SMUN 1 Raba
2000-2004 : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro
2004-2005 : Program Profesi Ners Universitas Diponegoro
2009-2011 : Program Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Anak Universitas Indonesia