



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN DUKUNGAN PERAWAT DENGAN
TINGKAT KECEMASAN ORANG TUA
DI RUANG RAWAT ANAK
RSAB HARAPAN KITA JAKARTA**

TESIS

**ELSA NAVIATI
0906594305**

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



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN DUKUNGAN PERAWAT DENGAN
TINGKAT KECEMASAN ORANG TUA
DI RUANG RAWAT ANAK
RSAB HARAPAN KITA JAKARTA**

TESIS

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

**ELSA NAVIATI
0906594305**

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

i

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Elsa Naviati

NPM : 0906594305

Tanda tangan :

Tanggal : 14 Juli 2011



HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Elsa naviati

NPM : 0906594305

Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan

Judul Tesis : Hubungan Dukungan Perawat dengan Tingkat Kecemasan
Orangtua di Ruang Rawat Anak RSAB Harapan Kita Jakarta

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Allenidekania, S.Kp, MSc (.....)

Pembimbing : Ns. Widyatuti, M.Kes, Sp.Kom (.....)

Penguji : Yeni Rustina, S.Kp, M.App, Sc, PhD (.....)

Penguji : Yuliana Hanaratri, BSN, MAN (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 14 Juli 2011

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

Sebagai civitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Elsa Naviati
NPM : 0906594305
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Departemen : Keperawatan Anak
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul: Hubungan dukungan perawat dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.

Dengan hak bebas royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmediakan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 14 Juli 2011

Yang menyatakan,

(Elsa Naviati)

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah robbal'alamiin

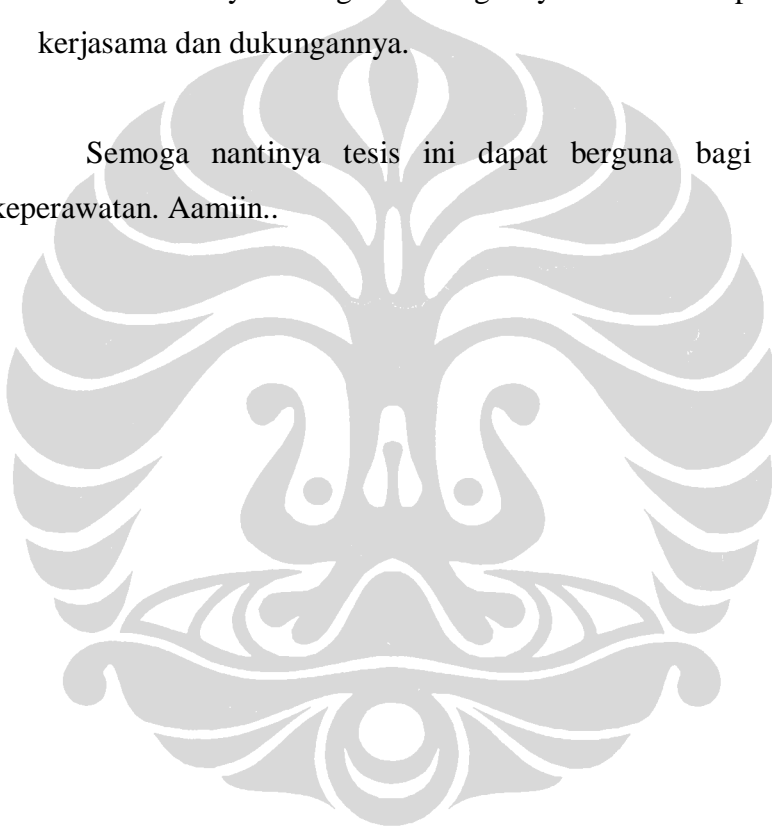
Puji syukur dan sujud syukur senantiasa dipanjatkan kehadirat Allah SWT atas segala keagungan dan kemahabesaran. Hanya dengan petunjuk, rahmat dan karuniaNya tesis yang berjudul **“Hubungan Dukungan Perawat dengan Tingkat Kecemasan Orang Tua di Ruang Rawat Anak RSAB Harapan Kita Jakarta”** ini dapat diselesaikan.

Proses penyusunan tesis ini, penulis banyak dibantu oleh banyak pihak. Oleh karena itu, peneliti ingin mengucapkan rasa terima kasih kepada:

1. Allenidekania, SKp, MSc selaku pembimbing I yang dengan sabar dan sangat perhatian dalam memberikan bimbingan dan memberikan dukungan.
2. Ns. Widyatuti, M.Kes, Sp.Kom, selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan dengan sabar dan sangat perhatian serta memberikan dukungan.
3. Yeni Rustina, S.Kp, M.App, Sc, PhD atas masukan dan saran yang telah diberikan.
4. Yuliani Hanaratri, BSC, MAN atas masukan dan saran yang telah diberikan.
5. Dewi Irawaty, MA, PhD selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
6. Krisna Yetti, SKp, MSc, M.App.Sc selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
7. Seluruh staf dosen pada Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
8. Seluruh staf akademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia atas kerjasama, dukungan dan bantuan yang telah diberikan selama ini.
9. Seluruh jajaran staf Diklat, Bidang Keperawatan, Bidang Penelitian dan tim keperawatan RSAB Harapan Kita Jakarta atas kerjasama, dukungan dan bantuan selama penelitian ini.
10. Bapak dan Ibu tercinta yang senantiasa mencurahkan kasih sayang, perhatian, dukungan dan do'a yang dipanjatkan demi kehidupan terbaik putra putrinya.

11. Kakak dan adik tercinta yang selalu memberikan dukungan dan semangat.
12. Sahabat tercinta (Mas Tata) beserta keluarga besar yang tidak lelah selalu sabar mendampingi setiap langkah, memberikan bimbingan, mencurahkan kasih sayang dan do'a dalam perjalanan ini untuk satu cita-cita bersama.
13. Teman-teman Magister Keperawatan Anak angkatan 2009 (Bu Budi, Om Haris, Kak Tiur, Mbak Ganis, Mbak Dian, Mbak Ade, Kak Indah, teman-teman yang lain), angkatan 2008 (Yanti Riyantini, M.Kep, Sp.Kep.An) yang selalu memberikan dukungan dan doa supaya terus maju dan semangat, juga untuk Mas Bayu atas gambar bagannya dan semua pihak yang terlibat atas kerjasama dan dukungannya.

Semoga nantinya tesis ini dapat berguna bagi pengembangan ilmu keperawatan. Aamiin..



Depok, Juli 2011

Peneliti

ABSTRAK

Nama : Elsa Naviati
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Anak
Judul : Hubungan Dukungan Perawat dengan Tingkat Kecemasan
Orangtua di Ruang Rawat Anak RSAB Harapan Kita Jakarta

Banyak orangtua cemas saat menunggu anak opname di rumah sakit. Kecemasan orangtua memerlukan dukungan perawat sebagai orang terdekat selama di rumah sakit. Teridentifikasi hubungan dukungan perawat dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta merupakan tujuan dalam penelitian ini. Penelitian ini adalah deskriptif observasional dengan pendekatan belah lintang. Sampel ditentukan dengan metode *consecutive sampling* sebanyak 86 responden. Pengukuran menggunakan Kai Kuadrat. Penelitian menunjukkan ada hubungan antara dukungan perawat disemua elemennya yaitu komunikasi dan informasi (*p value* 0,017), emosional (*p value* 0,003), penilaian (*p value* 0,003) dan instrumental (*p value* 0,011) dengan tingkat kecemasan orangtua dan variabel yang paling berhubungan dengan tingkat kecemasan orangtua yaitu dukungan penilaian.

Kata kunci :
Dukungan perawat, kecemasan orangtua

ABSTRACT

Name : Elsa Naviati
Major : Magister of Nursing Science Pediatric Concern
Title : Correlation Between Nursing Support and Parent's Anxiety Level
in Pediatric Ward RSAB Harapan Kita Jakarta

Many parents are anxious when waiting for child hospitalization. Anxiety parents need support for nurses as the nearest person in the hospital. Identification of nursing support relationships with parent's anxiety levels in pediatric ward RSAB Harapan Kita Jakarta is the goal in this study. This is a descriptive observational study with cross sectional approach. The sample is determined by the method of consecutive sampling of 86 respondents. Measurements using Chi Square. Studies show that there is a relationship between support for nurses in all elements of communication and information (p value 0.017), emotional (p value 0.003), appraisal (p value 0.003) and instrumental (p value 0.011). The variables most associated with the level of parental anxiety is appraisal support.

Keywords :
Nursing support, parent's anxiety

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS	ii
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
1. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	8
1.3 Tujuan Penelitian	9
1.4 Manfaat Penelitian	11
2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Anak	
2.1.1. Pengertian Anak	12
2.2 Hospitalisasi	
2.2.1. Pengertian Hospitalisasi	12
2.2.2. Gambaran Hospitalisasi	13
2.2.3. Reaksi Berdasarkan Karakter Anak	13
2.2.4. Reaksi Berdasarkan Tumbuh Kembang Anak	14
2.2.5. Manifestasi Cemas Akibat Perpisahan	15
2.2.6. Dampak Lanjut Hospitalisasi Pada Anak	16
2.2.7. Reaksi Hospitalisasi Pada Orangtua	17
2.3 Kecemasan	
2.3.1. Pengertian Kecemasan	19
2.3.2. Penyebab Cemas	19
2.3.3. Tingkat Kecemasan	20
2.3.4. Manifestasi Cemas Menurut Sistem Tubuh	23
2.3.5. Manifestasi Psikomotor Cemas	25
2.3.6. Manifestasi Cemas Berdasarkan Tingkat Kecemasan	25
2.3.7. Faktor yang Dapat Mempengaruhi Kecemasan	26
2.3.8. Alat Ukur Kecemasan	28
2.4 Keperawatan Anak Menurut Teori <i>Caring</i> Swanson	
2.4.1. Teori <i>Caring</i> Swanson	29
2.4.2. Peran Perawat Anak	32
2.4.3. Dukungan Perawat	33
3. KERANGKA KONSEP PENELITIAN	36
4. METODE PENELITIAN	
4.1 Rancangan Penelitian	45

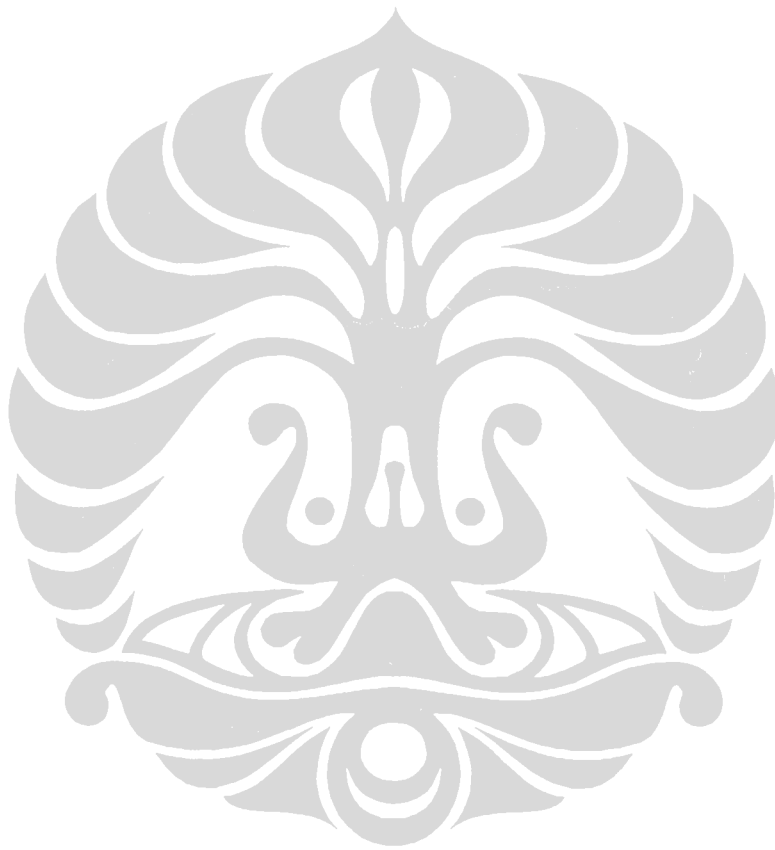
4.2 Populasi dan Sampel	46
4.3 Tempat Penelitian	48
4.4. Waktu Penelitian	48
4.4 Etika Penelitian	49
4.5 Alat Pengumpul Data	50
4.6 Prosedur Pengumpulan Data	53
4.7 Pengolahan dan Analisis Data	56
5. HASIL PENELITIAN	
5.1 Analisa Univariat	60
5.2 Analisa Bivariat	64
5.3 Analisa Multivariat	76
6. PEMBAHASAN	
6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil	79
6.2 Keterbatasan Penelitian	88
6.3 Implikasi Terhadap Pelayanan	89
7. SIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Simpulan	90
7.2 Saran	91

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Struktur <i>Caring</i> Swanson	30
Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian	36

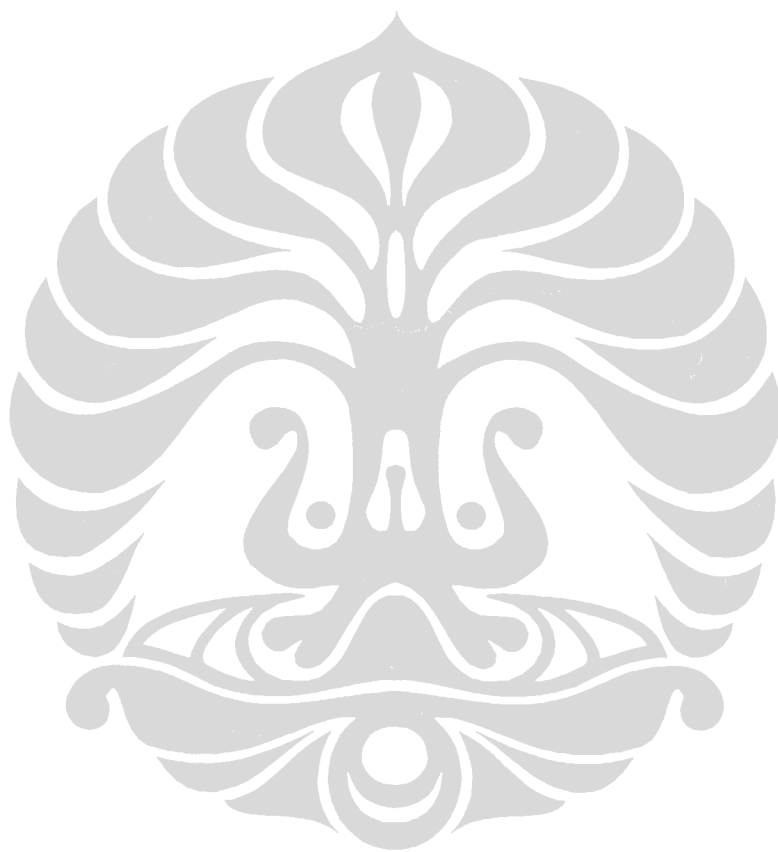


DAFTAR TABEL

Tabel 5.1	Analisa Karakteristik Anak	60
Tabel 5.2	Analisis Karakteristik Orangtua	61
Tabel 5.3	Persentase Dukungan Perawat terhadap Orangtua	62
Tabel 5.4	Persentase Tingkat Kecemasan Orangtua	62
Tabel 5.5	Uji Normalitas	63
Tabel 5.6	Hubungan Antara Dukungan Perawat dengan Tingkat Kecemasan Orangtua	64
Tabel 5.7	Hubungan Antara Dukungan Emosional Perawat dengan Tingkat Kecemasan Orangtua	64
Tabel 5.8	Hubungan Antara Dukungan Emosional Perawat dengan Tingkat Kecemasan Orangtua	65
Tabel 5.9	Hubungan Antara Dukungan Penilaian dengan Tingkat Kecemasan Orangtua	66
Tabel 5.10	Hubungan Antara Dukungan Instrumental dengan Tingkat Kecemasan Orangtua	67
Tabel 5.11	Hubungan antara Usia Orangtua dengan Tingkat Kecemasan Orangtua	68
Tabel 5.12	Hubungan Antara Jenis Kelamin Orangtua dengan Tingkat Kecemasan Orangtua	69
Tabel 5.13	Hubungan Antara Tingkat Pendidikan Orangtua dengan Tingkat Kecemasan Orangtua	70
Tabel 5.14	Hubungan Antara Jenis Pekerjaan Orangtua dengan Tingkat Kecemasan Orangtua	71
Tabel 5.15	Hubungan Antara Suku Bangsa dengan Tingkat Kecemasan Orangtua	72
Tabel 5.16	Hubungan Antara Jumlah Anak dengan Tingkat Kecemasan Orangtua	73
Tabel 5.17	Hubungan Antara Usia Anak dengan Tingkat Kecemasan Orangtua	74
Tabel 5.18	Hubungan Antara Jenis Kelamin Anak dengan Tingkat Kecemasan Orangtua	75
Tabel 5.19	Hubungan Antara Lama Hari Rawat dengan Tingkat Kecemasan Orangtua	75
Tabel 5.20	Hubungan Antara Diagnosis Medis dengan Tingkat Kecemasan Orangtua	76
Tabel 5.21	Seleksi Bivariat	77
Tabel 5.22	Pemodelan Multivariat	78

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Jadwal Penelitian
- Lampiran 2 Lembar Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 3 Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 4 Kuesioner Penelitian
- Lampiran 5 Daftar Riwayat Hidup Peneliti
- Lampiran 6 Surat Ijin Penelitian



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

World Health Organisation (WHO) tahun 2003 mendefinisikan sehat adalah suatu keadaan yang sempurna baik secara fisik, mental dan sosial serta bebas dari penyakit atau kelemahan. Anak yang sehat diharapkan mampu menjalankan aktifitas sehari-hari untuk belajar, bermain dan melaksanakan tugas tumbuh kembangnya.

Tumbuh kembang anak akan terganggu saat anak sakit. Undang Undang No.36 tahun 2009 tentang kesehatan menyatakan bahwa seseorang dikatakan sakit apabila ia menderita penyakit menahun (kronis), atau gangguan kesehatan lain yang menyebabkan aktivitas dan kegiatannya terganggu. Anak sakit tidak dapat melakukan tugas perkembangannya dengan baik. Anak yang seharusnya bermain dan belajar sesuai usianya, harus menjalani hospitalisasi karena sakit.

Angka kesakitan anak di Indonesia berdasarkan Survei Kesehatan Nasional (Susenas) 2001-2005 menyebutkan bahwa pada tahun 2005 angka kesakitan anak usia 0-21 tahun di daerah perkotaan menurut kelompok usianya adalah sebagai berikut: usia 0-4 tahun sebesar 25,84%, usia 5-12 tahun sebanyak 14,91%, usia 13-15 tahun sekitar 9,1%, usia 16-21 th sebesar 8,13%. Angka kesakitan anak usia 0-21 tahun adalah 14,73%. Angka kesakitan anak usia 0-21 tahun apabila dihitung dari keseluruhan jumlah penduduk adalah 14,44%. Penelusuran lebih lanjut yang dilakukan peneliti belum ada data terbaru tentang angka kesakitan anak setelah tahun 2005.

Anak sakit dan harus di rawat di rumah sakit akan berpengaruh kepada kondisi fisik dan psikologisnya, hal ini disebut dengan hospitalisasi. Wong (2009) menjelaskan bahwa hospitalisasi adalah keadaan krisis pada anak saat anak

sakit dan dirawat di rumah sakit, sehingga harus beradaptasi dengan lingkungan rumah sakit. Berdasarkan pengamatan peneliti, lingkungan rumah sakit yang asing, peralatan medis yang menakutkan dan prosedur medis yang menyakitkan sering menjadi gambaran hospitalisasi. Peristiwa ini dapat menjadi hal traumatis bagi anak yang tampak jelas pada reaksi anak.

Wright (1995) dalam penelitiannya tentang efek hospitalisasi pada perilaku anak menyebutkan bahwa reaksi anak pada hospitalisasi secara garis besar adalah sedih, takut dan rasa bersalah karena menghadapi sesuatu yang belum pernah dialami sebelumnya, rasa tidak aman, rasa tidak nyaman, perasaan kehilangan sesuatu yang biasa dialami dan sesuatu yang dirasakan menyakitkan. Ball dan Blinder (2003) menjelaskan bahwa reaksi hospitalisasi berbeda pada setiap tahapan tumbuh kembang anak.

Usia anak dikelompokkan menjadi lima tahapan tumbuh kembang yaitu bayi, *toddler*, usia pra sekolah, usia sekolah dan remaja (Wong, 2009). Reaksi hospitalisasi pada setiap tahapan tumbuh kembang berbeda-beda. Ball dan Blinder (2003) menjelaskan bahwa bayi usia 6 bulan merasa takut kepada orang asing yaitu tenaga kesehatan dan tim kesehatan lain. Berpisah dengan orangtua adalah *stressor* yang sangat tinggi bagi anak usia *toddler*. Mereka merasa takut akan perubahan kondisi tubuhnya atau kehilangan anggota tubuhnya karena penyakit. Anak usia sekolah mulai mengerti kenapa sakit bisa terjadi dan mampu memahami bahwa orangtua tidak harus selalu berada di sampingnya. Anak mengerti bahwa mereka akan rutin berkunjung serta memberikan dukungan. Remaja memusatkan perhatian kepada bentuk tubuh. Mereka takut bahwa sakit yang dialami akan mengakibatkan perubahan pada struktur tubuhnya. Berpisah dengan teman sebaya, lingkungan rumah dan sekolah merupakan penyebab stres pada usia remaja.

Cemas tidak hanya terjadi pada anak. Orangtua mengalami hal yang sama yaitu perasaan takut, cemas, rasa bersalah, sedih bahkan sering kali konflik dihadapi karena harus menunggu anak di rumah sakit. Anak yang mengalami cemas selama di rumah sakit akan mengakibatkan cemas pada orangtua. Cemas orangtua akan meningkatkan cemas pada anak (Wong, et. al; 2009). Peneliti beranggapan bahwa peristiwa tersebut terjadi karena anak merupakan bagian dari kehidupan orangtua sehingga pengalaman yang mengganggu kehidupan anak akan menimbulkan cemas pada orangtua demikian pula sebaliknya.

Peristiwa yang menyebabkan cemas pada orangtua berbeda-beda. Penelitian Alexander, et. al. (1988) menyebutkan bahwa secara umum kecemasan orangtua meningkat ketika orangtua tidak diijinkan untuk mendampingi anak selama menjalani perawatan. Mendampingi anak selama dirawat tidak berarti tidak akan memunculkan kecemasan orangtua. Kecemasan orangtua dapat pula disebabkan oleh ketidakpastian prognosis, kondisi anak yang makin memburuk dan kemungkinan terjadi hal-hal yang tidak diinginkan misalnya kematian.

Tiedeman (2006) meneliti respon cemas orangtua yang anaknya mengalami hospitalisasi. Hasil penelitian tersebut menyebutkan bahwa terjadi penurunan tingkat kecemasan orangtua dari awal masuk rumah sakit sampai pulang. Terdapat hubungan antara kecemasan orangtua dan lamanya anak dirawat di rumah sakit. Tidak ada hubungan antara kecemasan orangtua dengan usia anak, jenis kelamin dan riwayat pernah dirawat sebelumnya.

Kondisi anak yang memburuk dan menjalani hospitalisasi dalam waktu yang lama, dapat menimbulkan dampak pada perkembangan anak. Theofanidis (2006) menyebutkan beberapa fenomena yang mungkin terjadi sebagai dampak lanjut dari hospitalisasi pada anak yaitu gangguan tidur, gangguan pencernaan, sedih, isolasi sosial, ketakutan yang berlebihan atau fobia, penyakit psikosomatis, ketergantungan yang berlebihan pada orangtua, perilaku regresi

seperti menghisap jari dan mengompol di malam hari. Hal ini tentunya akan menambah kecemasan pada orang tua.

Efek hospitalisasi jangka pendek maupun jangka panjang baik pada anak dan orang tua dapat diminimalkan dengan mengoptimalkan peran perawat. Potter dan Perry (2005) menjelaskan bahwa salah satu peran perawat yaitu *educator* dimana perawat mendemonstrasikan prosedur, memberikan informasi penting dan mengevaluasi hasil pembelajaran. Perawat sebagai tenaga kesehatan yang paling sering berinteraksi dengan anak dan keluarga sangat berperan dalam meminimalisasi cemas sebagai dampak hospitalisasi yang terjadi pada anak dan keluarga.

Vulcan dan Nikulich-Barret (1988) meneliti tentang efek dari jenis penyampaian informasi terhadap penurunan kecemasan orang tua menjelaskan bahwa terdapat perbedaan tingkat kecemasan pada orang tua yang mendampingi anak di Rumah Sakit. Perbedaan tingkat kecemasan ini disebabkan karena perbedaan dukungan informasi yang diperoleh orang tua. Tayangan video lebih efektif menurunkan kecemasan dibandingkan informasi secara verbal oleh perawat. Peneliti menyimpulkan bahwa informasi yang didapatkan lewat audio visual akan mampu menurunkan kecemasan lebih baik dibandingkan dengan penjelasan verbal. Melihat dan mendengar akan lebih memperkuat ingatan dan lebih memperjelas maksud dari penjelasan sehingga menambah pengetahuan dan menurunkan kecemasan.

Mok dan Leung (2006) dalam penelitiannya tentang perawat sebagai pemberi dukungan pada ibu sebagai orangtua anak yang dirawat di Rumah Sakit menjelaskan orangtua merasa tenang ketika tim keperawatan mampu memberikan dukungan sehingga mereka mampu membentuk koping positif. Pendapat yang tidak jauh berbeda dijelaskan oleh Trask, et. al. (2003) dalam penelitiannya tentang koping dan dukungan sosial keluarga menjelaskan bahwa

perawat memiliki peran dan fungsi yang penting dalam membantu coping orangtua selama hospitalisasi.

Penelitian tentang dukungan perawat telah banyak dilakukan. Tran Catherin, Medhurst Alison dan O'Connell Beverly pada tahun 2009 meneliti dukungan yang diperlukan orangtua yang anaknya dirawat di ruang neonatus resiko tinggi. Penelitian ini menunjukkan bahwa urutan dukungan dari yang paling dibutuhkan orangtua adalah dukungan instrumental, penilaian, informasi dan yang terakhir, emosional. Dukungan instrumental yang dimaksud oleh orangtua yaitu perawat yang kompeten dalam memberikan asuhan keperawatan. Hal tersebut ternyata mampu menurunkan kecemasan.

Penelitian tentang dukungan perawat di ruang Neonatal Intensive Care Unit oleh Lam Joanne, Spence Kaye dan Halliday Robert (2007) menyebutkan bahwa stres pada orangtua akan menurun seiring dengan meningkatnya dukungan perawat. Pada penelitian ini, disebutkan bahwa informasi yang kurang adalah penyebab stress yang paling dirasakan orangtua.

Sarajarvi et al (2006) meneliti tentang dukungan emosional dan informasi untuk keluarga saat anak sakit. Hasil dari penelitian tersebut yaitu keluarga sangat menginginkan untuk didengarkan oleh perawat, didampingi saat merawat anak yang sakit, diberikan informasi tentang penyakit dan perawatan anak dengan didukung oleh sikap perawat yang baik terhadap keluarga.

Interaksi antara perawat, klien dan keluarga (orangtua) memberikan pengaruh besar terhadap perawatan anak di rumah sakit. Interaksi terbangun dari hubungan yang baik antara perawat, anak dan orangtua. Penelitian oleh Espezel dan Canam (2003) tentang interaksi perawat, anak dan orangtua menjelaskan bahwa saat hubungan baik terbangun antara orangtua dan perawat maka akan mempermudah proses perawatan. Orangtua merasa nyaman dengan perawat yang merawat dengan baik dan mampu memahami anak. Membangun

hubungan antara perawat dan orangtua termasuk didalamnya adalah membangun komunikasi dan berbagi informasi. Komunikasi yang baik akan membangun hubungan yang baik pula.

Pemberian informasi kepada orangtua dan klien saat hospitalisasi merupakan salah satu bentuk dukungan perawat (Sanjari et al, 2009). Dukungan informasi adalah pemberian informasi kepada orangtua dengan bahasa yang mampu dipahami tentang penyakit anak, pengobatan, perkembangan, perawatan yang diberikan, perilaku anak, respon emosional anak, dan peran orangtua dalam merawat anak di rumah sakit (Miles, Carlson & Brunssen 1999). Aplikasi dari pemberian dukungan informasi oleh perawat dibandingkan dokter ternyata lebih dirasakan oleh orangtua. Dijelaskan dalam hasil penelitian oleh Espezel dan Canam (2003) bahwa perawat mampu memberikan informasi lebih jelas dan mudah dipahami orangtua dibandingkan penjelasan yang diberikan oleh dokter. Informasi diberikan dalam bahasa umum atau awam, bukan menggunakan bahasa medis sehingga mudah dipahami.

Ezpezel dan Canam (2003) memaparkan bahwa interaksi antara perawat, orangtua dan anak berubah sesuai dengan kondisi anak. Keadaan anak yang kritis akan mengakibatkan perawat menjadi lebih singkat dalam berkomunikasi karena dukungan lebih difokuskan kepada dukungan instrumental dan penilaian. Informasi faktual tetap diberikan namun fokus implementasi keperawatan tertuju pada penggunaan alat-alat kedokteran. Pemberian informasi yang tidak putus menyebabkan orangtua merasa sangat didukung, ditenangkan hatinya dan merasa lebih baik.

Di Indonesia, penelitian tentang kecemasan sudah banyak dilakukan, Penelusuran peneliti melalui media internet tentang penelitian tingkat kecemasan pada orangtua yang anaknya mengalami hospitalisasi mendapatkan hasil sebagai berikut: Puji Astutik pada tahun 2008 meneliti 50 orang responden didapatkan hasil 6% responden tidak cemas, 32% responden mengalami cemas

ringan, 62% responden mengalami cemas sedang, dan tidak satupun responden mengalami cemas berat.

Masruri Efendy, pada tahun 2011 meneliti tingkat kecemasan orangtua saat anaknya dirawat di RSUD Dr. Soeroto Ngawi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara umum orangtua mengalami cemas berat (37%), cemas ringan (50%) dan sisanya tidak cemas. Orangtua yang anaknya menjalani hospitalisasi sebagian besar akan cemas. Tingkatan kecemasan orangtua berbeda-beda dikarenakan banyak faktor yang mempengaruhinya.

Penelitian mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan orangtua saat hospitalisasi di teliti oleh Anas Tamsuri, Helena Lenawati dan Hendrit Puspitasari pada tahun 2008 di RSUD Pare Kediri. Hasil penelitian menyebutkan bahwa pengetahuan orangtua tentang hospitalisasi tidak mempengaruhi kecemasan namun dukungan sosial keluarga dan pengalaman berpengaruh terhadap tingkat kecemasan.

Berbagai faktor mempengaruhi tingkat kecemasan orangtua. Penelitian oleh Scrimin et al (2009) menyebutkan bahwa orangtua ditinjau dari usia dan tingkat pendidikan, ternyata tidak berpengaruh terhadap tingkat kecemasan. Selain itu, usia anak termasuk dalam variabel yang tidak mempengaruhi kecemasan orangtua. Disisi lain, jenis kelamin sangat mempengaruhi tingkat kecemasan.

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan oleh peneliti saat praktik aplikasi pada bulan Oktober sampai Desember 2010 di ruang rawat anak Rumah Sakit Anak Bunda Harapan Kita Jakarta, pelaksanaan dukungan perawat kepada keluarga klien telah dilakukan. Wawancara peneliti kepada 4 orangtua (ibu) di ruang rawat anak mengenai tingkat kecemasan terkait masalah hospitalisasi pada anak mendapatkan hasil semua orangtua merasa cemas dengan tingkatan yang berbeda-beda, 2 orang mengalami cemas ringan dan 2 orang lainnya mengalami

cemas sedang. Peneliti menilai tingkat kecemasan pada keluarga klien tersebut menggunakan *Self Assessment Zung Anxiety Scale*.

Pengkajian lebih lanjut dilakukan oleh peneliti kepada keluarga didapatkan data bahwa keluarga mengatakan komunikasi dan informasi dari tenaga keperawatan adalah salah satu yang mampu mengurangi kecemasan keluarga terkait masalah kesehatan anak yang sedang dirawat. Komunikasi yang baik dengan bahasa yang mudah dipahami dan bersikap empati pada kondisi keluarga dan klien merupakan hal yang menurut orangtua sangat membantu mereka dalam memahami hospitalisasi pada anak dan menurunkan tingkat kecemasan. Keluarga mengatakan bahwa perawat di RSAB Harapan Kita telah melakukan dukungan pemberian informasi dengan baik.

Komunikasi dan informasi merupakan salah satu bentuk dukungan perawat. Dukungan perawat terdiri atas 4 (empat) elemen yaitu dukungan informasi, emosional, penilaian dan instrumental (Miler, 1999). Satu elemen yaitu dukungan informasi telah dianggap mampu mengurangi kecemasan orangtua. Tiga elemen lain belum pernah diteliti hubungannya dengan tingkat kecemasan orangtua. Oleh sebab itu peneliti ingin mengetahui apakah ada hubungan antara dukungan perawat (dukungan informasi, emosional, penilaian dan instrumental) dengan tingkat kecemasan orangtua yang anaknya dirawat di RSAB Harapan Kita Jakarta dan mengetahui jenis dukungan yang paling berhubungan terhadap tingkat kecemasan orangtua.

1.2. Rumusan Masalah

Hospitalisasi merupakan peristiwa yang traumatis bagi anak dan orangtua. Reaksi hospitalisasi yang muncul pada anak berbeda-beda sesuai dengan tahapan tumbuh kembangnya, hal ini disebabkan oleh karena anak merasa cemas. Kecemasan juga terjadi pada orangtua yang disebabkan oleh berbagai hal seperti reaksi anak pada hospitalisasi, kurang pengetahuan tentang penyakit anak, kekhawatiran tidak mampu merawat anak di rumah sakit dan perubahan

peran orangtua yang semula merawat anak sehat menjadi sakit. Efek jangka panjang dari hospitalisasi pada anak seperti fenomena regresi perkembangan anak juga dapat menimbulkan kecemasan pada orangtua.

Merawat anak tidak dapat lepas dari keluarga. Perawat harus memperhatikan efek hospitalisasi yang muncul pada orangtua. Reaksi pada orangtua akan berpengaruh kepada anak, begitu juga sebaliknya. Situasi ini sangat membutuhkan dukungan perawat yang diaplikasikan dalam implementasi keperawatan. Dukungan perawat terdiri atas empat elemen yaitu dukungan informasi, emosional, instrumental dan penilaian. Penelitian tentang dukungan informasi dan hubungannya dengan kecemasan telah banyak diteliti namun dukungan keperawatan di semua elemen dan hubungannya dengan tingkat kecemasan serta dukungan manakah yang paling berpengaruh terhadap tingkat kecemasan orang tua belum banyak diteliti. Oleh sebab itulah peneliti ingin meneliti hubungan antara dukungan perawat dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan umum :

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah teridentifikasinya hubungan antara dukungan perawat dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.

1.3.2. Tujuan khusus :

Tujuan khusus dalam penelitian ini adalah teridentifikasinya:

- 1.3.2.1. Karakteristik orangtua (usia, jenis kelamin, jumlah anak kandung, pekerjaan, pendidikan, status pernikahan dan suku bangsa) yang anaknya dirawat di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.

- 1.3.2.2. Karakteristik anak (usia, jenis kelamin, diagnosa medis dan lama hari rawat) di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.
- 1.3.2.3. Tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.
- 1.3.2.4. Gambaran dukungan yang diberikan perawat kepada orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.
- 1.3.2.5. Hubungan antara dukungan pemberian informasi dan komunikasi dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.
- 1.3.2.6. Hubungan antara dukungan emosional dengan tingkat kecemasan orang tua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.
- 1.3.2.7. Hubungan antara dukungan penilaian dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.
- 1.3.2.8. Hubungan antara dukungan instrumental dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.
- 1.3.2.9. Hubungan antara karakteristik orangtua, anak dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.
- 1.3.2.10. Jenis dukungan, karakteristik orangtua dan anak yang paling berkontribusi terhadap kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat keilmuan

Penelitian ini dapat menjadi landasan pengembangan ilmu keperawatan anak terkait hospitalisasi, keperawatan anak dan keluarga serta dukungan perawat.

1.4.2. Manfaat aplikatif

1.4.2.1. Bagi perawat

Penelitian ini diharapkan menjadi input pengetahuan bagi perawat untuk memberikan dukungan kepada orangtua yang anaknya dirawat di rumah sakit dan sebagai masukan dalam membuat intervensi keperawatan dengan masalah kecemasan orangtua.

1.4.2.2. Bagi institusi pelayanan keperawatan

Penelitian ini bermanfaat untuk mengidentifikasi bentuk pelayanan berupa dukungan perawat yang telah dilakukan dan untuk menyusun rencana sesuai kebutuhan.

1.4.3. Manfaat metodologi

Penelitian ini dapat menjadi dasar pengembangan penelitian selanjutnya terkait tingkat kecemasan orangtua, dukungan perawat dan hospitalisasi pada anak.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan diuraikan tinjauan pustaka yang berhubungan dengan konsep anak, hospitalisasi, kecemasan dan keperawatan anak berdasarkan teori *Caring* oleh Kristen Swanson termasuk didalamnya dukungan perawat dalam intervensi keperawatan.

2.1. Konsep anak

2.1.1. Pengertian anak

Department of Child and Adolescent Health and Development mendefinisikan anak-anak sebagai orang yang berusia di bawah 20 tahun. *The Convention on the Rights of the Child* mendefinisikan anak-anak sebagai orang yang berusia di bawah 18 tahun. World Health Organization (2003) mendefinisikan bahwa anak adalah orang yang berusia antara 0–14 tahun. Melengkapi definisi dari WHO, Pasal 131 Undang Undang nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan Ibu, bayi, anak, remaja, lanjut usia dan penyandang cacat menyebutkan bahwa anak adalah seseorang yang belum berusia 18 tahun termasuk janin yang ada dalam kandungan.

Berdasarkan ketiga definisi tersebut maka peneliti menyimpulkan bahwa anak adalah seseorang yang berusia antara 0-18 tahun. Batasan tersebut sesuai dengan kriteria usia anak yang dirawat di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.

2.2. Konsep Hospitalisasi

2.2.1. Pengertian hospitalisasi

Hospitalisasi adalah keadaan krisis pada anak saat anak sakit dan dirawat di rumah sakit sehingga harus beradaptasi dengan lingkungan rumah sakit (Wong, *et. al.*, 2009). Selain beradaptasi

dengan penyakit yang dideritanya, anak juga harus beradaptasi dengan lingkungan barunya.

2.2.2. Gambaran hospitalisasi

Dirawat di rumah sakit adalah kondisi yang tidak menyenangkan bagi anak. Wong, *et. al.* (2009) menyebutkan bahwa saat berada di rumah sakit, anak berada di lingkungan yang asing dengan berbagai peralatan kedokteran yang menakutkan, bertemu dengan orang-orang asing, menjalani prosedur medis yang menyakitkan sering membuat anak cemas dan ketakutan.

Berpisah dari orang tua, juga merupakan salah satu penyebab kecemasan pada anak. Penelitian oleh Roohafsa *et.al.* (2009) memaparkan bahwa warna seragam pada perawat termasuk dalam penyebab kecemasan pada anak. Seragam berwarna putih meningkatkan kecemasan pada anak.

2.2.3. Reaksi terhadap hospitalisasi berdasarkan karakteristik anak

Temperamen adalah cara berpikir, berperilaku atau bereaksi terhadap sesuatu (Chess dan Thomas, 1985 dalam Ball dan Blinder, 2003). Kecenderungan perilaku yang diperlihatkan anak adalah sesuai dengan temperamen anak. Ball dan Blinder (2003) menjelaskan tiga karakteristik anak sesuai temperamennya, yaitu :

2.2.3.1. Anak yang mudah beradaptasi

Anak dengan karakteristik ini cenderung santai, memiliki kebiasaan teratur dan memiliki pendekatan positif terhadap hal baru serta mudah untuk beradaptasi terhadap perubahan. Anak akan menunjukkan sikap dan perilaku yang asertif, contohnya mau berkomunikasi dengan baik kepada perawat dan tim kesehatan lain, mau berperan serta dalam intervensi keperawatan dengan baik.

2.2.3.2. Anak yang sulit untuk beradaptasi

Anak-anak dengan temperamen yang sulit beradaptasi biasanya sangat aktif, peka rangsang dan memiliki kebiasaan yang tidak teratur. Anak sulit beradaptasi dengan rutinitas, orang dan situasi yang baru.

Respon menarik diri yang negatif merupakan ciri khas anak pada kategori ini. Selain itu anak sering menangis, frustrasi dan tantrum. Anak akan memperlihatkan sikap defensif, menolak untuk berhubungan dengan orang lain atau sebaliknya berteriak dan menangis keras.

2.2.3.3. Anak yang membutuhkan waktu lama untuk beradaptasi

Pada kategori ini, anak berespon dengan penolakan ringan namun pasif terhadap sesuatu yang baru atau perubahan rutinitas. Anak akan memperlihatkan perilaku kurang kooperatif namun tidak berlebihan seperti menolak saat akan diberikan prosedur keperawatan namun dengan penjelasan yang baik anak menyetujui dilakukannya prosedur tersebut.

2.2.4. Reaksi hospitalisasi pada anak berdasarkan tumbuh kembang

Ball dan Blinder (2003) mengategorikan reaksi hospitalisasi pada anak menurut tumbuh kembangnya sebagai berikut:

2.2.4.1. Toddler dan anak usia pra sekolah

Toddler dan anak usia sekolah mulai mengerti tentang penyakit namun belum paham tentang penyebab sakit. Pada tahap ini berpisah dengan orangtua adalah *stressor* yang sangat tinggi pada anak. Selain itu anak merasa takut akan

perubahan kondisi tubuhnya atau kehilangan anggota tubuhnya karena penyakit.

2.2.4.2. Anak usia sekolah

Anak usia sekolah mulai mengerti kenapa sakit bisa terjadi dan dapat menjelaskannya dengan baik. Anak mampu memahami bahwa orang tua tidak harus selalu berada di sampingnya dan mereka akan rutin berkunjung serta memberikan dukungan.

2.2.4.3. Remaja

Pada masa ini anak memusatkan perhatian kepada bentuk tubuh, sehingga anak menjadi takut bahwa sakit yang dialaminya akan mengakibatkan perubahan pada struktur tubuhnya. Berpisah dengan teman sebaya, lingkungan rumah dan sekolah adalah penyebab stres pada anak usia remaja.

2.2.5. Manifestasi cemas pada anak akibat perpisahan (Wong, 2009):

2.2.5.1. Fase protes.

- Pada masa toddler, anak akan menyerang orang asing dengan verbal (misal berkata, "pergi!"), menyerang secara fisik (menendang, memukul, mencubit), mencoba kabur untuk mencari orang tua, berusaha menahan orang tua agar tetap tinggal.
- Pendekatan orang asing ketika fase ini akan semakin meningkatkan stres pada anak.

2.2.5.2. Fase putus asa

Pada fase ini anak menjadi tidak aktif, menarik diri, depresi, sedih, tidak tertarik kepada lingkungan, tidak komunikatif, timbul perilaku regresi (menghisap ibu jari, mengompol, menggunakan dot, menggunakan botol). Pada

fase ini kondisi fisik anak dapat memburuk karena anak menolak makan, minum atau bergerak.

2.2.5.3. Fase pelepasan

Pada fase ini anak mulai menunjukkan minat terhadap lingkungan sekitarnya ditunjukkan dengan perilaku mau berinteraksi dengan lingkungannya.

Berhadapan dengan anak yang mengalami cemas takut dan menunjukkan berbagai reaksi negatif terhadap hospitalisasi adalah tantangan bagi perawat. Perawat harus mampu melakukan implementasi keperawatan pada anak dengan berbagai reaksi yang telah disebutkan diatas namun juga mempertahankan prinsip *atraumatic care* agar dampak hospitalisasi pada anak tidak berkelanjutan.

Theofanidis (2004) dalam ulasannya tentang adaptasi psikososial dan dukungan perawat untuk anak dan keluarga pada anak dengan penyakit kronik menyebutkan bahwa strategi yang dapat digunakan oleh perawat untuk menurunkan stres pada anak terkait hospitalisasi adalah memberikan informasi sebelum berkunjung. Selain itu, kunjungan dalam waktu yang singkat dan menjelaskan tujuan serta alasan dari prosedur yang akan dilakukan pada anak juga dapat meningkatkan kemampuan beradaptasi.

2.2.6. Dampak lanjut dari hospitalisasi pada anak

Anak dengan penyakit kronis akan menjalani hospitalisasi dengan waktu yang relatif lebih lama. Hal ini akan berpengaruh terhadap kemampuan adaptasi anak. Anak yang kurang mampu beradaptasi dengan hospitalisasi kemungkinan akan menimbulkan dampak lanjutan dari proses ini.

Theofanidis (2006) menyebutkan beberapa fenomena yang mungkin terjadi sebagai dampak lanjut dari hospitalisasi anak yaitu : gangguan tidur, gangguan pencernaan, sedih, isolasi sosial, ketakutan yang berlebihan atau fobia, penyakit psikosomatis, ketergantungan yang berlebihan pada orang tua, perilaku regresi seperti menghisap jari dan mengompol di malam hari. Pendapat lain dikemukakan oleh Lau dan Tse (1993) yang menyebutkan bahwa anak yang dulu sering mengalami hospitalisasi akan sulit untuk belajar membaca, masalah perilaku yang kurang baik di luar jam sekolah dan berisiko melakukan tindakan kejahatan.

2.2.7. Reaksi hospitalisasi pada keluarga (orangtua)

Hospitalisasi merupakan situasi yang kurang nyaman bagi orangtua. Mereka dihadapkan pada lingkungan yang asing sehingga berbagai reaksi akan muncul. Reaksi orangtua ketika anak dirawat di rumah sakit menurut Wong, *et. al.* (2009) yaitu:

2.2.7.1. Kaget dan tidak percaya

Secara umum reaksi pertama yang akan diperlihatkan orangtua adalah kaget dan tidak percaya. Reaksi ini muncul ketika pertama kali mengetahui anak harus dirawat di rumah sakit dan akan berangsur berkurang seiring dengan bertambahnya hari perawatan. Sebagian orangtua menganggap bahwa lingkungan rumah sakit, keberadaan dokter, perawat dan alat-alat medis menambah berat rasa kaget dan tidak percaya tersebut.

2.2.7.2. Marah dan merasa bersalah

Reaksi marah biasanya muncul ketika orangtua mengetahui bahwa anak harus dirawat di rumah sakit karena anak tidak mematuhi nasehat orangtua seperti mengendarai motor tanpa helm atau melanggar rambu lalu lintas sehingga

terjadi kecelakaan dan anak harus masuk rumah sakit untuk dirawat.

Dilain pihak, orangtua merasa bersalah dan bertanggung jawab atau merasa sebagai penyebab sakit pada anak sehingga harus dirawat. Mereka merasa kurang waspada saat anak sakit sehingga terlambat untuk membawa ke rumah sakit yang menyebabkan anak harus dirawat dengan penyakit yang lebih berat.

2.2.7.3. Kehilangan

Ketika anak dirawat di rumah sakit orang tua merasa kehilangan perannya. Peran merawat anak sehat berganti peran merawat anak dengan kondisi sakit bahkan kritis. Orang tua terkadang sulit untuk beradaptasi dengan tanggung jawabnya yang baru sehingga membuat orang tua menjadi tidak mampu melaksanakan peran barunya dengan baik dan menyebabkan merasa tidak berdaya dan tidak berharga.

2.2.7.4. Menunggu dengan antisipasi

Pada kondisi tertentu orang tua harus dihadapkan pada situasi dimana anak harus menjalani prosedur-prosedur medis. Orang tua cemas menunggu anak yang sedang menjalani operasi dengan ketidakpastian atau orang tua menunggu hasil pemeriksaan diagnostik anak.

2.2.7.5. Penyesuaian kembali atau berkabung

Dua situasi terakhir dari tahap penyesuaian peran merawat anak sakit adalah penyesuaian kembali ketika anak sudah akan kembali ke rumah dengan kondisi lebih baik dan berkabung ketika anak menjadi kritis dan dirawat lebih

lama serta harapan hidup yang tak pasti. Hal ini sangat membuat orang tua takut, cemas atau putus asa.

2.3. Kecemasan

Orangtua dari anak yang sedang sakit dan dirawat di rumah sakit pasti cemas dengan tingkatan, penyebab dan manifestasi klinis yang berbeda-beda. Berikut ini akan diuraikan tentang definisi, tingkatan, penyebab dan manifestasi klinis cemas.

2.3.1. Pengertian cemas

Ball dan Blinder (2003) menjelaskan bahwa cemas adalah perasaan subjektif terhadap ketidakpastian dan ketidakberdayaan, biasanya ditandai dengan gelisah, gemetar, berkeringat dan meningkatnya denyut nadi. Lehman dan Rabin (1999) dalam Matzo dan Sperman (2010) mengatakan bahwa cemas adalah perasaan stres dan tertekan karena kurang pengetahuan terhadap stimulus. Peneliti menyimpulkan pengertian cemas dari dua pengertian tersebut adalah perasaan stres dan tertekan karena karena ketidakpastian dan ketidakberdayaan yang disebabkan oleh kurangnya pengetahuan terhadap stimulus yang ditandai dengan gelisah, gemetar, berkeringat dan meningkatnya denyut nadi.

2.3.2. Penyebab cemas pada orangtua terkait hospitalisasi anak

Pengalaman orangtua memiliki anak yang mengalami hospitalisasi tentunya berbeda-beda. Stratton (2004) meneliti 6 orang tua yang anaknya mengalami hospitalisasi mendapatkan hasil bahwa terdapat empat hal yang dihadapi oleh orangtua saat anak menjalani hospitalisasi. Empat hal tersebut yaitu menghadapi suatu keterbatasan atau ketidakmampuan, mencoba untuk memahami situasi hospitalisasi, koping menghadapi ketidakpastian dan mencari kepastian dari pemberi layanan kesehatan tentang keperawatan anak. Empat hal tersebut akan menimbulkan kecemasan pada orangtua.

2.3.2.1. Penyebab cemas menurut Stuart (2009) ditinjau dari beberapa teori yaitu:

- **Teori Biologi`**

Teori ini menjelaskan bahwa cemas dipengaruhi oleh sistem gama aminobutyric acid (GABA), norepinephrine dan serotonin. Sistem ini akan bekerja saat seseorang cemas. Menurut Stuart (2009), kelelahan dapat menambah kecemasan. Orangtua yang memiliki peran ganda yaitu menunggu anak yang sakit di rumah sakit dan harus bekerja mencari nafkah akan meningkatkan aktifitas yang pada akhirnya menimbulkan kelelahan dan menstimulus kecemasan.

- **Teori Perilaku**

Kecemasan dapat muncul karena adanya konflik peran. Orangtua memiliki peran menunggu anak yang sakit serta harus merawat anak yang lain di rumah serta bekerja mencari nafkah akan berpotensi menimbulkan kecemasan.

- **Teori Kajian Keluarga**

Kecemasan dapat terjadi pada seluruh anggota keluarga dengan tipe yang berbeda-beda. Pada intinya, genetik dan lingkungan mempengaruhi tingkat kecemasan.

2.3.3. Tingkat kecemasan yang dapat terjadi pada orang tua

2.3.3.1. Cemas ringan

Stuart dan Sundeen (2009) menjelaskan bahwa cemas ringan dapat disebabkan oleh ketegangan dalam kehidupan sehari-hari. Hal tersebut menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Cemas dapat

menjadi motivasi untuk belajar dan menghasilkan kreativitas.

Cemas ringan adalah perasaan takut dengan tanda perut terasa penuh dan dada terasa sesak (*Nelson Natural World*, 2011). Peneliti menyimpulkan bahwa cemas ringan adalah perasaan tegang disertai gejala perut terasa penuh dan dada terasa sesak yang dirasakan seseorang sehingga orang tersebut menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya.

Cemas ringan pada saat hospitalisasi dapat dirasakan oleh orangtua. Penelitian oleh Masruri Efendy (2011) tentang tingkat kecemasan orangtua saat anaknya dirawat di RSUD Dr. Soeroto Ngawi menunjukkan bahwa orangtua yang menemani anak selama hospitalisasi mengalami cemas ringan sebanyak 50%.

2.3.3.2. Cemas sedang

Stuart dan Sundeen (2009) menjelaskan bahwa saat mengalami cemas sedang, seseorang akan lebih memusatkan pada hal-hal penting. Mereka mengesampingkan yang lain, sehingga perhatian pada hal yang selektif dan mampu melakukan sesuatu dengan lebih terarah.

Cemas sedang adalah tingkat kecemasan yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari ditandai dengan meningkatnya lahan persepsi dan kemampuan menyelesaikan masalah. Gejala yang dapat muncul yaitu gelisah, mudah marah dan merasa waspada terhadap sesuatu (*Flashcard machine*, 2011).

Peneliti menyimpulkan bahwa cemas sedang yaitu kecemasan yang dirasakan seseorang sehingga seseorang tersebut meningkatkan lahan persepsinya, waspada, berperilaku selektif dan lebih terarah. Puji Astutik pada tahun 2008 meneliti tingkat kecemasan hospitasisasi orangtua di Ruang Mawar RSI Gondolegi Malang didapatkan hasil 62% (31 responden) mengalami cemas sedang.

2.3.3.3. Cemas berat

Stuart dan Sundeen (2009) menjelaskan bahwa cemas berat akan mengurangi lahan persepsi seseorang karena cenderung memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik serta tidak mampu berfikir tentang hal yang lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Pada tahap ini seseorang memerlukan orang lain untuk mengarahkan atau memusatkan perhatian pada area lain. Cemas berat adalah tingkat kecemasan yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari ditandai dengan menurunnya lahan persepsi dan kemampuan menyelesaikan masalah (*Flashcard machine*, 2011).

Berdasarkan definisi tersebut peneliti menyimpulkan bahwa cemas berat adalah penurunan lahan persepsi seseorang sehingga menurunkan kemampuan menyelesaikan masalah dan seseorang tersebut memerlukan orang lain untuk mengarahkan atau memusatkan perhatian. Penelitian oleh Puji Astutik pada tahun 2008 tentang tingkat kecemasan hospitasisasi orangtua di Ruang Mawar RSI Gondolegi didapatkan hasil tidak satupun responden mengalami cemas berat. Berbeda dengan hasil penelitian oleh Masruri Efendy, pada tahun 2011 tentang tingkat kecemasan

orangtua saat anaknya dirawat di RSUD Dr. Soeroto Ngawi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kecemasan hospitisasi orangtua di Ruang Mawar RSI Gondolegi Malang orangtua mengalami cemas berat.

2.3.3.4. Panik

Stuart dan Sundeen (2009) menjelaskan bahwa panik menyebabkan seseorang menjadi hilang kendali sehingga tidak mampu melakukan sesuatu yang sebenarnya mampu dilakukan. Kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain menurun, persepsi menyimpang dan kehilangan pemikiran yang rasional. Panik adalah tingkat kecemasan yang tertinggi hingga terjadi hilangnya fokus terhadap realitas (*Flashcard machine*, 2011).

Peneliti menyimpulkan bahwa panik adalah kecemasan yang menyebabkan seseorang menjadi hilang kendali, memiliki perseps menyimpang, tidak mampu berhubungan dengan orang lain karena hilangnya fokus terhadap realitas dan kehilangan pemikiran yang rasional. Investigasi peneliti terhadap penelitian tentang tingkat kecemasan pada orangtua saat anaknya menjalani hospitalisasi, tidak ada penelitian yang menggambarkan terjadinya kecemasan orangtua pada tingkat panik.

2.3.4. Manifestasi klinis cemas dalam sistem tubuh manusia (Stuart dan Sundeen, 2009) :

2.3.4.1. Kardiovaskuler

Manifestasi klinis yang terjadi yaitu: jantung berdebar, tekanan darah meninggi, rasa mau pingsan, tekanan darah menurun, denyut nadi menurun.

2.3.4.2. Pernafasan:

Manifestasi klinis yang terjadi yaitu: napas cepat, rasa tertekan pada dada, nafas dangkal, pembengkakan pada tenggorokan, sensasi tercekik dan terengah-engah.

2.3.4.3. Neuromuskular

Seseorang akan merasakan refleksnya meningkat, gelisah, wajah terasa dan tampak tegang, kelemahan umum, kaki bergoyang-goyang, tremor.

2.3.4.4. Gastrointestinal

Seseorang yang cemas akan kehilangan nafsu makan, rasa tidak nyaman pada abdomen, mual dan diare.

2.3.4.5. Traktus Urinarius

Manifestasi yang terjadi yaitu: tidak dapat menahan kencing dan atau sering berkemih.

2.3.4.6. Kulit

Wajah kemerahan, berkeringat setempat (telapak tangan), gatal, rasa panas dan dingin pada kulit, wajah pucat dan berkeringat seluruh tubuh.

Penelitian oleh Sarajarvi (2006) mengidentifikasi reaksi fisik orangtua dan psikologiss saat anak sakit. Reaksi fisik yang muncul yaitu sakit kepala, gangguan tidur, stomatitis, takikardi, kurang nafsu makan dan mual. Reaksi psikologis yang terkaji berupa ketakutan, menangis, sedih, gugup, merasa besalah, cemas, mudah marah, depresi, kurang konsentrasi dan pesimis.

2.3.5. Manifestasi psikomotor berupa respon kognitif dan afektif (Stuart dan Sudeen, 2009):

2.3.5.1. Perilaku

Perilaku yang terjadi yaitu gelisah, ketegangan fisik, tremor, gugup, bicara cepat, kurang koordinasi, cenderung mendapatkan cedera, menarik diri dari lingkungan interpersonal, melarikan diri dari masalah, menghindar.

2.3.5.2. Kognitif

Manifestasi yang dapat diamati yaitu perhatian terganggu, konsentrasi buruk dan pelupa.

2.3.6. Manifestasi cemas berdasarkan tingkatan kecemasan (*Flashcard machine*, 2011) yaitu:

2.3.6.1. Cemas ringan

Cemas ringan ditandai dengan cepat marah dan waspada.

2.3.6.2. Cemas sedang

Cemas sedang ditandai dengan peningkatan denyut nadi, berkeringan dan gejala somatik ringan

2.3.6.3. Cemas berat

Cemas berat ditandai dengan perilaku kurang terkoordinasi, impulsif, hiperventilasi, nyeri dada, menangis, hanya mampu fokus pada satu hal.

2.3.6.4. Panik

Panik ditandai dengan perilaku bingung, berteriak, gemetar, tidak mampu berbicara, merasa seakan tersedak, tidak mampu fokus dan mungkin terjadi dilatasi pupil.

2.3.7. Faktor yang dapat mempengaruhi tingkat kecemasan orangtua

2.3.6.1. Faktor-faktor intrinsik, antara lain :

- Usia dan jenis kelamin orangtua

Gangguan kecemasan dapat terjadi pada semua usia, lebih sering pada usia dewasa. Sebagian besar terjadi pada umur 21-45 tahun. Kecemasan lebih banyak terjadi pada wanita. Krasucki (1998) menyebutkan bahwa perempuan lebih mudah cemas dibandingkan laki-laki, namun seiring pertambahan usia hal tersebut dapat menjadi sama atau terbalik.

- Pengalaman (lama hari rawat anak di rumah sakit)

Pengalaman merupakan bagian penting dan bahkan sangat menentukan kondisi mental individu di kemudian hari. Tiedeman (1997) menjelaskan dalam penelitiannya tentang tingkat kecemasan pada orangtua dari anak usia 5-11 tahun yang dirawat di rumah sakit bahwa tingkat kecemasan orangtua mengalami penurunan signifikan dari awal masuk rumah sakit hingga pulang.

- Jenis pekerjaan

Orangtua yang mempunyai peran ganda sebagai orangtua dari anak yang lain, pencari nafkah dan harus merawat anak yang sakit di Rumah Sakit ada kecenderungan mengalami kecemasan.

- Tingkat pendidikan

Gass dan Curiel (2011) menjelaskan bahwa tingkat pendidikan berhubungan dengan tingkat kecemasan. Semakin tinggi tingkat pendidikan semakin tinggi pula tingkat kecemasan.

2.3.6.2. Faktor-faktor ekstrinsik, antara lain:

- **Diagnosis penyakit anak**

Terjadinya gejala kecemasan yang berhubungan dengan kondisi medis sering ditemukan walaupun insidensi gangguan bervariasi untuk masing-masing kondisi medis. Orangtua yang memiliki anak dalam kondisi sakit yang parah dan akan menimbulkan efek jangka panjang atau kecacatan pasti akan lebih cemas dibandingkan yang tidak.

- **Suku bangsa orangtua**

Suku batak memiliki penghargaan yang sangat besar terhadap anak laki-laki (Liliweri, 2002). Disebutkan bahwa Orangtua akan merasa lebih cemas apabila anak mereka yang sakit berjenis kelamin laki-laki.

- **Jenis kelamin anak usia anak**

Orangtua memiliki anak dengan usia sangat muda atau bahkan baru lahir memiliki kecemasan yang lebih tinggi. Mereka berpikir, di usia yang masih sangat muda, anaknya harus menjalani hospitalisasi. Mereka cemas bagaimana nanti bila anak mereka dewasa, apakah mampu beradaptasi dengan penyakit mereka khususnya bagi anak yang mengidap penyakit genetik seperti kanker darah. (Liliweri, 2002).

- **Status pernikahan orangtua**

Scott, et.al., (2010) meneliti tentang hubungan antara status pernikahan dengan tingkat kecemasan. Hasil penelitian tersebut adalah: menikah dan tidak menikah memiliki hubungan yang signifikan terhadap terjadinya kecemasan. Selain itu disebutkan pula bahwa seseorang

yang pernah menikah lalu berpisah atau bercerai akan meningkatkan risiko terjadinya kecemasan sedangkan pada laki-laki akan meningkatkan risiko depresi.

2.3.8. Alat ukur kecemasan

Berat ringannya cemas dapat terlihat dari manifestasi yang ditimbulkan. Pengukuran berat ringannya cemas dapat membantu dalam mengatur strategi intervensi yang akan dilakukan. Alat ukur kecemasan terdapat dalam beberapa versi.

2.3.8.1. *The State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA)*

Alat ukur ini dikembangkan oleh Ree, MacLeod, French dan Locke (2000). STICSA adalah alat ukur yang didesain untuk mengkaji gejala kognitif dan somatik dari tingkat kecemasan saat ini dan secara umum. Alat ukur kecemasan ini valid dan reliabel dengan $r_s \geq 0,67$ untuk tingkat kecemasan dan $r_s \leq 0,61$ untuk pengukuran tingkat depresi.

2.3.8.2. *Hospital Anxiety Depression Scale (HADS)*

Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) dikembangkan oleh Zigmond dan Snaith (1983) yang berisi 36 pertanyaan tentang kecemasan dan telah diuji kembali validitas reliabilitasnya sebagai alat ukur kecemasan dan depresi oleh Ioannis Michopoulos, et. al. (2007) dengan hasil HADS valid dengan koefisien α cronbach 0.884 (0.829 untuk cemas dan 0.840 untuk depresi) serta stabil dengan *test-retest intraclass correlation coefficient* 0.944).

2.3.8.3. *Zung Self Rating Anxiety Scale*

Self-Rating Zung Scale (SAS) oleh Wiliam W.K Zung (1971) adalah metode pengukuran tingkat kecemasan. Skala

berfokus pada kecemasan umum dan koping dalam mengatasi stres. Terdiri atas 20 pertanyaan dengan 15 pertanyaan tentang peningkatan kecemasan dan 5 pertanyaan tentang penurunan kecemasan. Uji validitas valid dengan nilai koefisien α cronbach 0,80.

2.3.8.4. *Hamilton Anxiety Scale (HAS atau HAMA)*

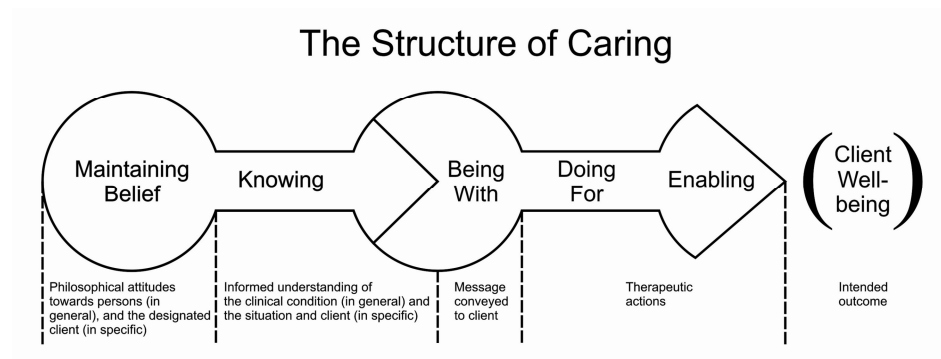
Advanmeg (1997) dalam Nursalam (2003) HAM dibuat oleh M. Hamilton pada tahun 1959 yang terdiri atas 14 pertanyaan tentang suasana hati, ketegangan, ketakutan, insomnia, konsentrasi, depresi, tonus otot, sensori somatik, gejala kardiovaskuler, gejala sistem respirasi, gejala sistem gastrointestinal, gejala sistem genitourinaria, gejala otonom dan perilaku. Masing-masing kelompok dalam 14 kategori ini dibagi menjadi beberapa item pertanyaan. Kategori yang dihasilkan adalah cemas ringan, sedang dan berat. Kuesioner ini valid berdasarkan uji validitas oleh Bjelland (2002) koefisien α cronbach 0,83.

2.4. Keperawatan anak menurut teori *Caring* oleh Kristen Swanson

2.4.1. Teori *Caring* Keperawatan

Swanson (1991) dalam Tomey dan Aligood (2006) menyebutkan bahwa teori *caring* terdiri atas konsep *knowing*, *being with*, *do for*, *enabling* dan *maintaining belief*.

Swanson (1991) dalam Tomey dan Aligood (2006) menjelaskan bahwa *caring* yaitu cara alami yang berhubungan dengan orang lain yang ditandai dengan seseorang memiliki perasaan komitmen dan tanggung jawab terhadap orang lain. *Caring* harus dimiliki oleh perawat anak untuk mengatasi atau mengurangi dan mencegah kecemasan pada anak dan orang tua selama hospitalisasi. Aspek *caring* dapat berupa hubungan terapeutik pada keluarga klien (Wong, et.al., 2009).



Gambar 2.1 Struktur Caring Swanson
Tomey dan Aligood (2006)

Struktur *Caring* yang dikemukakan oleh Swanson adalah suatu alur atau proses yang terdiri atas *maintaining belief*, *knowing*, *being with*, *doing for*, *enabling* dan hasil akhir berupa *client well being*. *Knowing* adalah memahami makna dalam kehidupan orang lain, menghindari asumsi, memfokuskan pada orang yang dirawat, mencari petunjuk, mengkaji hal-hal terkait dan berhubungan dengan orang yang terdekat dengan klien.

Perawat mengkaji tingkat kecemasan klien (orangtua) dan manifestasi klinis dari kecemasan tersebut. Selain itu perawat mengkaji siapa sajakah orang-orang terdekat dengan orang tua dan dukungan yang bisa dilakukan.

Being with (bersama klien) yaitu berbeda secara emosional dengan orang lain. Hal ini meliputi keberadaannya sebagai seorang individu yang berbeda dengan orang lain, mengkomunikasikan keberadaannya, berbagi rasa tanpa menyusahkan orang lain. Perawat memberikan perhatian kepada klien (orangtua), mendengarkan masalah yang dihadapi klien serta bersama-sama merumuskan bagaimana mengatasi masalah tersebut.

Do for (melakukan intervensi) yaitu melakukan sesuatu untuk orang lain seolah seseorang melakukan sesuatu untuk dirinya. Termasuk didalamnya adalah memenuhi kebutuhan antisipasi, kenyamanan, melakukan sesuatu secara terampil dan kompeten, melindungi klien dan membangun kepercayaan dirinya.

Perawat melakukan implementasi dari rumusan intervensi yang telah dibuat bersama klien (orang tua). Contoh implementasi yang dapat dilakukan oleh perawat adalah memberikan konseling kepada orangtua tentang koping.

Enabling (memberdayakan) yaitu memfasilitasi orang lain melalui transisi kehidupan dan kejadian yang tidak dikenal dengan memfokuskan kejadian, menginformasikan, menjelaskan, mendukung, memvalidasi perasaan, mencari alternatif, berpikir fokus dan memberikan umpan balik. Perawat memberikan kesempatan orangtua untuk melaksanakan perannya sebagai orang tua merawat anak yang sakit dengan pendampingan perawat sehingga kebutuhan tentang informasi, membuat keputusan dan lain-lain dapat difasilitasi oleh orangtua.

Maintaining belief (mempertahankan keyakinan) merupakan tingkatan yang lebih tinggi untuk memahami keyakinan dasar tentang manusia, kapasitas seseorang untuk memahami makna suatu kejadian, mempertahankan harapan, bersikap optimis dan realistis, membantu menemukan makna dan berada di samping klien pada situasi apapun.

Perawat menjadi orang terdekat klien (orangtua) yang membantu klien terus mempertahankan koping yang positif. Kemampuan koping seseorang dipengaruhi oleh banyak faktor, salah satunya adalah budaya. Perawat membantu klien (orangtua) membentuk koping disesuaikan dengan nilai budaya yang dianut oleh orangtua. Salah satu nilai budaya

yang dianut adalah menurut suku Batak, anak laki-laki dinilai sangat berharga sehingga orangtua akan lebih cemas apabila anak laki-lakinya sakit.

Indonesia terdiri atas beragam suku dan budaya. Jakarta merupakan kota metropolitan yang penduduknya terdiri atas beragam suku bangsa. Akan lebih baik apabila pemberian dukungan disesuaikan dengan karakteristik budaya orangtua agar dukungan yang diberikan oleh perawat menjadi optimal. Penelitian ini dilakukan di Jakarta Jakarta merupakan kota metropolitan yang penduduknya berasal dari berbagai macam suku bangsa.

Pada awalnya, Jakarta dihuni oleh orang-orang Sunda, Jawa, Bali, Melayu, Maluku, dan beberapa suku lain. Selain itu, ada juga orang-orang Cina, Portugis, Belanda, Arab, dan India. Suku yang dianggap sebagai penduduk asli Jakarta adalah suku Betawi. Suku Betawi merupakan hasil perpaduan antaretnis dan bangsa di masa lalu. Saat ini, suku bangsa yang ada lebih banyak lagi. Jakarta menjadi miniatur Indonesia.

Hampir semua suku bangsa yang ada di Indonesia kita jumpai di Jakarta. Berdasarkan data Sensus Penduduk 2000, suku Jawa merupakan suku terbesar disusul suku Betawi, dan suku Sunda. Selain itu masih ada orang Aceh, Batak, Minang (Padang), Madura, Bali, Makasar, Flores, Ambon, dan lain-lain.

Perbedaan daerah asal akan membedakan pula perilaku dan persepsi masing-masing orangtua tentang dukungan perawat. Suku Jawa dikenal halus dalam berbahasa dan sopan dalam berperilaku. Suku Batak lebih lugas dalam berbicara dengan suara yang agak keras, ini merupakan hal yang wajar bagi mereka tapi mungkin dianggap kurang sopan bagi suku bangsa yang lain.

Berbagai perilaku budaya di Indonesia ditulis oleh Sunanti (2002) dalam konteks sehat sakit dan penyakit dalam konteks sosial budaya. Sakit panas di Indramayu dikatakan sebagai sakit adem agar cepat dingin. Warga Papua menganggap penyakit Thalasemia dianggap bukan ancaman malah dapat menghindarkan dari gigitan nyamuk anopheles.

2.4.2. Peran Perawat Anak

Ball dan Blinder (2003) menyebutkan bahwa fokus peran perawat dalam merawat klien dan keluarga adalah memberikan informasi dan membangun kepercayaan, meningkatkan keterlibatan orangtua, memfasilitasi kebutuhan fisik dan emosional, memfasilitasi hubungan positif orangtua dan staf rumah sakit dalam berkomunikasi dan menjaga sistem dukungan keluarga.

Senada dengan Ball dan Blinder, Miles (1999) menggambarkan peran perawat dalam memberikan dukungan kepada klien dan orangtua terangkum dalam empat dimensi dukungan perawat, yaitu: 1) Dukungan informasi yang meliputi informasi tentang penyakit anak, pengobatan, perkembangan prognosis penyakit anak, perawatan anak, perilaku anak, respon emosional anak dan peran orangtua dalam hospitalisasi. 2) Dukungan emosional meliputi mendengarkan, memberikan perhatian, mempercayai perkataan orangtua, memperlihatkan perilaku caring dan membantu coping orangtua. 3) Dukungan penilaian yaitu meningkatkan, mendukung peran orangtua, memberikan penegasan dan umpan balik dari respon orangtua serta memberikan dukungan sosial. 4) Dukungan instrumental meliputi dukungan waktu, tenaga dan modifikasi lingkungan yang tergambar dalam asuhan keperawatan fisik dan psikososial pada klien dan orangtua.

2.4.3. Dukungan perawat

Dukungan perawat termasuk dalam aktifitas *caring* (Skillbeck dan Payne, 2003). Terbagi menjadi empat macam dukungan yaitu informasi dan komunikasi, emosional, penilaian dan instrumental.

2.4.3.1. Dukungan informasi dan komunikasi

Orangtua sangat membutuhkan dukungan informasi tentang penyakit dan perawatan anak di rumah sakit (Sarajarvi, 2006). Dukungan informasi membantu orangtua membentuk coping selama hospitalisasi (Hallstrom et al, 2002; Melynk 2000; Shield et al 2003).

2.4.3.2. Dukungan emosional

Dukungan emosional terdiri atas afeksi, kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan. Saat melakukan intervensi keperawatan, dukungan emosional sangat diperlukan untuk meningkatkan rasa aman dan menurunkan kecemasan. Wanita lebih mampu untuk berbicara tentang perasaannya terkait kecemasan dibanding pria (Skillbeck dan Payne, 2003). Dukungan emosional dilakukan perawat saat berinteraksi dengan klien.

Komunikasi verbal dilakukan dengan penekanan pernyataan tertentu, bersikap empati dalam memberikan dorongan atau dukungan. Komunikasi non verbal dilakukan dengan sentuhan dan menjalin kedekatan dengan klien secara profesional (Bottorf et al (1995). Senada dengan Bottorf, James 1992 dan Sarajarvi 2006 menjelaskan bahwa aplikasi *caring* dalam dukungan emosional meliputi menyediakan waktu untuk bersama klien, mendengarkan dan keterlibatan perawat, dalam hal ini adalah orangtua dan perawat bersama-sama merawat anak yang sakit.

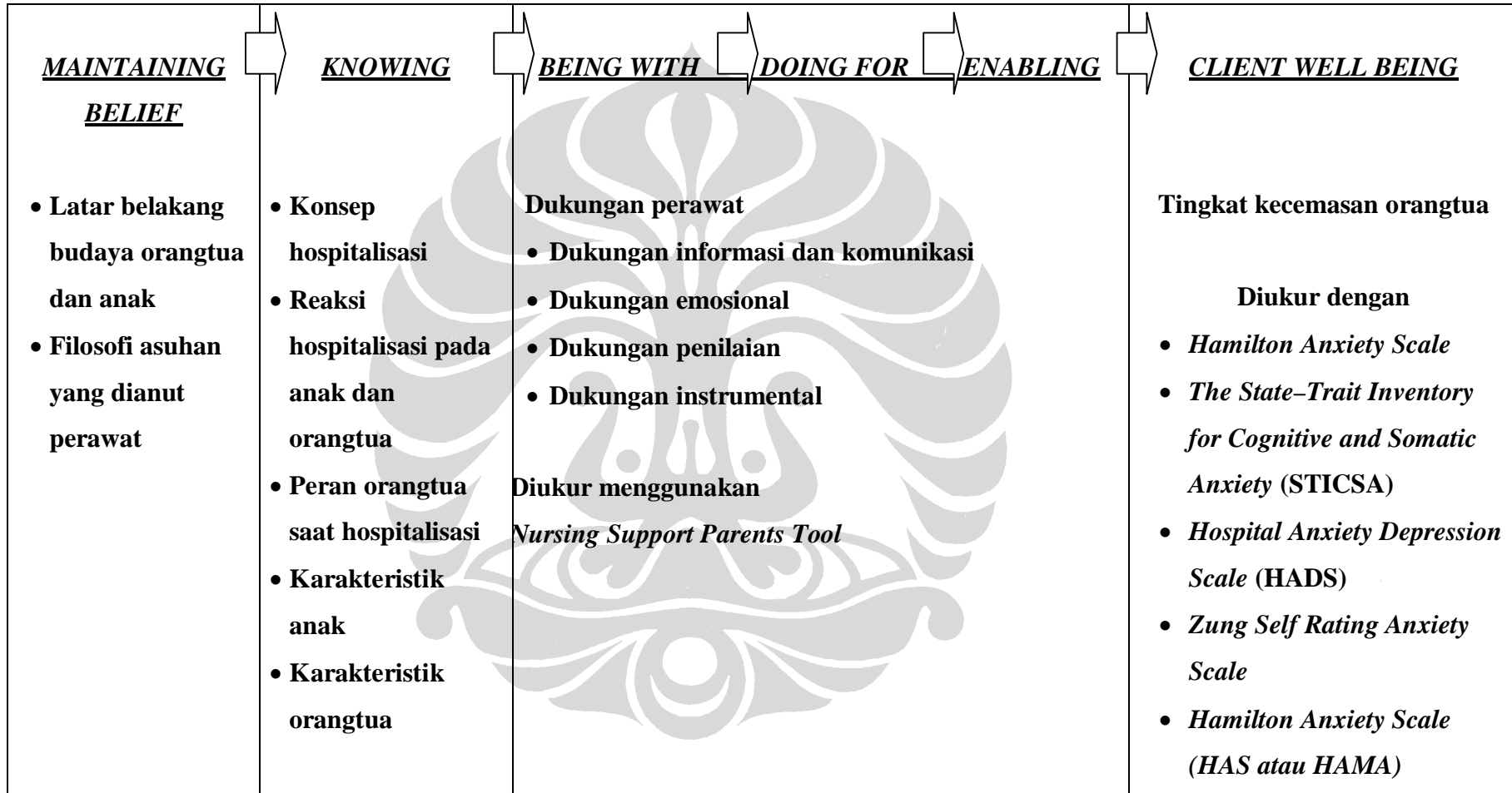
2.4.3.3. Dukungan penilaian

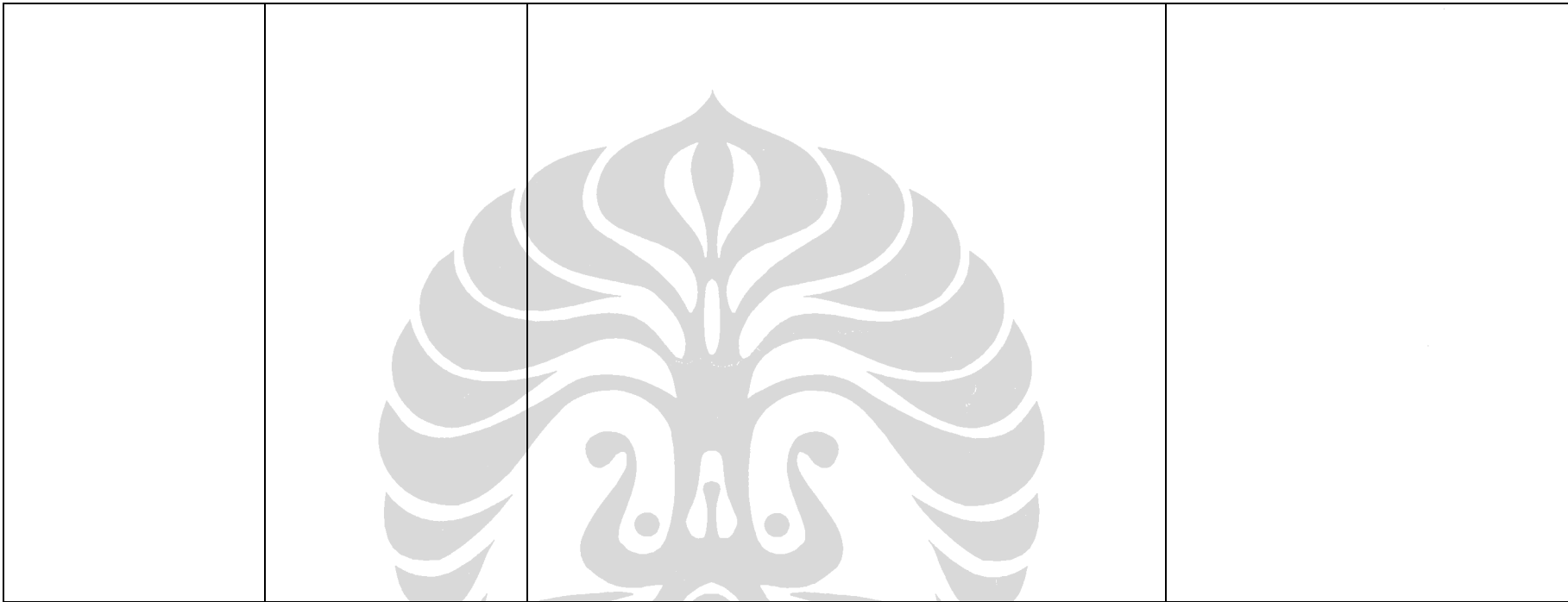
Dukungan penilaian berupa bimbingan umpan balik, membimbing, pemecahan masalah, sumber dan validator, member dukungan, member penghargaan, memberikan perhatian (Sarajarvi, 2006).

2.4.3.4. Dukungan instrumental

Dukungan instrumental terdiri atas konseling, pendampingan, mengunjungi, pelatihan, pertemuan (Sarajarvi, 2006). Tipologi instrumental menurut Beeber (2004) terbagi atas komunikasi verbal dan non verbal, strategi teknik interaksi dan dukungan yang nyata. Komunikasi verbal disesuaikan dengan kebutuhan orangtua. Non verbal ditunjukkan dengan ekspresi wajah dan bahasa tubuh yang mendukung pembicaraan antara perawat dan orangtua. Dukungan yang nyata ditunjukkan dengan pendokumentasian dan dukungan material.

Kerangka teori penelitian





Gambar 2.2. Kerangka Teori Penelitian

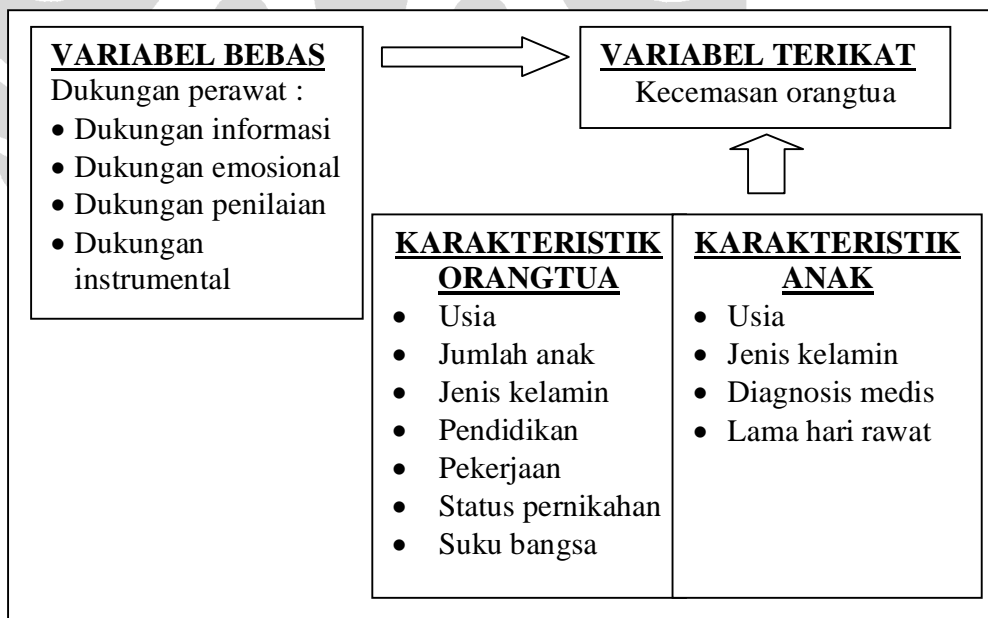
Modifikasi dari Yupi Supartini (2004), Ball dan Bindler (2003), Tommey dan Aligood (2006), Hockenberry (2009)
Sanjari, et. al. (2009), Stuart & Sundeen (2009)

BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini menguraikan tentang kerangka konsep penelitian, hipotesis penelitian dan definisi operasional. Desain penelitian yang digunakan adalah *cross sectional* dengan metode analitik observasional untuk mencari hubungan antara dukungan perawat sebagai variabel bebas dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta sebagai variabel terikat. Peneliti juga melihat hubungan antara karakteristik anak dan orangtua dengan tingkat kecemasan orangtua dan mengidentifikasi variabel manakah yang paling berkontribusi terhadap tingkat kecemasan orangtua.

3.1. Kerangka Konsep penelitian



Gambar 3.1. Kerangka konsep penelitian

3.2. Hipotesis penelitian

Berdasarkan rumusan tujuan dan pertanyaan dalam penelitian, maka hipotesis pada penelitian ini adalah :

3.2.1. Hipotesis mayor :

Ada hubungan antara dukungan perawat dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.

3.2.2. Hipotesis minor :

3.2.2.1. Ada hubungan antara dukungan pemberian informasi dan komunikasi dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.

3.2.2.2. Ada hubungan antara dukungan emosional dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.

3.2.2.3. Ada hubungan antara dukungan penilaian dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.

3.2.2.4. Ada hubungan antara dukungan instrumental dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.

3.2.2.5. Ada hubungan antara karakteristik orangtua dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.

3.2.2.6. Ada hubungan antara karakteristik anak dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.

3.3. Definisi Operasional

No	Variabel Pengganggu	Definisi operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
1	Usia orangtua	Lama hidup orangtua yang dihitung sejak lahir sampai dengan ulang tahun terakhir.	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang usia orangtua.	Dinyatakan dalam: 0 = Dewasa Dini (19-40 th) 1 = Dewasa Madya (41-60 th) 2 = Dewasa Lanjut (>60 th)	Nominal
2	Jumlah anak	Banyaknya anak kandung yang dimiliki.	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang jumlah anak kandung yang dimiliki.	0 = <3 (program pemerintah) 1 = >2 (non program)	Nominal
3	Jenis kelamin orangtua	Kondisi perbedaan gender responden .	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang jenis kelamin orangtua.	0 = Laki-laki 1 = Perempuan	Nominal
4	Pendidikan orangtua	Tingkat sekolah formal terakhir lulus yang telah ditempuh orangtua	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pendidikan orangtua.	0= tinggi 1= rendah	Ordinal

No	Variabel Pengganggu	Definisi operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
5	Pekerjaan orangtua	Profesi yang dikerjakan setiap hari untuk menafkahi keluarga.	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang jenis pekerjaan orangtua.	0= Tidak bekerja 1= Tidak tetap 2= Tetap	Ordinal
6	Status pernikahan orangtua	Ikatan pernikahan orangtua yang terdiri atas menikah yaitu kedua orangtua lengkap terdiri atas ayah dan ibu dan tidak menikah yaitu janda/duda dan berpisah dengan pasangan tapi tidak bercerai.	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang status pernikahan orangtua	1= Tidak menikah 0 = Menikah	Nominal
7	Suku bangsa	Asal daerah orangtua yang dicirikan dengan budaya, bahasa, perilaku dan ciri fisik tertentu.	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang suku bangsa	Dinyatakan dalam jenis suku bangsa, dinyatakan dalam: 1 = Jawa 2 = Sunda 3 = Betawi 4 = Lain-lain	Nominal
8	Usia anak	Lama hidup anak yang dihitung sejak lahir sampai dengan ulang tahun terakhir.	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang usia anak.	Dinyatakan dalam tahun dan dikelompokkan menjadi usia: 1 = bayi 2 = toddler 3 = pra sekolah 4 = sekolah	Nominal

No	Variabel Pengganggu	Definisi operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
9	Jenis kelamin anak	Kondisi perbedaan gender anak.	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang jenis kelamin anak.	0= Laki-laki 1= Perempuan	Nominal
10	Kelompok diagnosis medis	penyakit spesifik yang diderita anak berdasarkan diagnosis yang ditetapkan oleh dokter yang mengobati anak.	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang diagnosis penyakit.	Dinyatakan dalam jenis penyakit, dikelompokkan menjadi: 0= infeksi 1= non infeksi	Nominal
11	Lama hari rawat	Jumlah hari perawatan terhitung dari hari pertama anak masuk rumah sakit sampai saat dilakukan penelitian.	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang jumlah hari lama dirawat.	Dinyatakan dalam: 2= Hari rawat singkat (1 hari) 1= Hari rawat sedang (2 hari) 0= Hari rawat panjang (3 hari)	Ordinal
No	Variabel bebas	Definisi operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
1	Dukungan perawat	Bantuan umum yang bermanfaat dan memberikan pengaruh positif, berupa pemberian informasi, instrumental, emosional dan penilaian.	Tiga puluh tiga item pertanyaan dalam kuesioner B tentang dukungan perawat, dinilai menggunakan skala likert dengan nilai 1-4.	Dinilai menggunakan <i>cut of point</i> mean (89,79) dengan pembagian kriteria dukungan tinggi (>89) dan dukungan rendah (<90).	Ordinal

No	Sub Variabel bebas	Definisi operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
1	Dukungan komunikasi dan informasi	Bantuan berupa pemberian informasi tentang asuhan keperawatan seperti informasi mengenai implementasi keperawatan mandiri dan kolaborasi yang akan dilakukan, informasi hasil observasi dan kemajuan pengelolaan klien, dan lain-lain.	9 item pertanyaan dalam kuesioner B tentang dukungan informasi perawat dinilai menggunakan skala likert dengan nilai 1-4.	Dinilai menggunakan <i>cut of point</i> mean (22,40) dengan pembagian kriteria dukungan tinggi (>22) dan dukungan rendah (<23).	Ordinal
2	Dukungan emosional	Bantuan berupa dukungan untuk membentuk koping positif, melakukan konseling, dan bersikap empati kepada orangtua klien.	7 item pertanyaan dalam kuesioner B tentang dukungan emosional perawat, dinilai menggunakan skala likert dengan nilai 1-4.	Dinilai menggunakan <i>cut of point</i> mean (19,76) dengan pembagian kriteria dukungan tinggi (>19) dan dukungan rendah (<20).	Ordinal

No	Sub Variabel bebas	Definisi operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
3	Dukungan penilaian	Dukungan kepada orangtua dalam menjalani perannya merawat anak sakit seperti membantu orangtua memenuhi kebutuhan individu anak. (contoh : baju anak basah, perawat memberikan baju ganti dan memberikan kesempatan orangtua untuk mengganti baju anak)	9 item pertanyaan dalam kuesioner B tentang dukungan perawat penilaian, dinilai menggunakan skala likert dengan nilai 1-4.	Dinilai menggunakan <i>cut of point</i> mean (26,17) dengan pembagian kriteria dukungan tinggi (>26) dan dukungan rendah (<27).	Ordinal
4	Dukungan instrumental	Bantuan berupa perilaku perawat dalam memberikan asuhan baik fisik maupun psikososial kepada orangtua.	8 item pertanyaan dalam kuesioner B tentang dukungan instrumental perawat, dinilai menggunakan skala likert dengan nilai 1-4.	Dinilai menggunakan <i>cut of point</i> mean (21,47) dengan pembagian kriteria dukungan tinggi (>21) dan dukungan rendah (<22).	Ordinal

No	Variabel Terikat	Definisi operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
1	Kecemasan orangtua	Perasaan atau kondisi ketidakstabilan psikologis, ditandai dengan gejala fisiologis dan psikologis, terjadi saat individu mengalami tekanan perasaan, frustrasi, khawatir, serta ketakutan.	Kuesioner C tentang tingkat kecemasan dengan modifikasi dari peneliti, dinilai menggunakan skala likert dengan nilai 1-4.	Dinilai menggunakan <i>cut of point</i> mean (17,21) dengan pembagian kriteria cemas sedang (>17) dan cemas ringan(<18).	Ordinal

BAB 4

METODE PENELITIAN

Pada bab 4 ini akan diuraikan rancangan penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpul data, prosedur pengumpulan data dan rencana analisis hasil penelitian.

4.1. Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan metode analisis observasional. Penelitian ini ingin mengetahui hubungan antara dukungan perawat dengan tingkat kecemasan orangtua yang anaknya dirawat di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.

Pendekatan yang dilakukan adalah *cross sectional* karena pengukuran dukungan perawat (*independen*) dan tingkat kecemasan orangtua (*dependen*) dilakukan secara simultan pada saat bersamaan untuk melihat adanya hubungan atau tidak diantara keduanya (Pollit & Beck, 2006). Penelitian ini menilai hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat dengan melakukan pengukuran sesaat (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Penelitian ini bertujuan untuk menilai hubungan antara dukungan perawat dengan tingkat kecemasan orangtua dimana dukungan perawat nantinya akan dibagi menjadi dukungan informasi, dukungan emosional, dukungan penilaian dan dukungan instrumental yang masing-masing dari empat dukungan tersebut akan dinilai hubungannya dengan tingkat kecemasan orangtua dan dukungan manakah yang paling berhubungan terhadap tingkat kecemasan orangtua. Selain itu peneliti juga mengidentifikasi hubungan antara karakteristik orangtua dan anak dengan tingkat kecemasan orangtua, serta karakteristik manakah yang paling berhubungan.

4.2. Populasi dan Sampel

4.2.1. Populasi

Populasi adalah setiap subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Purwanto, 1995). Populasi dalam penelitian ini adalah orangtua (ayah atau ibu) dari anak yang dirawat di Ruang Kantil, Anggrek dan Gambir RSAB Harapan Kita Jakarta.

4.2.2. Sampel

Nursalam (2003) mendefinisikan sampel adalah bagian dari populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui *sampling*. Sampel dalam penelitian ini adalah kelompok orangtua yang masuk dalam kriteria inklusi sebagai berikut :

1. Orangtua yang anaknya dirawat di ruang rawat anak selama 1-3 hari.
2. Orangtua sebagai pendamping utama anak selama dirawat atau orangtua yang setiap hari mengunjungi anak selama dirawat.
3. Orangtua setuju untuk menjadi responden dalam penelitian ini.
4. Orangtua mampu membaca dan menulis.
5. Orangtua tidak mengalami cemas berat.

Besar sampel ditentukan dengan menggunakan rumus (Ariawan,1998) sebagai berikut :

$$n = Z^2 \frac{1-\alpha/2 P(1-P)}{d^2}$$

Keterangan :

n = besar sampel

$Z_{1-\alpha/2}$ = digunakan derajat kepercayaan

P = Perkiraan proporsi pada populasi digunakan

d = presisi

Berdasarkan rumus perhitungan sampel tersebut, dengan derajat kepercayaan 95% (1,96), perkiraan proporsi didapatkan dari BOR perawatan anak di RSAB Harapan Kita Jakarta sebesar 53% dan presisi 10% maka jumlah sampel dalam penelitian ini adalah :

$$n = (1,96)^2 \cdot (0,53) \cdot (0,47) / (0,1)^2 = 96 \text{ sampel}$$

Bila sampel dihitung dengan melihat penelitian terdahulu oleh Pujiastutik dimana didapatkan proporsi ibu yang mengalami cemas adalah 94% maka didapatkan jumlah sampel dengan rumus yang sama sejumlah 57 sampel. Dari dua perhitungan tadi maka didapatkan rata-rata sebesar 77 sampel.

Mengantisipasi terjadinya *drop out*, maka rumus hitung sampel dikoreksi dengan rumus (Sastroasmoro, 2008) :

$$n^* = n / (1-f)$$

Keterangan :

n^* = besar sampel setelah koreksi

f = perkiraan proporsi *drop out*

Perkiraan *drop out* sebesar 10% maka jumlah sampel penelitian ini menjadi :

$$n^* = 77 / (1-0,1) = 86 \text{ sampel}$$

Setelah dihitung dengan rumus perhitungan sampel estimasi proporsi dengan presisi mutlak dan ditambah kemungkinan *drop out* sebesar 10% jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 86 sampel.

4.2.3. Teknik *Sampling*

Teknik *sampling* adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2001). Teknik *sampling* yang digunakan dalam penelitian ini adalah *consecutive sampling* yaitu teknik pemilihan dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria penelitian sampai kurun waktu tertentu hingga sampel terpenuhi (Nursalam, 2008).

Penelitian ini dilakukan pada bulan Juni 2011. Peneliti menyeleksi calon responden melalui daftar klien anak yang dirawat di tiga ruang penelitian. Setiap calon responden yang masuk dalam kriteria inklusi dimasukkan dalam daftar calon responden penelitian untuk selanjutnya diminta kesediannya menjadi responden. Peneliti kemudian mendatangi calon responden untuk meminta kesediannya menjadi responden. Orangtua yang menyetujui untuk menjadi responden kemudian dimasukkan dalam daftar responden penelitian dan selanjutnya mengikuti prosedur penelitian.

Peneliti tidak membagi rata jumlah proporsi responden di ketiga ruang tersebut. Setiap kali ada calon responden yang memenuhi kriteria inklusi dimasukkan pada daftar calon responden untuk berproses selanjutnya. Peneliti berhenti mencari calon responden setelah jumlah sampel memenuhi 86 responden.

4.3. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang rawat anak kelas 2 (Anggrek), kelas 3 (Gambir dan Kantil) RSAB Harapan Kita Jakarta.

4.4. Waktu penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Februari sampai Juli 2011 melalui tiga tahap yaitu penyusunan proposal, pengumpulan data dan pelaporan hasil

penelitian. Pengambilan data dilakukan pada bulan Juni 2011 (jadwal terlampir).

4.5. Etika Penelitian

Penelitian ini diawali dengan mengurus surat perijinan sebagai berikut: peneliti meminta surat pengantar penelitian dan surat lolos uji etik dari Komite Etik penelitian di Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia yang ditunjukkan kepada Direktur Rumah Sakit Harapan Kita Jakarta. Setelah mendapat persetujuan dari pihak yang bersangkutan, kemudian peneliti memilih calon responden yang sesuai dan mengadakan kontrak waktu untuk menjelaskan tujuan penelitian. Tahap berikutnya, peneliti meminta kesediaan dan persetujuan calon reponden untuk menjadi responden penelitian.

Penelitian ini sangat memperhatikan etika dalam penelitian karena penelitian dalam bidang keperawatan berhubungan dengan manusia secara langsung. Etika yang perlu diperhatikan menurut Alimul (2003) adalah :

1. *Informed Consent* (lembar persetujuan)

Lembar persetujuan merupakan cara persetujuan antara peneliti dengan responden dengan memberikan lembar persetujuan. Lembar diberikan sebelum penelitian dilaksanakan agar subyek mengerti maksud dan tujuan penelitian. Peneliti mendatangi calon responden penelitian kemudian menjelaskan maksud dan tujuan penelitian. Hak dan kewajiban calon responden dalam penelitian juga dijelaskan agar calon responden benar-benar paham tentang penelitian yang akan dilakukan. Calon responden menandatangani lembar persetujuan di hadapan peneliti untuk selanjutnya mengisi kuesioner penelitian yang telah disediakan.

2. *Anonimity* (tanpa nama)

Anonimity merupakan etika dalam penelitian keperawatan yaitu peneliti tidak akan memberi nama responden pada lembar alat ukur. Peneliti hanya menuliskan kode pada lembar pengumpul data. Kode tersebut adalah nomor register klien (anak responden) agar tidak terjadi

pengulangan data yang sama. Responden pada penelitian ini tidak menuliskan namanya pada alat pengumpul data hanya membubuhkan tanda tangan sehingga hanya peneliti yang mengetahui data hasil penelitian adalah milik responden yang bersangkutan.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Peneliti menjamin kerahasiaan hasil penelitian baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan pada hasil penelitian. Peneliti mengolah data yang sesuai dengan kepentingan penelitian. Data yang didapatkan tidak dipublikasikan kepada orang lain di luar kepentingan penelitian dan akan dimusnahkan setelah penelitian berakhir.

4.6. Alat Pengumpul Data

Alat atau instrumen yang digunakan oleh peneliti dalam penelitian ini adalah kuesioner. Pertanyaan dalam kuesioner dibuat ringkas dengan bahasa yang mudah untuk dipahami responden. Kuesioner dalam penelitian ini adalah kuesioner yang dibuat oleh peneliti dengan memasukkan topik yang sesuai untuk data demografi orangtua dan anak, dukungan perawat, dan tingkat kecemasan orangtua.

Alat penelitian tersebut adalah :

4.6.1. Kuesioner A

4.6.1.1. Karakteristik orangtua

Berisi 7 (tujuh) pertanyaan yaitu usia, jenis kelamin, jumlah anak kandung, pendidikan terakhir, pekerjaan, status pernikahan dan suku bangsa. Jenis pertanyaan dalam kuesioner tersebut adalah: 5 (empat) pertanyaan tertutup dengan memilih pilihan jawaban yang telah disediakan. Pertanyaan tersebut terdiri dari: jenis kelamin, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, status pernikahan, dan suku

bangsa. Sisanya adalah 2 (dua) pertanyaan terbuka tentang usia dan jumlah anak yang dimiliki.

4.6.1.2. Karakteristik anak

Kuesioner berisi 4 (empat) pertanyaan yaitu usia, jenis kelamin, diagnosis medis dan lama hari rawat anak (pertanyaan yang tertulis di kuesioner: tanggal masuk rumah sakit, untuk memudahkan pemahaman responden). Pertanyaan dalam kuesioner ini berupa 3 (tiga) pertanyaan terbuka yaitu tentang diagnosis medis, lama hari rawat dan usia anak. Sisanya adalah 1 (satu) pertanyaan tertutup untuk jenis kelamin anak.

4.6.2. Kuesioner B

Kuesioner ini berisi pertanyaan-pertanyaan seputar dukungan perawat. Pertanyaan tersebut mengadopsi dari *Nursing Parents Support Tools* (Miler, 1999) dengan beberapa modifikasi oleh Sanjari *et al* (2009) yang dikembangkan oleh peneliti. Kuesioner asli milik Miler (1999) terdiri atas 20 pertanyaan dengan pilihan jawaban menggunakan skala likert 1-5 dengan kriteria 1 = hampir tidak pernah, 2 = jarang, 3 = kadang, 4 = sering, 5 = hampir selalu. Sanjari, *et al.* (2009) mengembangkan kuesioner ini menjadi 21 pertanyaan. Berisi pertanyaan tentang dukungan informasi sebanyak 9 item, emosional 3 item, penilaian 4 item dan instrumental 5 item. Kriteria penilaian sesuai dengan kuesioner asli.

Peneliti mengembangkan kuesioner yang telah dimodifikasi oleh Sanjari *et al* (2009) menjadi dukungan informasi sebanyak 9 pertanyaan, 7 pertanyaan dukungan emosional, 9 pertanyaan dukungan penilaian dan 8 pertanyaan dukungan instrumental. Pilihan jawaban menggunakan skala Likert 1-4 dengan kriteria 1 = tidak pernah, 2 = jarang atau kadang, 3 = sering dan 4 = selalu.

Kuesioner B tentang dukungan perawat yang dibuat oleh peneliti terdiri atas 37 pertanyaan. Terbagi menjadi 10 pertanyaan tentang dukungan informasi, 7 pertanyaan dukungan emosional, 11 pertanyaan dukungan penilaian dan 9 pertanyaan tentang dukungan instrumental. Setelah diuji validitas dan reliabilitasnya, maka terdapat 4 pertanyaan tidak valid karena r hitungannya kurang dari 0,325. Koefisien α yang didapatkan: 0,942. Empat pertanyaan tersebut terdiri dari 1 pertanyaan tentang dukungan informasi, 2 pertanyaan tentang dukungan penilaian dan 1 pertanyaan tentang dukungan instrumental. Selanjutnya kuesioner penelitian ini terdiri atas 33 pertanyaan terbagi menjadi 7 pertanyaan tentang dukungan emosional, 9 pertanyaan tentang dukungan informasi, 9 pertanyaan tentang dukungan penilaian dan 8 pertanyaan tentang dukungan instrumental.

4.6.3. Kuesioner C

Kuesioner C berisi pertanyaan seputar tingkat kecemasan orangtua. Alat ukur yang digunakan diadaptasi dari item-item pertanyaan dalam *Hamilton Anxiety Scale* yang telah dikembangkan oleh peneliti. Pertanyaan dalam kuesioner tersebut berdasarkan manifestasi klinis sistem tubuh dan respon kognitif serta afektif kecemasan. Pilihan jawaban yang disediakan adalah ya dan tidak. Penilaian dari masing-masing manifestasi cemas dalam instrumen ini adalah 0 jika tidak ada gejala dan 1 bila gejala yang ditanyakan muncul. Selanjutnya nilai dijumlahkan dan diinterpretasikan dengan kriteria: kurang dari sama dengan 22 termasuk dalam cemas ringan dan 23-45 termasuk dalam cemas sedang.

Kuesioner C tentang tingkat kecemasan orangtua terdiri dari 57 pertanyaan yang dikelompokkan dalam 14 sistem. Setelah dilakukan uji validitas dan reliabilitas terdapat 12 pertanyaan yang r hitungannya

kurang dari 0,278 ($df=28$) sehingga dikeluarkan dari kuesioner. Koefisien α yang diperoleh adalah 0,919. Pertanyaan yang tidak valid tersebut kemudian diuji konten kembali. Berdasarkan uji kemudian pertanyaan tidak valid tersebut dihilangkan dari kuesioner. Selanjutnya, pengukuran tingkat kecemasan orangtua pada penelitian ini menggunakan 45 pertanyaan.

Peneliti membagi tingkat kecemasan kedalam dua kategori saja, hal ini berdasarkan teori tentang kecemasan Stuart dan Sundeen (2009) bahwa cemas berat akan mengurangi lahan persepsi seseorang karena cenderung memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik serta tidak mampu berfikir tentang hal yang lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Pada tahap ini seseorang memerlukan orang lain untuk mengarahkan atau memusatkan perhatian pada area lain.

Penelitian ini bermaksud untuk menggali data tingkat kecemasan responden berdasarkan gejala klinis yang dirasakan responden. Bila responden berada pada tingkatan cemas berat maka responden tidak akan dapat memberikan jawaban yang sesuai karena berdasarkan teori disebutkan bahwa seseorang dalam keadaan cemas berat tidak akan mampu berpikir tentang hal lain. Selain itu data dukungan perawat berdasarkan pengalaman responden dan hasil observasi responden kemungkinan akan bias dikarenakan hal yang sama.

4.7. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dengan cara:

- 4.7.1. Memilih calon responden yang sesuai dengan kriteria inklusi menggunakan *consecutive sampling* yaitu orangtua yang anaknya di rawat di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita pada bulan Juni 2011. Pemilihan berdasarkan catatan klien masuk di ketiga ruangan tersebut

lalu peneliti melakukan *screening* calon responden yang akan dimasukkan ke dalam daftar.

4.7.2. Mendatangi calon responden, menjelaskan maksud dan tujuan penelitian. Peneliti membawa kuesioner serta surat permohonan dan lembar persetujuan menjadi responden untuk menjelaskan maksud, tujuan serta jenis data yang akan diberikan oleh calon responden dalam penelitian.

4.7.3. Peneliti menjelaskan tahapan penelitian setelah calon responden menyetujui menjadi responden dalam penelitian.

Tahapan yang dipaparkan oleh peneliti kepada responden adalah: penjelasan peneliti terkait seluruh aspek penelitian, penandatanganan lembar persetujuan sebagai responden di hadapan peneliti dan terakhir mengisi kuesioner yang telah disediakan.

4.7.4. Responden menandatangani lembar persetujuan menjadi responden.

4.7.5. Peneliti memberikan kuesioner untuk diisi oleh responden.

Kondisi ruang rawat anak yang ramai kemudian anak membutuhkan perhatian orangtua memberikan dampak pengisian kuesioner beberapa kali tidak dapat dilakukan dengan pendampingan peneliti. Kuesioner tersebut diberikan kepada orangtua untuk diisi sesuai dengan kondisi yang dialami oleh orangtua dan beberapa jam kemudian diambil oleh peneliti yang terlebih dahulu divalidasi kebenaran dan kelengkapan data yang diisi. Proses validasi adalah dengan menanyakan kembali secara acak seluruh pertanyaan dalam kuesioner penelitian kemudian dicocokkan dengan jawaban orangtua dan jawaban kuesioner, bila ada hal yang timpang, peneliti segera mengoreksi kebenaran jawaban berdasarkan penjelasan orangtua.

4.7.6. Peneliti meneliti kelengkapan dan kejelasan isi kuesioner yang sudah diisi oleh responden.

Kuesioner yang telah diterima oleh peneliti, kemudian diteliti kelengkapannya dan kesesuaian jawaban yang diberikan. Kuesioner yang lengkap dan sesuai dimasukkan dalam kuesioner penelitian.

4.7.7. Peneliti memberikan souvenir tanda terimakasih telah berpartisipasi dalam penelitian kepada responden dan mengucapkan terimakasih.

Kuesioner dalam penelitian ini, sebelum digunakan terlebih dahulu dilakukan uji validitas dan reliabilitas sehingga kuesioner tersebut benar-benar mampu mengukur yang seharusnya diukur (Polit & Beck, 2006). Uji validitas yang peneliti lakukan adalah uji terkait isi pada ahli yang memiliki keahlian tentang keperawatan anak yaitu dosen mata kuliah keperawatan anak, dilanjutkan dengan uji validitas kriteria yang menggambarkan tingkat hubungan antara dua pengukuran dari konsep yang sama pada waktu yang sama. Uji coba dilakukan pada 30 orang responden di tempat yang sama dengan penelitian.

Teknik korelasi yang akan dilakukan adalah *Pearson Product Moment*. Rumusnya (Arikunto, 2006) adalah sebagai berikut :

$$r_{xy} = \frac{n \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{\{n \sum x^2 - (\sum x)^2\} \{n \sum y^2 - (\sum y)^2\}}}$$

Keterangan :

- r_{xy} = koefisien korelasi product moment antara x dan y
- x = skor pertanyaan setiap nomor
- y = skor total
- n = jumlah responden

dengan $df = (n-2)$ dan $\alpha = 0,05$, maka: jika r hitung $> r$ tabel pertanyaan dinyatakan valid.

Instrumen yang reliabel adalah instrumen yang bila digunakan berkali-kali untuk mengukur objek yang sama akan menghasilkan data yang sama (Sugiyono, 2008).

Uji reliabilitas dalam kuesioner ini menggunakan *Cronbach's Alpha* (α) dengan rumus (Arikunto, 2006) sebagai berikut :

$$r = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum \sigma b^2}{\sigma^2} \right)$$

Keterangan :

r = koefisien *Cronbach's Alpha*

k = banyaknya butir pertanyaan

$\sum \sigma b^2$ = jumlah varian butir

σ^2 = varian total

Menggunakan $df = (n-2)$ dan $\alpha = 0,05$, maka jika r hitung $> r$ tabel pertanyaan dinyatakan reliabel.

4.8. Pengolahan Data

Pengolahan data pada penelitian ini adalah setelah semua data terkumpul, peneliti melakukan langkah-langkah sebagai berikut :

4.8.1. *Editing*

Peneliti melakukan koreksi terhadap kelengkapan data dengan meneliti kembali kelengkapan pengisian, keterbacaan, kejelasan jawaban, menghilangkan keragu-raguan data, relevansi jawaban dan keseragaman satuan data.

4.8.2. *Coding*

Peneliti mengklarifikasikan jawaban responden menurut macamnya dengan cara menandai masing-masing jawaban dengan skor jawaban. *Coding* dalam kuesioner penelitian ini disesuaikan dengan uraian dalam definisi operasional.

4.8.3. *Tabulating*

Peneliti mengelompokkan data ke dalam bentuk tabel tertentu menurut sifat yang dimiliki sesuai dengan tujuan penelitian, kemudian dimasukkan dalam tabel.

4.8.4. *Clearing*

Peneliti mengoreksi data berupa penomoran yang salah atau huruf-huruf yang kurang jelas untuk menyingkirkan kesalahan pengolahan.

4.9. Analisis Hasil

4.9.1. Analisa Univariat

Analisis univariat dalam penelitian ini disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan persentase karena seluruh data dalam bentuk kategorik. Data dalam analisis ini yaitu:

- 4.9.1.1. Karakteristik anak yang terdiri atas usia, jenis kelamin, diagnosis medis dan lama hari rawat.
- 4.9.1.2. Karakteristik orangtua yang terdiri atas usia, jenis kelamin, jumlah anak, tingkat pendidikan, status pekerjaan, status pernikahan dan suku bangsa.
- 4.9.1.3. Dukungan perawat yang terdiri dari dukungan pemberian informasi dan komunikasi, emosional, penilaian dan instrumental.
- 4.9.1.4. Dukungan informasi dan komunikasi perawat.
- 4.9.1.5. Dukungan emosional perawat.
- 4.9.1.6. Dukungan penilaian perawat.
- 4.9.1.7. Dukungan instrumental perawat.
- 4.9.1.8. Dukungan perawat (komposit 4 elemen diatas)
- 4.9.1.9. Tingkat kecemasan orangtua.

4.9.2. Uji Normalitas

Uji normalitas dilakukan untuk mengetahui suatu data normal atau tidak. Ada tiga cara untuk melakukan uji normalitas yaitu menggunakan *Kolmogorov Smirnov test*, *QQ plots* dan membagi

skewness dengan standar eror. Uji dilakukan dengan membagi skewness dengan standar errornya (Hastono, 2006).

4.9.3. Analisis Bivariat

Analisis bivariat yaitu analisis yang dilakukan terhadap dua variabel yang berhubungan atau berkorelasi. analisis dilakukan untuk melihat hubungan antar variabel. Penelitian ini menganalisis bivariat data untuk mengetahui:

4.9.3.1. Hubungan antara dukungan perawat dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta. Jenis uji statistik yang digunakan adalah Kai Kuadrat.

4.9.3.2. Hubungan antara dukungan informasi dan komunikasi dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta. Jenis uji statistik yang digunakan adalah Kai Kuadrat.

4.9.3.3. Hubungan antara dukungan emosional dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta. Jenis uji statistik yang digunakan adalah Kai Kuadrat.

4.9.3.4. Hubungan antara dukungan penilaian dengan tingkat kecemasan di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta. Jenis uji statistik yang digunakan adalah Kai Kuadrat.

4.9.3.5. Hubungan antara dukungan instrumental dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta. Jenis uji statistik yang digunakan adalah Kai Kuadrat.

4.9.3.6. Hubungan antara karakteristik orangtua dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan

Kita Jakarta. Jenis uji statistik yang digunakan adalah Kai Kuadrat.

4.9.3.7. Hubungan antara karakteristik anak dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta. Jenis uji statistik yang digunakan adalah Kai Kuadrat.

4.9.4. Analisis multivariat

Uji ini dilakukan untuk menilai variabel mana yang memiliki hubungan signifikan dengan tingkat kecemasan orangtua. Uji dilakukan menggunakan uji regresi logistik model prediksi. Tahapan uji tersebut adalah:

4.9.4.1. Uji seleksi

Seleksi dari analisis bivariat, variabel dengan $p < 0,25$ masuk pada tahap selanjutnya.

Berdasarkan analisis bivariat didapatkan bahwa variabel dengan nilai $p < 0,25$. Maka semua variabel tersebut masuk dalam tahap selanjutnya yaitu pemodelan multivariat.

4.9.4.2. Pemodelan multivariat

Variabel yang memiliki nilai $p > 0,25$ dikeluarkan satu persatu dari pemodelan dimulai dari variabel dengan nilai p terbesar hingga didapatkan variabel dengan nilai $p < 0,25$.

4.9.4.3. Uji interaksi

Uji interaksi adalah menganalisis interaksi antara dukungan perawat dengan karakteristik orangtua dan anak. Model yang baik adalah tidak ada interaksi di dalamnya.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian akan menggambarkan demografi responden, data karakteristik anak, dukungan perawat dan tingkat kecemasan orangtua menggunakan tabel frekuensi. Selain itu akan digambarkan pula analisis bivariat dan multivariat dari variabel terkait.

5.1 Analisis Univariat

5.1.1 Karakteristik Anak

Tabel 5.1
Analisa Karakteristik Anak
di Ruang Rawat Anak RSAB Harapan Kita, Juni 2011 (n=86)

Karakteristik	Frekuensi	
	f	%
Jenis kelamin	Laki-laki	46 53,5
	Perempuan	40 46,5
Usia	Bayi	36 41,9
	Toddler	28 42,6
	Pra Sekolah	17 19,8
	Sekolah	5 5,8
Kelompok diagnosis medis	Infeksi	41 47,7
	Non infeksi	19 22,1
	Diagnosis gejala	26 30,2
Lama hari rawat	Singkat (1 hari)	31 36
	Menengah (2 hari)	33 38,4
	Panjang (3 hari)	22 25,6

Berdasarkan data tersebut usia anak responden pada penelitian ini paling banyak usia bayi (41,9%). Jenis kelamin anak laki-laki (53,5%). Kelompok diagnosis medis terbanyak dalam penelitian ini adalah infeksi (41 dari 86 anak). 38,4% responden telah menjalani hospitalisasi selama 2 hari.

5.1.2 Karakteristik Orangtua

Tabel 5.2
Analisis Karakteristik Orangtua
di Ruang Rawat Anak RSAB Harapan Kita Juni 2011, (n=86)

Karakteristik		Frekuensi	
		F	%
Jenis kelamin	Laki-laki	18	20,9
	Perempuan	68	79,1
Usia	Dewasa dini	72	83,7
	Dewasa madya	14	16,3
Pekerjaan	Tidak bekerja	33	38,4
	Tidak tetap	9	10,5
	Tetap	44	51,2
Tingkat pendidikan	Rendah (SD dan SMP)	6	7
	Tinggi(SMA dan PT)	80	93
Jumlah anak	1-2 org	62	72,1
	>2 org	24	27,9
Status pernikahan	Menikah	86	100
Suku bangsa	Jawa	42	48,8
	Sunda	12	14
	Betawi	17	19,8
	Lain-lain	15	17,6

Hasil analisis didapatkan bahwa seluruh responden penelitian ini memiliki status menikah. Jenis kelamin responden adalah 79,1% perempuan. Suku Jawa mendominasi responden pada penelitian ini. Hampir semua responden (93%) berpendidikan tinggi. Dewasa madya (usia 40-60) menjadi minoritas responden dalam penelitian ini.

5.1.3 Dukungan Perawat

Tabel 5.3
Persentase Dukungan Perawat terhadap Orangtua
di Ruang Rawat Anak RSAB Harapan Kita
Juni 2011 (n=86)

Jenis Dukungan		Frekuensi	
		f	%
Dukungan Informasi	Tinggi	40	46,5
	Rendah	46	53,5
Dukungan Emosional	Tinggi	49	57
	Rendah	37	43
Dukungan Penilaian	Tinggi	45	52,3
	Rendah	41	47,7
Dukungan Instrumental	Tinggi	62	72,1
	Rendah	24	27,9
Dukungan Perawat (4 elemen)	Tinggi	46	53,5
	Rendah	40	46,5

Berdasarkan tabel 5.3 dapat disimpulkan bahwa dukungan di ruang rawat anak dari seluruh elemen dukungan dan dukungan perawat kumulatif adalah tinggi kecuali informasi. Dukungan tertinggi yang diberikan oleh perawat menurut responden pada penelitian ini adalah instrumental.

5.1.4 Tingkat Kecemasan Orangtua

Tabel 5.4
Persentase Tingkat Kecemasan Orangtua
di Ruang Rawat Anak RSAB Harapan Kita, Juni 2011 (n=86)

Karakteristik	Jenis Kelp.	F	%
Tingkat Kecemasan	1. Cemas ringan	44	51,2
	2. Cemas sedang	42	48,8

Berdasarkan data diatas, di tingkat kecemasan orangtua termasuk kelompok cemas ringan (72,1%). Hanya 4,7% orangtua mengalami cemas berat.

5.1.3 Uji Normalitas

Tabel 5.5
Uji Normalitas Dukungan Perawat, Tingkat Kecemasan Orangtua,
Karakteristik Anak dan Orangtua yang Anaknya Dirawat
di Ruang Rawat Anak RSAB Harapan Kita Juni 2011 (n=86)

No	Variabel	Skewness/SE	Hasil	Kesimpulan
1	Dukungan Informasi	0,136/0,260	0,5	Normal
2	Dukungan Emosional	-0,265/0,260	-1,02	Normal
3	Dukungan Penilaian	-0,088/0,260	-0,33	Normal
4	Dukungan Instrumental	-0,31/0,260	-1,19	Normal
5	Dukungan Informasi, Emosional, Penilaian dan Instrumental	-0,130/0,260	-0,5	Normal
6	Tingkat Kecemasan Orangtua	0,444/0,260	1,80	Normal

Berdasarkan uji normalitas yang telah dilakukan dengan membagi skewness dan SE, didapatkan data bahwa semua data berdistribusi normal. Kesimpulan tersebut berdasarkan nilai hasil perhitungan semua nilai yang diperoleh berada pada $-2 \leq \text{skewness/SE} \leq 2$. Peneliti selanjutnya menggunakan *cut of point* berdasarkan mean untuk menentukan batas tinggi dan rendah dalam mengkatagorikan masing-masing variabel tersebut.

5.2 Analisis bivariat

5.2.3 Hubungan antara dukungan perawat dengan tingkat kecemasan orangtua

Tabel 5.6
Hubungan Antara Dukungan Perawat dengan
Tingkat Kecemasan Orangtua
di Ruang Rawat Anak RSAB Harapan Kita, Juni 2011 (n=86)

Dukungan	Tingkat Kecemasan Orangtua				Total		P value
	Ringan		Sedang				
	N	%	N	%	N	%	
Rendah	18	20,9	28	32,5	46	100	0,043
Tinggi	24	27,9	16	18,6	40	100	
Total	44	51,2	42	48,4	86	100	

Berdasarkan tabel diatas, 32,5% responden yang menyebutkan bahwa dukungan perawat yang rendah menyebabkan responden merasa cemas sedang. Hasil uji didapatkan p value $\leq 0,05$, yaitu 0,043. Kesimpulan dari uji yang telah dilakukan adalah ada hubungan antara dukungan perawat dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.

5.2.4 Hubungan antara dukungan emosional perawat dengan tingkat kecemasan orangtua

Tabel 5.7
Hubungan Antara Dukungan Emosional Perawat dengan
Tingkat Kecemasan Orangtua
di Ruang Rawat Anak RSAB Harapan Kita, Juni 2011 (n=86)

Dukungan	Tingkat Kecemasan Orangtua				Total		p value
	Ringan		Sedang				
	N	%	N	%	N	%	
Tinggi	17	34,7	32	65,3	49	100	0,003
Rendah	25	67,7	12	32,4	37	100	
Total	42	48,8	44	51,2	86	100	

Sebanyak 65% responden merasa cemas meskipun dukungan emosional tinggi diberikan perawat. Hasil uji didapatkan p value

$\leq 0,005$, yaitu 0,003. Kesimpulan dari uji yang telah dilakukan adalah ada hubungan antara dukungan emosional dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.

5.2.5 Hubungan antara dukungan informasi perawat dengan tingkat kecemasan orangtua

Tabel 5.8
Hubungan Antara Dukungan Informasi dengan
Tingkat Kecemasan Orangtua Dirawat
di Ruang Rawat Anak RSAB Harapan Kita, Juni 2011 (n=86)

Dukungan	Tingkat Kecemasan Orangtua				Total		p value
	Ringan		Sedang		N	%	
	N	%	N	%			
Tinggi	14	35	26	65	40	100	0,017
Rendah	28	60,9	18	39,1	46	100	
Total	42	48,8	44	51,2	86	100	

Analisis hubungan antara dukungan informasi dengan tingkat kecemasan orangtua, menggambarkan 39,1% responden merasa cemas sedang dengan rendahnya dukungan yang diberikan oleh perawat. Hasil uji didapatkan p value $\leq 0,05$, yaitu 0,017. Kesimpulannya adalah ada hubungan antara dukungan informasi dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.

5.2.6 Hubungan antara Dukungan Penilaian Perawat dengan Tingkat Kecemasan Orangtua

Tabel 5.9
Hubungan Antara Dukungan Penilaian dengan Tingkat Kecemasan Orangtua di Ruang Rawat Anak RSAB Harapan Kita, Juni 2011 (n=86)

Dukungan	Tingkat Kecemasan Orangtua				Total		p value
	Ringan		Sedang		N	%	
	N	%	N	%			
Tinggi	17	34,7	32	63,5	49	100	0,003
Rendah	25	67,7	12	32,4	37	100	
Total	42	48,8	44	51,2	86	100	

Analisa hubungan antara tingkat kecemasan orangtua dan dukungan penilaian perawat menunjukkan bahwa 63,5% orangtua merasakan cemas pada tingkat sedang meskipun dukungan yang diberikan perawat tinggi. Hasil uji didapatkan p value $\leq 0,05$, yaitu 0,003 maka kesimpulannya ada hubungan antara dukungan penilaian dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.

5.2.7 Hubungan antara dukungan instrumental perawat dengan tingkat kecemasan orangtua

Tabel 5.10
Hubungan Antara Dukungan Instrumental dengan Tingkat Kecemasan Orangtua di Ruang Rawat Anak RSAB Harapan Kita, Juni 2011 (n=86)

Dukungan	Tingkat Kecemasan Orangtua				Total		p value
	Ringan		Sedang		N	%	
	N	%	N	%			
Tinggi	25	40,3	37	59,7	62	100	0,011
Rendah	17	70,8	7	29,2	24	100	
Total	42	48,8	44	51,2	86	100	

Tabel diatas menggambarkan bahwa dengan dukungan yang tinggi, sebanyak 40,3% responden mengalami cemas ringan dan sisanya cemas berat. Hasil uji didapatkan p value $\leq 0,05$, yaitu 0,011 maka kesimpulannya ada hubungan antara dukungan instrumental dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.

5.2.8 Hubungan antara karakteristik orangtua dengan tingkat kecemasan orangtua

5.2.8.1 Hubungan antara usia dengan tingkat kecemasan

Tabel 5.11
Hubungan antara Usia Orangtua dengan Tingkat Kecemasan Orangtua di Ruang Rawat Anak RSAB Harapan Kita, Juni 2011 (n=86)

Usia orangtua	Tingkat Kecemasan Orangtua				Total	p value
	Ringan		Sedang			
	N	%	N	%		
Dewasa madya	3	21,4	11	78,6	14	100
Dewasa dini	39	54,2	33	45,8	72	100
Total	42	48,8	44	51,2	86	100

Tabel diatas menggambarkan bahwa responden pada usia dewasa dini, 54,2% mengalami cemas ringan. Hasil uji didapatkan p value $\geq 0,005$, yaitu 0,053 maka kesimpulannya tidak ada hubungan antara usia orangtua dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta

5.2.8.2 Hubungan antara jenis kelamin orangtua dengan tingkat kecemasan orangtua

Tabel 5.12
Hubungan Antara Jenis Kelamin Orangtua dengan Tingkat Kecemasan Orangtua di Ruang Rawat Anak RSAB Harapan Kita, Juni 2011 (n=86)

Jenis Kelamin	Tingkat Kecemasan Orangtua				Total	P value
	Ringan		Sedang			
	N	%	N	%		
Laki-laki	11	61,1	7	38,9	18	100
Perempuan	31	45,6	37	54,4	68	100
Total	42	48,8	44	51,2	86	100

Tabel 5.12 menggambarkan bahwa jenis kelamin laki-laki lebih banyak merasa cemas pada kategori ringan (61%), sedangkan perempuan 54,4% merasa cemas pada kategori sedang. Hasil uji didapatkan *p value* $0,365 > 0,05$ maka kesimpulannya tidak ada hubungan antara jenis kelamin orangtua dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.

5.2.8.3 Hubungan antara tingkat pendidikan orangtua dengan tingkat kecemasan orangtua

Tabel 5.13
Hubungan Antara Tingkat Pendidikan Orangtua dengan Tingkat Kecemasan Orangtua di Ruang Rawat Anak RSAB Harapan Kita, Juni 2011 (n=86)

Tingkat Pendidikan	Tingkat Kecemasan Orangtua				Total		<i>p value</i>
	Ringan		Sedang		N	%	
	N	%	N	%			
Rendah	3	50	3	50	6	100	
Tinggi	39	39	41	41	80	100	1
Total	42	48,8	44	51,2	86	100	

Analisis hubungan antara tingkat pendidikan dan kecemasan pada tabel diatas menggambarkan bahwa Hasil uji didapatkan *p value* $1 > 0,05$ maka kesimpulannya tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan orangtua dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.

5.2.8.4 Hubungan antara jenis pekerjaan dengan tingkat kecemasan orangtua

Tabel 5.14
Hubungan Antara Jenis Pekerjaan Orangtua dengan Tingkat Kecemasan Orangtua di Ruang Rawat Anak RSAB Harapan Kita, Juni 2011 (n=86)

Jenis Pekerjaan	Tingkat Kecemasan Orangtua				Total		p value
	Ringan		Sedang		N	%	
	N	%	N	%			
Tidak bekerja	10	30,3	23	69,7	33	100	0,013
Tidak tetap	7	77,8	2	22,2	9	100	
Tetap	25	58,6	19	43,2	44	100	
Total	42	48,8	44	51,2	86	100	

Responden yang bekerja tetap, 58,6% merasakan cemas ringan. Hasil uji didapatkan p value $0,013 < 0,05$ maka kesimpulannya ada hubungan antara jenis pekerjaan orangtua dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.

5.2.8.5 Hubungan antara suku bangsa dengan tingkat kecemasan orangtua

Tabel 5.15
Hubungan Antara Suku Bangsa dengan
Tingkat Kecemasan Orangtua di Ruang Rawat Anak
RSAB Harapan Kita, Juni 2011 (n=86)

Suku bangsa	Tingkat Kecemasan Orangtua				Total	p value
	Ringan		Sedang			
	N	%	N	%	N	
Jawa	17	40,5	25	59,5	42	100
Sunda	8	66,7	4	33,3	12	100
Betawi	9	52,9	8	47,1	17	100
Lain-lain	8	53,3	7	46,7	15	100
Total	42	48,8	44	51,2	86	100

Analisa hubungan antara dukungan perawat dan suku bangsa responden menggambarkan bahwa suku Jawa mayoritas mengalami cemas sedang (59,5%) dan suku Sunda mayoritas mengalami cemas ringan, demikian pula dengan Betawi dan lainnya. Hasil uji didapatkan p value $\geq 0,05$, yaitu 0,401. Kesimpulannya adalah tidak ada hubungan antara suku bangsa orangtua dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.

5.2.8.6 Hubungan antara jumlah anak dengan tingkat kecemasan orangtua

Tabel 5.16
Hubungan Antara Jumlah Anak dengan
Tingkat Kecemasan Orangtua di Ruang Rawat Anak
RSAB Harapan Kita, Juni 2011 (n=86)

Jumlah Anak	Tingkat Kecemasan Orangtua				Total		p value
	Ringan		Sedang		N	%	
	N	%	N	%			
<3	36	56,5	27	43,5	62	100	0,042
>2	7	29,2	17	70,8	24	100	
Total	42	48,8	44	51,2	86	100	

Jumlah anak yang semakin besar ternyata menambah kecemasan pada responden. 70,8% responden yang memiliki anak >2 mengalami cemas sedang. Hasil uji didapatkan p value 0,042 maka kesimpulannya ada hubungan antara jumlah anak orangtua dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.

5.2.9 Hubungan antara karakteristik anak dengan tingkat kecemasan orangtua

5.2.9.1 Usia Anak

Tabel 5.17
Hubungan Antara Usia Anak dengan
Tingkat Kecemasan Orangtua di Ruang Rawat Anak
RSAB Harapan Kita, Juni 2011 (n=86)

Usia Anak	Tingkat Kecemasan Orangtua				Total	p value	
	Ringan		Sedang				
	N	%	N	%	N		%
Bayi	24	66,7	12	33,3	36	100	0,012
Toddler	12	42,9	16	57,1	16	100	
Pra Sekolah	6	35,3	11	64,7	17	100	
Sekolah	1	14,2	6	85,7	7	100	
Total	42	48,8	44	51,2	88	100	

Tabel diatas menggambarkan bahwa 33,3% responden yang memiliki anak usia bayi mengalami cemas sedang. 64,7% responden yang anaknya berusia antara 3-7 tahun (pra sekolah) Hasil uji didapatkan p value 0,012 maka kesimpulannya ada hubungan antara usia anak orangtua dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.

5.2.9.2 Jenis Kelamin

Tabel 5.18
Hubungan Antara Jenis Kelamin Anak dengan
Tingkat Kecemasan Orangtua di Ruang Rawat Anak
RSAB Harapan Kita, Juni 2011 (n=86)

Jenis Kelamin	Tingkat Kecemasan Orangtua				Total		p value
	Ringan		Sedang		N	%	
	N	%	N	%			
Laki-laki	26	56,6	20	43,5	46	100	0,186
Perempuan	16	40	24	60	40	100	
Total	42	48,8	44	52,1	86	100	

Tabel diatas menggambarkan anak perempuan lebih meningkatkan kecemasan orangtua. 60% responden yang memiliki anak perempuan mengalami cemas sedang. Hasil uji didapatkan p value 0,186 maka kesimpulannya tidak ada hubungan antara jenis kelamin anak dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.

5.2.9.3 Lama Hari Rawat

Tabel 5.19
Hubungan Antara Lama Hari Rawat dengan
Tingkat Kecemasan Orangtua di Ruang Rawat Anak
RSAB Harapan Kita, Juni 2011 (n=86)

Lama Hari Rawat	Tingkat Kecemasan Orangtua				Total		p value
	Ringan		Sedang		N	%	
	N	%	N	%			
Pendek (1 hari)	14	45,2	17	54,8	31	100	0,872
Menengah (2 hari)	17	51,5	16	48,5	33	100	
Panjang (3 hari)	11	50	11	50	22	100	
Total	42	48,8	44	52,1	86	100	

Tabel diatas menggambarkan bahwa hari rawat yang pendek menimbulkan kecemasan lebih besar dibandingkan hari-hari selanjutnya. Sebanyak 54,8% responden mengalami cemas sedang pada hari pertama hospitalisasi. Hasil uji didapatkan p value 0,872 >0,05 maka kesimpulannya tidak ada hubungan antara jumlah hari rawat anak dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.

5.2.9.4 Diagnosis Medis

Tabel 5.20
Hubungan Antara Kelompok Diagnosis Medis dengan
Tingkat Kecemasan Orangtua di Ruang Rawat Anak
RSAB Harapan Kita, Juni 2011 (n=86)

Kelompok Diagnosis	Tingkat Kecemasan Orangtua				Total		p value
	Ringan		Sedang		N	%	
	N	%	N	%			
Infeksi	25	52,1	23	47,9	48	100	0,646
Non infeksi	17	44,7	21		38	100	
Total	42	48,8	44	52,1	86	100	

Tabel diatas menggambarkan bahwa kelompok diagnosis non infeksi lebih meningkatkan cemas orangtua. Dari responden, nya mengalami cemas sedang. Hasil uji didapatkan *p value* $0,646 \geq 0,05$ maka kesimpulannya tidak ada hubungan antara kelompok diagnosis dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.

5.3 Analisis Multivariat Regresi Logistik Ganda Model Prediksi

5.3.1 Seleksi Bivariat

Semua variabel independen dilakukan analisis bivariat dengan variabel dependen. Berikut ini adalah tabel analisis bivariat:

Tabel 5.21
Seleksi Bivariat

No	Variabel	<i>p value</i>	Keterangan
1	Dukungan Informasi	0,017	Masuk
2	Dukungan Emosional	0,003	Masuk
3	Dukungan Penilaian	0,003	Masuk
4	Dukungan Instrumental	0,011	Masuk
5	Usia orangtua	0,053	Masuk
6	Jenis kelamin orangtua	0,365	Tidak masuk
7	Jenis pekerjaan	0,013	Masuk
8	Tingkat pendidikan	1	Tidak masuk
9	Jumlah anak	0,042	Masuk
10	Suku bangsa	0,401	Tidak masuk
11	Usia anak	0,012	Masuk
12	Jenis kelamin anak	0,186	Masuk
13	Diagnosis medis	0,646	Tidak Masuk
14	Lama hari rawat	0,872	Tidak masuk

Variabel yang memiliki *p value* $< 0,25$ adalah dukungan perawat komposit, emosional, informasi, penilaian, instrumental, usia orangtua, jenis pekerjaan orangtua, jumlah anak, usia anak dan jenis kelamin anak.

5.3.2 Pemodelan Multivariat

Berdasarkan pemodelan multivariat yang telah dilakukan, didapatkan variabel yang berkontribusi terhadap tingkat kecemasan orangtua adalah dukungan emosional, jumlah anak yang dimiliki responden dan diagnosis medis.

Tabel 5.22
Pemodelan Multivariat

No	Variabel	sign	Exp(B)
1	Dukungan emosional	0,040	0,236
2	Dukungan penilaian	0,123	3,605
3	Dukungan instrumental	0,076	0,246
4	Pekerjaan orangtua	0,067	0,599
5	Usia anak	0,080	1,746
6	Jumlah anak	0,135	2,437

Pemodelan multivariat dilakukan dengan mengeluarkan satu persatu variabel yang nilai *p value*nya paling besar sampai semua *p value* < 0,25.

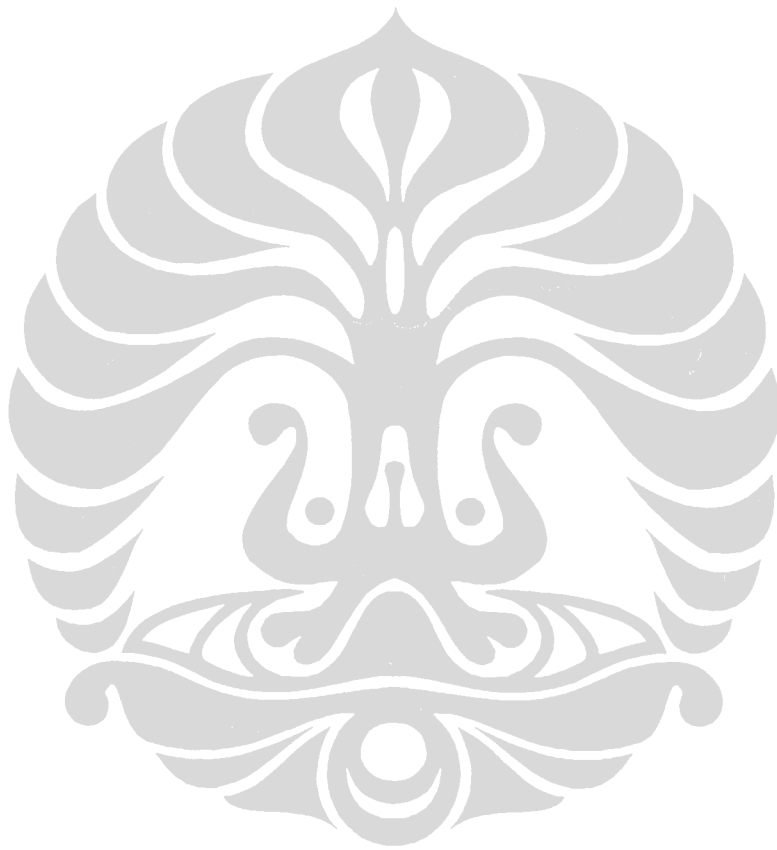
5.3.3 Uji interaksi

Uji interaksi dilakukan untuk melihat interaksi antar variabel yaitu variabel dukungan perawat dengan karakteristik orangtua dan anak. Uji interaksi dilakukan antara dukungan emosional, penilaian dan instrumental dengan pekerjaan orangtua, usia anak dan jumlah anak yang dimiliki orangtua. Berdasarkan perhitungan didapatkan semua hasil *p value* lebih besar dari 0,05, yang artinya tidak ada interaksi.

5.3.4 Model terakhir

Nilai exp (B) yang didapatkan, menunjukkan bahwa urutan variabel yang berkontribusi terhadap tingkat kecemasan orangtua dari yang paling besar adalah: dukungan penilaian (nilai ExpB = 3,605), jumlah anak (nilai ExpB = 2,437), usia anak (ExpB = 1,746),

pekerjaan orangtua (nilai $\text{ExpB} = 0,599$), dukungan instrumental (nilai $\text{ExpB} = 0,246$) dan dukungan emosional (nilai $\text{ExpB} = 0,236$).



BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini akan memaparkan interpretasi data dan diskusi hasil penelitian, keterbatasan penelitian dan implikasi penelitian. Diskusi hasil penelitian terdiri dari hubungan dukungan perawat (informasi, emosional, penilaian dan instrumental) dengan tingkat kecemasan orangtua serta karakteristik orangtua dan anak sebagai variabel perancu. Keterbatasan penelitian akan dipaparkan dari beberapa aspek seperti proses pengambilan sampel dan pengisian kuesioner. Implikasi penelitian terhadap pelayanan, pendidikan dan penelitian keperawatan juga akan dibahas dalam bab ini.

6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil

6.1.1 Hubungan dukungan perawat dengan tingkat kecemasan orangtua

Hospitalisasi merupakan peristiwa yang dapat menyebabkan cemas anak dan orangtua. Peralatan yang asing, prosedur keperawatan dan medis yang menyakitkan, bahkan mengerikan dapat menjadi penyebab kecemasan. Selama berada di rumah sakit, orangtua sangat memerlukan dukungan. Berbagai macam informasi diperlukan orangtua selama merawat anak sakit. Hal ini sanada dengan penelitian tentang dukungan informasi oleh Sarajavi (2006) bahwa orangtua sangat membutuhkan dukungan informasi tentang penyakit dan perawatan anak di rumah sakit. Dukungan informasi membantu orangtua membentuk koping selama hospitalisasi (Hallstrom *et al*, 2002; Melynk 2000; Shield *et al* 2003).

Penelitian ini menggambarkan dukungan informasi di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita adalah rendah. Berdasarkan sebaran data didapatkan orangtua dengan dukungan tinggi mayoritas cemas sedang dan orangtua dengan dukungan rendah kebanyakan cemas ringan.

Bila dibandingkan dengan penelitian Sarajavi 2006, hal ini berbanding terbalik. Kemungkinan yang terjadi adalah semakin banyak informasi yang diberikan maka tingkat kecemasan orangtua semakin meningkat. Orangtua semakin tahu dan kemungkinan menimbulkan kekawatiran yang berlebihan.

Orangtua yang cemas sedang sangat membutuhkan elemen dukungan perawat yang lain, yaitu dukungan emosional. Dukungan ini terdiri atas afeksi, kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan. Saat melakukan intervensi keperawatan, dukungan emosional sangat diperlukan untuk meningkatkan rasa aman dan menurunkan kecemasan. Orangtua yang didukung, diberikan kepercayaan dan perhatian akan memiliki tingkat kecemasan rendah. Komunikasi verbal dilakukan kepada orangtua (responden) dengan penekanan pernyataan tertentu, bersikap empati dalam memberikan dorongan atau dukungan akan berdampak lebih baik. Komunikasi non verbal dilakukan dengan sentuhan dan menjalin kedekatan dengan klien secara profesional (Bottorf et al (1995). Senada dengan Bottorf, James 1992 dan Sarajarvi 2006 menjelaskan bahwa aplikasi *caring* dalam dukungan emosional meliputi menyediakan waktu untuk bersama orangtua, mendengarkan dan keterlibatan perawat, dalam hal ini adalah orangtua dan perawat bersama-sama merawat anak yang sakit. Konseling, pendampingan, mengunjungi, pelatihan, pertemuan sangat dibutuhkan orangtua (Sarajarvi, 2006).

Bagaimanapun hospitalisasi akan menimbulkan kecemasan, tingkat dan bentuk kecemasan akan berbeda pada masing-masing orangtua. Perawat yang perhatian kepada orangtua dapat menurunkan tingkat kecemasan tersebut. Orangtua akan merasa dibimbing, diberikan solusi atas masalah yang dihadapi. Dukungan penilaian dapat berupa bimbingan umpan balik, membimbing, pemecahan masalah, sumber

dan validator, memberi dukungan, memberikan penghargaan dan memberikan perhatian (Sarajarvi, 2006). Dukungan ini merupakan variabel yang paling berhubungan dengan tingkat kecemasan orangtua. Perawat yang peka terhadap kebutuhan khusus anak dan orangtua ternyata menjadi aspek penting yang dianggap paling mampu menurunkan tingkat kecemasan orangtua. Ilmu psikologi menjelaskan bahwa dalam hidup bersama sebagai suatu kelompok harus memiliki kepedulian. Peka terhadap kebutuhan khusus orang lain (Rachel, 2004). Merasa diperhatikan dengan kondisi khususnya mampu menurunkan tingkat kecemasan orangtua.

Saat mengalami kecemasan orang terdekat orangtua adalah perawat. Perawat mendampingi anak dan orangtua selama 24 jam. Selama itu pula perawat memberikan dukungan kepada orangtua. Dukungan lain yang tak kalah penting adalah dukungan instrumental. Dukungan instrumental terdiri atas konseling, pendampingan, mengunjungi, pelatihan, pertemuan (Sarajarvi, 2006). Mendampingi orangtua adalah kewajiban perawat selama orangtua merawat anak di rumah sakit. Penelitian menggambarkan bahwa dukungan instrumental yang tinggi meningkatkan kecemasan orangtua. Senada dengan dukungan informasi yang telah dibahas sebelumnya kemungkinan ini dapat disebabkan orangtua semakin mengerti semakin khawatir dan cemas. Terlihat dari dukungan instrumental yang rendah dapat menurunkan tingkat cemas orangtua.

Dukungan perawat satu sama lain tidak dapat dipisahkan karena saling berkaitan. Dukungan emosional tidak akan baik bila tidak disertai dukungan informasi dan penilaian. Dukungan informasi tidak akan berjalan bila tidak didukung oleh penilaian yang baik. Dukungan instrumental juga tidak akan dapat menjadi baik bila tidak didukung oleh ketiga dukungan yang lain. Orangtua dan anak yang dirawat di

ruang rawat anak RSAB Harapan Kita beberapa adalah klien dengan kasus hematologi yang sering hospitalisasi. Dukungan informasi sudah sering diberikan sebelumnya. Penelitian hanya melihat dukungan saat hospitalisasi pada waktu menjadi responden dalam penelitian. Mungkin inilah yang menyebabkan dukungan informasi rendah namun tiga dukungan lainnya tinggi. Perawat tidak lagi memberikan dukungan informasi namun lebih menekankan dukungan lain yang sangat dibutuhkan orangtua.

6.1.2 Hubungan karakteristik orangtua dengan tingkat kecemasan orangtua

Responden dalam penelitian ini mayoritas berpendidikan tinggi. Notoadmojo (2003) menjelaskan bahwa seseorang dengan tingkat pendidikan tinggi akan lebih rasional dalam menghadapi masalah sehingga akan menurunkan tingkat kecemasan. Data yang berhasil didapatkan oleh peneliti, justru sebaliknya. Orangtua pendidikan tinggi akan lebih rasional namun justru semakin tahu, orangtua akan semakin cemas karena pengetahuan yang didapatkan mungkin tentang kondisi penyakit anak yang memburuk.

Data penelitian ini menggambarkan bahwa orangtua yang berpenghasilan tetap sebagian besar mengalami cemas ringan, berbanding terbalik dengan responden yang tidak bekerja. Hal tersebut berbanding terbalik dengan teori Stuart (2009) yang menyebutkan bahwa kecemasan dapat muncul karena konflik peran. Dalam hal ini adalah peran sebagai pencari nafkah keluarga dan merawat anak di rumah sakit.. Kemungkinan hal ini disebabkan orangtua yang tidak bekerja lebih cemas terkait masalah pembiayaan rumah sakit.

Cemas dipengaruhi oleh sistem gama aminobutyric acid (GABA), norepinephrine dan serotonin (Stuart, 2009). Sistem ini akan bekerja saat seseorang cemas. Menurut Stuart (2009), kelelahan dapat menambah kecemasan. Orangtua yang memiliki peran ganda yaitu menunggu anak yang sakit di rumah sakit dan harus mengurus anak yang di rumah akan meningkatkan aktifitas yang pada akhirnya menimbulkan kelelahan dan menstimulus kecemasan. Teori tersebut dibuktikan dengan penelitian ini yang menjelaskan bahwa orangtua yang memiliki anak lebih dari dua lebih banyak mengalami cemas sedang.

Gangguan kecemasan dapat terjadi pada semua usia, lebih sering pada usia dewasa. Sebagian besar terjadi pada umur 21-45 tahun. Berbanding terbalik dengan teori tersebut, didapatkan dalam hasil penelitian ini bahwa responden dengan usia dewasa madya lebih banyak yang mengalami cemas berat. Dewasa madya adalah orangtua dengan usia antara 40-60 tahun. Tahap ini orangtua sudah memiliki anak pada usia sekolah bahkan remaja. Kecemasan dapat disebabkan oleh berbagai hal. Seperti telah disebutkan sebelumnya bahwa banyaknya peran sebagai pencari nafkah, merawat anak si rumah dan merawat anak di rumah sakit dapat mencetuskan kecemasan. Cemas tidak mampu melakukan peran dengan baik. Disatu sisi anak sakit membutuhkan perhatian, disisi lain harus bekerja dan merawat anak di rumah dengan berbagai macam kebutuhannya.

Kecemasan lebih banyak terjadi pada wanita. Krasucki (1998) menyebutkan bahwa perempuan lebih mudah cemas dibandingkan laki-laki, namun seiring pertambahan usia hal tersebut dapat menjadi sama atau terbalik. Penelitian menggambarkan bahwa responden perempuan lebih banyak yang mengalami cemas sedang dan responden laki-laki lebih sedikit mengalami cemas berat. Djiwandono

(2002) menjelaskan bahwa laki-laki berpikir dengan logika dan perempuan lebih banyak menggunakan perasaan. Hal ini yang mungkin dapat meningkatkan kecemasan perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Perasaan khawatir akan menimbulkan tanda-tanda kecemasan seperti nadi cepat, napas pendek, akral dingin dan lain-lain (Stuart, 2009)

Perbedaan daerah asal akan membedakan pula perilaku dan persepsi masing-masing orangtua tentang dukungan perawat. Suku Jawa dikenal halus dalam berbahasa dan sopan dalam berperilaku (Luddin, 2010). Suku Batak lebih lugas dalam berbicara dengan suara yang agak keras, ini merupakan hal yang wajar bagi mereka tapi mungkin dianggap kurang sopan bagi suku bangsa yang lain (Luddin, 2010). Penelitian ini menggambarkan bahwa suku Jawa lebih banyak yang mengalami cemas sedang. Kemungkinan hal ini disebabkan oleh halusnya perilaku dan mungkin perasaan suku tersebut, khawatir akan hal yang buruk akan terjadi pada anak mereka. Penyampaian informasi harus memperhatikan pilihan kata. Perbedaan persepsi dapat terjadi bila kata-kata yang digunakan memiliki arti berbeda pada setiap suku bangsa. Keragaman bahasa juga tampak pada halus kasarnya atau tingkatan dalam berbahasa. Suku Jawa dan Bali mengenal tingkatan tersebut namun suku Betawi tidak (Effendi dan Makhfudli, 2009). Kemungkinan yang dapat terjadi di rumah sakit adalah orangtua berasal dari Jawa dirawat oleh perawat suku Betawi. Suku Jawa yang halus dan mengenal tingkatan dalam berbahasa menilai dukungan informasi dan tiga dukungan lainnya tidak baik atau rendah karena sikap dan perilaku berbahasa yang berbeda nilai.

6.1.3 Hubungan karakteristik anak dengan tingkat kecemasan orangtua

Pengalaman merupakan bagian penting dan bahkan sangat menentukan kondisi mental individu di kemudian hari. Tiedeman (1997) menjelaskan dalam penelitiannya tentang tingkat kecemasan pada orangtua dari anak usia 5-11 tahun yang dirawat di rumah sakit bahwa tingkat kecemasan orangtua mengalami penurunan signifikan dari awal masuk rumah sakit hingga pulang. Hal tersebut sama dengan hasil penelitian yang dilakukan peneliti. Responden yang hospitalisasi selama sehari sebagian besar mengalami cemas berat. Seiring dengan penambahan hari hospitalisasi semakin menurun pula tingkat kecemasan orangtua.

Kelompok diagnosa non infeksi ternyata meningkatkan tingkat cemas orangtua. Terjadinya gejala kecemasan yang berhubungan dengan kondisi medis sering ditemukan walaupun insidensi gangguan bervariasi untuk masing-masing kondisi medis. Orangtua yang memiliki anak dalam kondisi sakit yang parah dan akan menimbulkan efek jangka panjang atau kecacatan pasti akan lebih cemas dibandingkan yang tidak (Hordcik Elin dan Straume Marianne, n.d.).

Semakin besar usia anak, semakin cemas orangtua. Hal tersebut berkebalikan dengan penelitian tentang kecemasan oleh (Hordcik Elin & Straume Marianne, n.d.). Orangtua yang memiliki anak dengan usia sangat muda atau bahkan baru lahir memiliki kecemasan yang lebih tinggi. Mereka berpikir, di usia yang masih sangat muda, anaknya harus menjalani hospitalisasi. Mereka cemas bagaimana nanti bila anak mereka dewasa, apakah mampu beradaptasi dengan penyakit mereka khususnya bagi anak yang mengidap penyakit genetik seperti kanker darah. Kemungkinan dalam penelitian ini,

semakin tua usia anak, orangtua menganggap bagaimana nantinya tumbuh kembang dan kemampuan anak di masa depan bila anak sakit dan hospitalisasi. Terlebih bila penyakit tersebut adalah kronis.

6.2 Keterbatasan Penelitian

6.2.1 Kuesioner dan pelaksanaan penelitian

Pengisian kuesioner yang semula direncanakan diisi dengan didampingi oleh peneliti, beberapa kali tidak dapat dilaksanakan. Hal tersebut disebabkan kondisi anak responden yang menangis, atau membutuhkan perhatian responden. Perbedaan hari antara waktu pengisian kuesioner dan pengambilan kuesioner oleh peneliti seringkali mengakibatkan kuesioner tidak dapat dipakai karena kurang lengkap dan responden sudah pulang.

6.2.2 Pengambilan sampel

Penelitian ini dilakukan di tiga unit ruang rawat anak yaitu Gambir, Kantil dan Anggrek. Jumlah klien anak di ketiga ruangan tersebut berbeda-beda. Berdasarkan kriteria inklusi yang ditetapkan, pengambilan sampel lebih banyak dilakukan di ruang Anggrek. Hal tersebut disebabkan oleh mobilitas klien di ruang itu tinggi dibandingkan yang lain. Bahkan selama beberapa hari proses penelitian, peneliti tidak mengambil sampel di ruang Kantil karena ketidakterediaan sampel.

6.3 Implikasi terhadap Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian

6.3.1 Pelayanan Keperawatan

Penelitian ini dapat menjadi evaluasi mutu pelayanan keperawatan pada aspek dukungan perawat kepada klien dan keluarga. Hasil penelitian yang menggambarkan bahwa tingkat dukungan tinggi pada keempat elemen dukungan perawat dapat digunakan sebagai pembangun motivasi untuk terus meningkatkan kualitas asuhan.

Perawatan klien oleh keluarga (Family centered care) dapat dilakukan dengan dukungan yang tinggi dari perawat. Keempat elemen dukungan memiliki hubungan dengan tingkat kecemasan orangtua namun dukungan informasi adalah satu-satunya dukungan yang dinilai rendah oleh orangtua. Implikasi bagi pelayanan keperawatan dengan dukungan informasi yang rendah adalah keluarga dan klien mungkin tidak mendapatkan informasi yang seharusnya mereka dapatkan. Pergantian perawat di setiap shift dan bergantinya perawat setiap hari yang merawat klien dan keluarga memungkinkan hal tersebut terjadi karena tidak ada operan tentang informasi yang belum disampaikan oleh perawat sebelumnya.

6.3.2 Pendidikan Keperawatan

Penelitian ini dapat digunakan untuk menambah pengetahuan bagi perawat tentang dukungan perawat dan kecemasan pada orangtua saat hospitalisasi.

6.3.3 Penelitian Keperawatan

Penelitian ini dapat menjadi dasar bagi penelitian selanjutnya terkait dukungan perawat dan tingkat kecemasan orangtua saat hospitalisasi.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini akan dipaparkan simpulan dari penelitian yang telah peneliti lakukan serta saran yang diharapkan bermanfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan nantinya ditinjau dari pendidikan keperawatan, pelayanan keperawatan dan penelitian keperawatan.

7.1 Simpulan

- 7.1.1 Mayoritas responden pada penelitian ini adalah ibu. Semua berstatus menikah. Kebanyakan responden berusia antara 19-40 tahun atau pada tahap dewasa dini. Tingkat pendidikan terbanyak yaitu pendidikan tinggi. Bekerja tetap merupakan persentase terbesar untuk jenis pekerjaan responden. Kebanyakan responden memiliki anak 1-2 orang. Suku Jawa mendominasi karakteristik responden berdasarkan suku bangsanya dalam penelitian ini.
- 7.1.2 Jumlah anak laki-laki yang dirawat di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita lebih banyak dibandingkan perempuan. Usia anak dalam penelitian mayoritas adalah usia bayi (0-1 tahun). Diagnosis terbanyak adalah diare. Responden kebanyakan telah menunggu anak dirawat selama 3 hari.
- 7.1.3 Tingkat kecemasan yang dapat digali oleh peneliti berdasarkan kuesioner yang diberikan kepada responden berada pada rentang cemas ringan dan berat. Cemas ringan merupakan jumlah terbesar dibandingkan kategori lainnya.
- 7.1.4 Dukungan perawat dibagi menjadi dukungan informasi, emosional, penilaian dan instrumental. Peneliti meneliti keempat elemen dukungan tersebut dan komposit dukungan hubungannya dengan tingkat kecemasan orangtua. Hasil yang didapatkan adalah ada hubungan antara dukungan perawat, dukungan informasi, emosional, penilaian dan instrumental dengan tingkat kecemasan orangtua.

- 7.1.5 Variabel yang paling berhubungan dengan tingkat kecemasan orangtua pada penelitian ini adalah kelompok diagnosis medis, jumlah anak dan dukungan emosional.

7.2 Saran

7.2.1 Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian memperlihatkan adanya hubungan antara dukungan perawat dan tingkat kecemasan orangtua. Oleh sebab itu, dukungan perawat sebaiknya menjadi salah satu pokok bahasan dalam mata ajar keperawatan anak terkait aspek *caring* kepada klien dan keluarga. Tidak hanya perkuliahan teori saja melainkan praktikum dengan metode *role play* juga lebih baik bila dapat dilakukan. Pelatihan tentang *caring* tentang dukungan perawat kepada klien dan keluarga untuk perawat di ruangan penting dilakukan guna meningkatkan kualitas dukungan perawat yang sudah tinggi agar lebih baik.

7.2.2 Pelayanan Keperawatan

Sebaiknya perawat lebih memperhatikan kebutuhan klien dan keluarga, sehingga dukungan yang diberikan menjadi lebih optimal. Komponen operan perawat perlu mencantumkan informasi yang diperlukan klien dan disertai daftar tilik yang telah dan belum dilakukan. Sistem *primary nursing* perlu untuk dipertimbangkan.

7.2.2 Penelitian Keperawatan

7.2.2.1 Penelitian selanjutnya penting untuk memvalidasi masing-masing variabel tersebut dengan cara memperoleh data dari kedua pihak yaitu orangtua dan perawat. Tidak hanya formulir kuesioner saja, namun penambahan formulir observasi dianggap perlu untuk ditambahkan.

7.2.2.2 Keseragaman proporsi responden di masing-masing ruangan harus diperhatikan. Lebih baik lagi apabila proporsi di masing-masing variabel karakteristik orangtua dan anak adalah seimbang untuk setiap sub variabel agar data yang dihasilkan lebih dapat mewakili populasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariawan, I. (1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*. Jakarta : FKMUI.
- American Academy of Pediatric. (2003). Family centered care and the pediatrician's role. *Journal of American Academy of Pediatrics*, 112 (3) : 691
- Alexander, D., et al. (1988). Anxiety levels of rooming in and non rooming in parents of young hospitalized children. *Maternal Child Nursing Journal*, 17, 79-99.
- Ball, W. J. & Bindler, C. R. (2003). *Pediatric nursing caring for children*. Pearson: New Jersey.
- Bjelland, I. (2002. February 22). The validity of the hospital anxiety and depression scale. *Psychosomatic journal*, 52(2), 69-77. April 2011. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11832252>
- Bottoff, J.L., Gogag, M. & Engelberg, L. M. (1995) Comforting: Exploring the work of cancer nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1077-1084.
- Daniel, F., et al. (2007). Psychometric properties of the State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA): Comparison to the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *American Psychological Association Journal*, 4, 369-381.
- Djiwandono. D. E. S., (2002). *Psikologi pendidikan*. Malang: Grasindo.
- Efendy. F. & Makhfudli., (2010). *Keperawatan kesehatan komunitas-teori dan praktek dalam keperawatan*. Jakarta: Salemba Medica.
- Espezal, H. & Canam, C. (2003) Parent-nurse interactions: care of hospitalized children. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 34-41.
- Friedman, M. (2003). *Family nursing: Theory & practice*. Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Gass, S. C. & Curiel, E. R. (2011). Test anxiety in relation to measures of cognitive and intellectual functioning. <http://acn.oxfordjournals.org/content/early/2011/06/01/arclin.acr034.abstract>.
- Hallstrom, I., Runesson, I. & Elander, G. (2002) Observed parental needs during their child's hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing*, 17, 140-148.
- Hockenbery, M.J., & Wilson, D. (2009). *Wong's essential pediatric nursing*. St.

Louis: Mosby Elsevier.

Kaplan, J.B., & Sadock, T.C., (1997). *Sinopsis Psikiatri Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis edisi ke tujuh*, Jakarta: Binarupa Aksara.

Konstantinos, N.F. et al. (2001, October). Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the zung depression rating scale. *BioMed Central Psychiatry Journal*, 1: 6. 30 Maret 2011. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC64635/>.

Krasucki, C., Howard, C. & Mann. A.(1998 Februari) The relationship between anxiety disorders and age. *Geriatry Psychiatry Journal*. 13(2):79-99.

Lam J, Spence K & Halliday R (2007). Parent's perception of nursing support in the neonatal intensive care unit (NICU). *Neonatal, Pediatric and child health nursing* volume 10 no 3 November 2007.

Lau W. K. Bernard & Tse W.C. Wilson. Psychological effects of physical illness and hospitalisation on the child and the family. *J.H.K.C. Psychology*. (1993) 3, 9-18.

Lemeshow, S., Hosmer, D., & Klar, J. (1997). *Besar sampel dalam penelitian kesehatan*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.

Liliweri Alo. (2002). *Makna budaya dalam komunikasi antar budaya*. Yogyakarta : KLIS.

Luddin. B. A., (2010). *Dasar-dasar konseling-tinjauan teori dan praktek*. Bandung: Cita Pustaka Media Perintis.

Marianne, M., & Deborah, W.S., (2010). *Palliative care nursing quality care to the end of live*. New York: Springer Publishing Company.

Melynk, B.M. (2000). Intervention studies involving parents of hospitalized young children: an analysis of the past and future recommendation. *Journal of Pediatric Nursing*, 15, 4-12.

Michopoulos, I. et al. (2008, March). Hospital anxiety and depression scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample. *Annals of General Psychiatry*, 7:4. April 4, 2011. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2276214/>.

Miles., S.M. (1998). The nurse parent support tool manual. 1 April 2011. <http://nursing.unc.edu/crci/instruments/npst/npstman.pdf>.

Mok, E., & Leung, S.F., (2006). Nurses as providers of support for mothers of premature infants. *Journal of Clinical Nursing*, 15,726-734.

- Nursalam. (2008). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan: Pedoman skripsi, tesis, dan instrumen penelitian keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam & Parianai, S. (2001). *Pendekatan praktis metodologi riset keperawatan*. Jakarta: CV. Agung Seto.
- Pujiastutik. (2008). Tingkat kecemasan orang tua terhadap anak yang mengalami hospitalisasi di ruang Mawar RSI Gondolegi Malang. <http://skripsi.umm.ac.id/files/disk1/294/jiptummpp-gdl-s1-2008-pujiastuti-14678-PENDAHUL-N.pdf>
- Purwanto, H. (1995). *Pengantar statistik keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Sanjari, Mahnaz. et al. (2009). Nursing support for parents of hospitalized children. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 32, 120-130.
- Sastroasmoro & Ismael. (2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta: Sagung seto
- Scott . et.al. (2010, September). Anxiety responses of parents during and after the hospitalization of their 5-to 11-year-old children. *Psychology Media*. 2010 Sep;40(9):1495-505.
- Shields, L., Kristersson-Hallstrom, I. & O'Callaghan, M. (2003). An examination of the needs of parents of hospitalized children : comparing parent's and staff's perception. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 176-184.
- Skilbeck, J. & Payne, S. (2003). Emotional support and the role of clinical nurse spesialist in palliative care. *Blackwell Journal*. 43(5), 521-530.
- Stuart, G.W. & Sunden, J. (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing*. St Louis: Mosby.
- Stratton, M. K. (2004). Parents experiences of their child's care during hospitalization. *Journal of cultural diversity*. Vol. 11, No. 1
- Sudiarja. A., (2004). *Filsafat moral*. Yogyakarta: Kanisius.
- Supartini, Y. (2004). *Buku ajar konsep dasar keperawatan anak*. Jakarta: EGC
- Tamsuri. A., Lenawati. H. & Puspitasari. H. (2008). Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan ibu saat menghadapi hospitalisasi pada anak di ruang anak RSUD Pare Kediri tahun 2008. <http://ejournal.umm.ac.id/index.php/keperawatan/article/viewFile/404/406>.

- Theofanidis, D., (2006). Chronic illness in childhood: Psychosocial adaptation and nursing support for the child and family. *Issue 2 Health Science Journal*. April 3, 2011. http://www.hsj.gr/volume1/issue2/issue02_rev01.pdf
- Tiedeman, E. M., (2006. June). Anxiety responses of parents during and after the hospitalization of their 5-to 11-year-old children *Journal of Pediatric Nursing* volume 12, issue 2 April 1997, Pages 110-119 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0882596397800310>
- Tomme M. A., & Aligood M. R., (2006). *Nursing theory and their work. 6th edition*. Philadelphia: Elsevier.
- Tran Catherine, Medhurst Alison & O'Connell Beverly (2009). Support needs of parents of sick and or preterm infants admitted to a neonatal unit. *Neonatal, Pediatric and Child Health Nursing*, 12(2),12-17.
- Trask, C.P., Paterson, G.A., Trask, L.C., Bares B.C., Brit, J., & Moan, C. (2003). Parent and adolescent adjustment to pediatric cancer: associations with coping, social support and family function. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 20(1), 36-47.
- UBM Medica Psychiatric Times Hamilton Anxiety Scale. (n.d.) April 1, 2011 <https://member.cmpmedica.com/index.php?referrer=http://member.cmpmedica.com/cga.php?assetID=186&referrer=http://www.psychiatrictimes.com/clinical-scales/anxiety/>.
- Undang Undang no 36 tahun 2009. Perlindungan anak. 21 April 2011. <http://focalpointgender.kejaksaan.go.id/downloads/undang2/UU%20No%2029%20tahun%202009%20PERLINDUNGAN%20ANAK.pdf>.
- Vulcan, B.M., & Niculich-Barret, N. (1988). The effect of selected information on mother's anxiety level during their children's hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing*, 3(2):97-102. April 4, 2011. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- Wilkinson, M.J. (2007). *Nursing diagnosis handbook with NIC intervention and NOC outcomes*. New Jersey: Prentice Hall
- Wright, M.C. (2008, March). Behavioural effect of hospitalization in children. *Journal of Pediatric and Health*, 31, 165-167. April 4, 2011. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.14401754.1995.tb00777.x/abstract>.
- Yahya. F. (2011). Kecemasan pada orang tua yang anaknya dirawat di ruang anak RSUD Dr. Soeroto Ngawi <http://fendyahya.blogspot.com/2011/03/kecemasan-orang-tua-yang-anaknya.html>

JADWAL PENELITIAN

NO	AKTIFITAS	JANUARI				FEBRUARI				MARET				APRIL				MEI				JUNI				JULI							
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1	Persiapan & pengajuan judul dan kepastian judul	■	■	■	■																												
2	Konsultasi dan Bimbingan proposal(BAB1,2,3,4)					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																
3	Seminar proposal																	■															
4	Perbaikan proposal																	■	■	■													
5	Proses perijinan dan pelaksanaan penelitian																	■	■	■	■	■	■	■	■								
6	Proses penulisan dan bimbingan laporan penelitian																					■	■	■	■								
7	Seminar hasil																									■							
8	Seminar akhir																										■						

**LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN DAN
PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Yth. Calon Responden Penelitian
Di RSAB Harapan Kita Jakarta

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Elsa Naviati
NIM : 0906594305
Alamat : Jl. Ratu Ratih 1 no 11 Tlogosari Semarang 50196
Jl. H. Atan no. 57 Depok 16423
Nomer telp : 085729729220/(024)6709077

Saya adalah mahasiswa Magister Keperawatan peminatan Keperawatan Anak Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang akan mengadakan penelitian dengan judul **Hubungan dukungan perawat dengan tingkat kecemasan orangtua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta.** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan perawat dengan tingkat kecemasan orangtua yang anaknya dirawat di RSAB Harapan Kita Jakarta.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan dan kerahasiaan informasi yang diberikan akan dijaga, hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Apabila Ibu/Bapak menyetujui, maka saya mohon kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan dan selanjutnya mengisi kuesioner yang telah disediakan. Peran serta Ibu/Bapak merupakan sumbangan yang berarti dalam pengembangan ilmu keperawatan. Namun, apabila Ibu/Bapak tidak bersedia, maka tidak ada ancaman bagi Ibu/Bapak. Atas segala bantuan dan kerja sama Ibu/Bapak saya ucapkan terima kasih.

Peneliti,
Elsa Naviati

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya bersedia bertandatangan di bawah ini menyatakan kesediaan untuk menjadi responden penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa Magister Keperawatan Anak Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang bernama Elsa Naviati dengan judul ” **Hubungan dukungan perawat dengan tingkat kecemasan orang tua di ruang rawat anak RSAB Harapan Kita Jakarta**”.

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak berakibat negatif terhadap diri saya dan data diri saya akan dijaga kerahasiaannya oleh peneliti dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Oleh karena itu, saya bersedia menjadi responden pada penelitian ini secara sukarela tanpa ada unsur paksaan dari siapapun.

Jakarta, Juni 2011

Tanda Tangan Responden
(Tanpa Ditulis Nama)



KUESIONER PENELITIAN

**HUBUNGAN DUKUNGAN PERAWAT DENGAN
TINGKAT KECEMASAN ORANGTUA
DI RUANG RAWAT ANAK
RSAB HARAPAN KITA JAKARTA**

**Elsa Naviati
0906594305**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN ANAK
DEPOK,
JUNI 2011**

KUESIONER A

Tanggal pengisian kuesioner :

Petunjuk pengisian: isilah titik-titik yang tersedia dan beri tanda centang/thick (√) pada kotak yang sesuai dengan Bapak/Ibu.

1. DATA ORANG TUA

- a. Usia Ibu/Bapak : Tahun
- b. Jenis kelamin : Laki-laki/perempuan
- c. Jumlah anak kandung : orang
- d. Pendidikan terakhir : SD SMP
 SMU PT
- e. Pekerjaan : Tetap (PNS, pegawai swasta,
pegawai BUMN)
 Tidak tetap
 Tidak bekerja
- f. Status pernikahan : Menikah
 Tidak menikah (cerai,pisah)
- g. Suku bangsa : Jawa Sunda Batak
 Betawi Padang
 Lainnya,sebutkan

2. DATA ANAK

- a. Tanggal lahir anak :
- b. Jenis kelamin : Laki-laki/perempuan
- c. Diagnosa medis :
- d. Tanggal masuk RS :

KUESIONER B

PETUNJUK PENGISIAN :

Berilah tanda *thick*/centang (√) sesuai yang Ibu/Bapak alami selama mendampingi anak di rumah sakit.

Pilihan jawaban yang disediakan :

A = tidak pernah

B = terkadang atau jarang (frekuensi dukungan < 50%)

C = sering (frekuensi dukungan >51%)

D = selalu

DUKUNGAN YANG DIBERIKAN	A	B	C	D
1. Perawat membantu saya untuk mengungkapkan perasaan saya, tentang kecemasan yang saya alami.				
2. Perawat memberikan informasi tentang apa yang akan dilakukan kepada anak saya (tes, pengobatan, prosedur)				
3. Perawat mengajarkan saya bagaimana merawat anak saya di rumah sakit				
4. Perawat membuat saya merasa penting sebagai orangtua				
5. Perawat memberikan saya keleluasaan untuk tetap tinggal atau meninggalkan anak ketika sedang dilaksanakan prosedur medis				
6. Perawat menjawab pertanyaan saya dengan baik				
7. Jawaban perawat membuat saya tenang				
8. Perawat mencari seseorang yang mampu untuk menjelaskan pertanyaan saya bila perawat merasa tidak mampu untuk menjawab				
9. Perawat memberikan informasi tentang perubahan atau perbaikan kondisi anak saya				
10. Perawat menyertakan saya pada diskusi ketika akan mengambil keputusan tentang perawatan anak saya				
11. Perawat membantu saya mengerti perilaku dan reaksi anak saya				
12. Perawat memperlihatkan perhatian kepada kesejahteraan saya (contoh : tidur, makan)				
13. Perawat mengenalkan saya kepada tim keperawatan dan tim kesehatan yang lain.				
14. Perawat menjelaskan kepada saya siapa saja yang terlibat dalam merawat anak saya				
15. Perawat menjelaskan kepada saya bagaimana tim kesehatan merawat anak saya				

DUKUNGAN YANG DIBERIKAN	1	2	3	4
16. Perawat berkomunikasi menggunakan bahasa yang mudah saya mengerti				
17. Perawat memberikan perawatan yang terbaik untuk anak saya				
18. Perawat mendorong saya untuk bertanya tentang anak saya				
19. Perawat peka terhadap kebutuhan khusus anak saya				
20. Perawat memperbolehkan saya untuk terlibat pada perawatan anak saya apabila memungkinkan				
21. Perawat memperlihatkan bahwa mereka menyukai anak saya				
22. Perawat merespon kebutuhan anak saya secara tepat waktu				
23. Perawat bersikap optimis kepada anak saya				
24. Perawat memberikan waktu khusus untuk konsultasi ketika saya membutuhkannya				
25. Perawat mendengarkan setiap perkataan saya dengan empati/perhatian				
26. Tim keperawatan membuat saya betul-betul percaya bahwa anak saya dirawat dengan baik				
27. Ketika saya stres, takut dan cemas, mereka memberikan solusi untuk saya				
28. Perawat mempercayai setiap perkataan saya				
29. Perawat mendampingi saya saat merawat anak saya di rumah sakit				
30. Perawat sering mengunjungi saya dan anak saya untuk melihat kondisi anak saya				
31. Perawat memfasilitasi saya untuk melakukan konseling dengan dokter yang mengobati anak saya				
32. Perawat mendampingi saya ketika dokter memberikan keterangan tentang anak saya				
33. Perawat memberikan respon yang kurang menyenangkan ketika saya meminta mereka untuk melihat kondisi anak saya saat itu juga				
34. Perawat menjelaskan sesuatu yang sulit untuk saya pahami misal bahasa medis				
35. Perawat tidak menyediakan tempat untuk saya dapat mendampingi anak saya di rumah sakit				
36. Perawat tidak membantu saya memecahkan masalah selama anak saya dirawat di rumah sakit				
37. Perawat menjadi sumber utama saya untuk bertanya tentang anak saya				

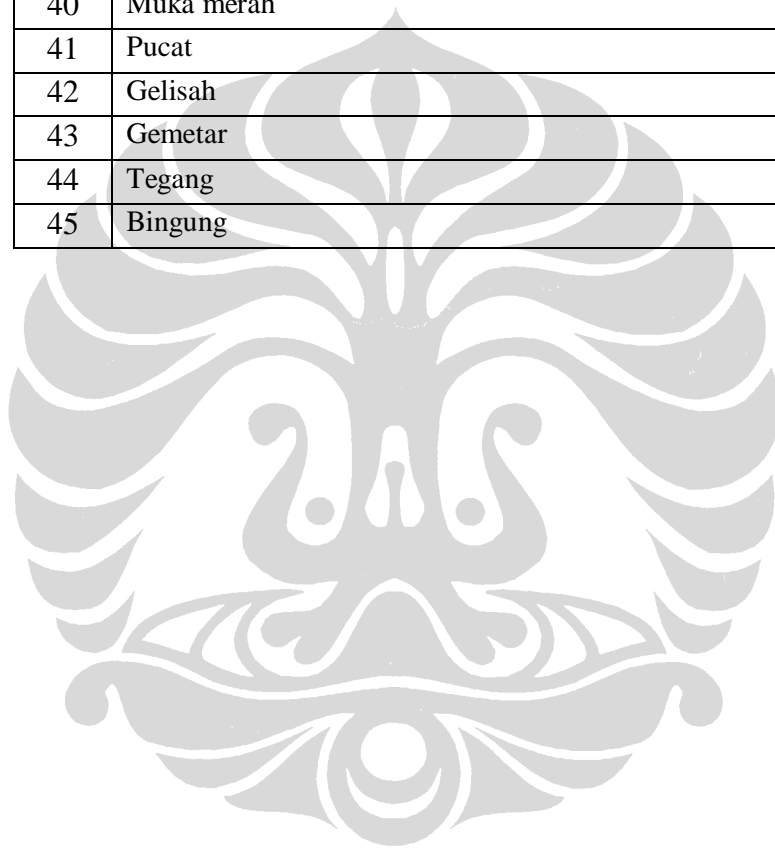
KUESIONER C

PETUNJUK PENGISIAN :

Berilah tanda thick/centang (√) sesuai yang Ibu/Bapak alami selama anak Bapak/Ibu dirawat di rumah sakit.

NO	GEJALA YANG DIRASAKAN	YA	TIDAK
1	Membayangkan kondisi yang lebih buruk		
2	Perasaan gelisah		
3	Mudah terkejut		
4	Mudah menangis		
5	Perasaan tegang		
6	Perasaan gemetar		
7	Takut seorang diri		
8	Takut terhadap orang asing		
9	Takut gelap		
10	Takut pada binatang		
11	Tidur tak pulas		
12	Sulit konsentrasi		
13	Daya ingat menurun		
14	Sering bingung		
15	Sulit mengambil keputusan		
16	Sedih		
17	Sering terbangun pada malam hari		
18	Perasaan tidak berdaya		
19	Nyeri otot		
20	Gigi gemeretak		
21	Lemah		
22	Kaku otot/tengkuk		
23	Telingan berdenging		
24	Pandangan kabur		
25	Muka merah/pucat		
26	Perasaan ditusuk-tusuk		
27	Berdebar-debar		
28	Nyeri dada		
29	Perasaan akan pingsan		
30	Rasa tertekan di dada		
31	Perasaan tercekik		
32	Napas pendek/sesak		

NO	GEJALA YANG DIRASAKAN	YA	TIDAK
33	Sering menarik napas panjang		
34	Nyeri telan		
35	Susah buang air besar		
36	Nyeri ulu ati		
37	Penurun ereksi (laki-laki) atau Penurunan keinginan seksual (perempuan)		
38	Ejakulasi dini (laki-laki) atau Tidak menikmati kegiatan seksual (perempuan)		
39	Mulut kering		
40	Muka merah		
41	Pucat		
42	Gelisah		
43	Gemetar		
44	Tegang		
45	Bingung		



DAFTAR RIWAYAT HIDUP

- Nama : Elsa Naviati
- Tempat, tanggal lahir : Semarang, 18 Juni 1983
- Jenis Kelamin : Perempuan
- Pekerjaan : Staf Pengajar PSIK FK UNDIP Semarang
- Alamat Rumah : Jl. Ratu Ratih 1 no. 11 Tlogosari Semarang 50196
- Alamat Institusi : Jl. Prof. Soedarto Tembalang Semarang
- Riwayat Pendidikan : 1. Program Profesi Ners PSIK FK UNDIP (2005-2006)
2. Sarjana Keperawatan PSIK FK UNDIP (2001-2005)
3. SMUN 3 Semarang (1998-2001)
4. SMPN 2 Semarang (1995-1998)
5. SDN Kabluk 03 Semarang (1990-1995)
6. SDN Tirtoyoso 3 Semarang (1989-1990)
- Riwayat Pekerjaan : 1. Staf Pengajar Bagian Keperawatan Anak PSIK FK
UNDIP (September 2006 s.d. sekarang)
2. Staf Perawat King Faisal Hospital dan Qunfudah
General Hospital (2008-2009)



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 : 659/H2.F12.D/PDP.04.02/2011 2 Maret 2011
Lampiran : -
Perihal : Permohonan pengambilan data awal

Yth. Direktur Utama
RSAB. Harapan Kita
Jl. Letjen. S. Parman Kav. 87
Slipi – Jakarta Barat

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

Sdr. Elsa Noviati
0906594305

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

Bersama ini kami sampaikan bahwa tahapan dalam pelaksanaan tesis meliputi pengambilan data awal, pengujian validitas instrument dan pengambilan data penelitian. Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa untuk mencari data awal di RSAB. Harapan Kita sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

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



Dekan,

Dewi Irawaty
Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Kepala Bagian Pendidikan dan Penelitian RSAB. Harapan Kita
3. Sekretaris FIK-UI
4. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
5. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
6. Koordinator M.A. "Tesis"
7. Pertiinggal



**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 :

Hubungan Dukungan Perawat dengan Tingkat Kecemasan Orang Tua yang Anaknya Dirawat di Ruang Rawat Anak RSAB. Harapan Kita Jakarta.

Nama peneliti utama : **Elsa Naviati**

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

Dan telah menyetujui proposal tersebut.



Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Jakarta, 27 Juni 2011

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN
RUMAH SAKIT ANAK DAN BUNDA
HARAPAN KITA

DIKLIT.CM.14.7



Jalan Letnan Jenderal S. Parman Kavling 87 Slipi, Jakarta - 11420
Telepon (021) 5668284 (Hunting) Faksimile (021) 5601816, 5673832

Pos-el : rsabhk@cbn.net.id

Laman : www.rsab-harapankita.co.id

Nomor : KS.01.02. 1126
Lampiran : -
Perihal : Izin penelitian

Jakarta, 8 Juli 2011

Kepada Yth.
Dekan
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
Kampus UI Depok

Dengan hormat,

Menjawab surat Saudara nomor: 699/H2.F12.D/PDP.04.02/2011 bertanggal 2 Maret 2011, perihal penelitian dalam rangka penulisan Tesis mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan, Keperawatan Anak Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) a.n. **Elsa Novianti (NPM : 0906594305)** dengan judul "**Hubungan Dukungan Perawat dengan Tingkat Kecemasan Orang Tua yang Anaknya Dirawat di Ruang Perawatan Penyakit Dalam RSAB Harapan Kita Jakarta**", di RSAB Harapan Kita pada prinsipnya dapat difasilitasi, dengan persyaratan dapat memenuhi ketentuan sebagai berikut:

1. Mematuhi segala peraturan yang berlaku di RSAB Harapan Kita.
2. Sebagai pembimbing lapangan RSAB Harapan Kita menunjuk :
Nama : **Yanti Riyantini, S.Kp.**
Pangkat / Gol. : Penata /IIIc
Jabatan : Ka. Sie. Asuhan Keperawatan
untuk itu mohon dibuatkan surat keterangan pembimbing lapangan.
3. Untuk kelancaran pelaksanaan kegiatan tersebut, agar menghubungi Kepala Bagian Pendidikan & Penelitian RSAB Harapan Kita guna penyelesaian masalah administrasi.
4. Menyerahkan pasfoto ukuran 2x3 sebanyak 1 lembar untuk tanda pengenal.
5. Berdasarkan SK. Dirut RSAB Harapan Kita No. HK.00.06.003 bertanggal 2 Januari 2008, maka biaya kegiatan yang ditetapkan sebesar **Rp.350.000,- (tiga ratus lima puluh ribu rupiah)**/ orang. Pembayaran agar di transfer selambatnya 1 (satu) minggu sebelum kegiatan dimulai ke: Rek. Bank BRI cabang RSAB Harapan Kita a.n. Bendahara Penerimaan Operasional BLU nomor rekening: **0962.01.000073.30.8**, dengan berita pengiriman: Diklit - Penelitian FIK UI a.n. Elsa Novianti. Bukti pengiriman akan ditukar dengan kwitansi pembayaran asli.
6. Segala dokumen maupun foto yang didapat, hanya digunakan untuk kepentingan pendidikan dan bila akan dipublikasikan harus mendapat izin dari pimpinan RSAB Harapan Kita.
7. Setelah proses pengambilan data selesai dan hasilnya telah disetujui oleh pendamping lahan RSAB Harapan Kita, yang bersangkutan wajib melapor kepada Bagian Pendidikan & Penelitian untuk mendapat surat keterangan telah menyelesaikan penelitian.
8. Di akhir pelaksanaan kegiatan, yang bersangkutan wajib menyerahkan 1 (satu) eksemplar hasil/laporan penelitian.

Atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.



dr. Hermien W. Moeryono, Sp.A.
NIP. 19521125 197811 2 001

Tembusan :

1. Para Direktur RSAB Harapan Kita.
2. Kepala Bidang Keperawatan RSAB Harapan Kita.
3. Kepala Instalasi Rawat Inap RSAB Harapan Kita.