

UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH METODE BIMBINGAN IMAJINASI REKAMAN AUDIO
PADA ANAK USIA SEKOLAH TERHADAP STRES HOSPITALISASI
DI RUMAH SAKIT DI KOTA PALU**

TESIS

**FITRIA MASULILI
0906504751**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI PASCA SARJANA KEPERAWATAN
DEPOK, JULI 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH METODE BIMBINGAN IMAJINASI REKAMAN AUDIO
PADA ANAK USIA SEKOLAH TERHADAP STRES HOSPITALISASI
DI RUMAH SAKIT DI KOTA PALU**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan

**FITRIA MASULILI
0906504751**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI PASCA SARJANA KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN ANAK
DEPOK, JULI 2011**

LEMBARAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama: Fitria Masulili

NPM: 0906504751

Tanggal: 08 Juli 2011

Tanda tangan:



SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarism sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Universitas Indonesia.

Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarism, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Depok, 8 Juli 2011



Fitria Masulili

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Fitria Masulili
NPM : 0906504751
Program Studi : Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Anak
Judul Tesis : Pengaruh Metode Bimbingan Imajinasi Rekaman Audio pada Anak Usia Sekolah terhadap Stres Hospitalisasi di Rumah Sakit di Kota Palu

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Allenidekania, S.Kp.,M.Sc. (.....)
Pembimbing : Drs. Sutanto Priyo Hastono, M.Kes. (.....)
Penguji : Yeni Rustina, S.Kp.,M.App.Sc.,Ph.D (.....)
Penguji : Ns. Rika Harini, S.Kep.,M.Kep.An. (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 08 Juli 2011

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT. Tuhan Yang Maha Esa, dengan limpahan rahmat dan karunia, serta kesempatan maka laporan hasil penelitian ini dapat diselesaikan dengan judul: *“Pengaruh Metode Bimbingan Imajinasi Rekaman Audio pada Anak Usia Sekolah terhadap Stres Hospitalisasi di Rumah Sakit di Kota Palu”* yang disusun dalam rangka memenuhi tugas pada Mata Ajar Tesis.

Tugas ini dapat terselesaikan tidak lepas dari peran dan bimbingan para dosen. Dalam kesempatan ini kami mengucapkan terima kasih kepada:

1. Allenidekania, S.Kp.,M.Sc., sebagai Pembimbing I dan Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan berupa masukan dan arahan selama penyusunan tesis ini.
2. Drs. Sutanto Priyo Hastono, M.Kes., sebagai Pembimbing II yang juga telah memberikan bimbingan berupa masukan dan arahan selama penyusunan tesis ini.
3. Yeni Rustina, S.Kp.,M.App.,Sc.,Ph.D, sebagai penguji yang telah memberikan masukan dalam penyusunan tesis ini.
4. Ns. Rika Harini, S.Kep.,M.Kep.,An., sebagai penguji yang telah memberikan masukan dalam penyusunan tesis ini.
5. Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., M.N, selaku Ketua Program Studi Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
6. Dewi Irawaty, M.A.,Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
7. Dosen Fakultas Ilmu Keperawatan yang telah membantu peneliti selama studi.
8. Staf non akademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah berpartisipasi dalam kelancaran penyusunan tesis ini.
9. RSUD Undata Palu dan RSU Madani Palu khususnya perawat di ruang rawat anak Catelya dan Rambutan yang telah membantu dalam pengumpulan data penelitian.
10. BRSU Anutapura Palu khususnya perawat di ruang rawat anak Tekukur dan Nuri yang telah membantu dalam uji instrumen (kuesioner) dan pengumpulan data penelitian.

11. RS Bala Keselamatan Palu, sebagai tempat dilakukan uji instrumen penelitian.
12. Keluarga tercinta, terkasih, dan tersayang, suamiku Muh. Nur dan anak-anak buah hatiku Ari Syirazandi Algifary Muh. Nur, Maulana Afif Alzhafran Muh. Nur, Jilan Tsabitah Muh. Nur, dan Aisyih Althafinissa Muh. Nur atas doa, cinta, dan dukungannya yang membuat mama kuat, tegar, dan selalu bekerja keras untuk kesuksesan dan kebahagiaan kita.
13. Kedua orang tua, Ibunda Muriati Lasori (Almh.) dan Ayahanda Akram Masulili (Alm.) yang telah menghantarkan ananda menjadi seperti ini, ketiadaan Ayahanda dan Ibunda akan selalu ada dalam hatiku dan doa-doaku disetiap sholatku. Insha Allah Ayahanda dan Ibunda mendapat tempat yang layak disisi Allah SWT.
14. Kakak dan adik-adikku, yang selalu mendukung dan mendoakan.
15. Teman-teman seangkatan, khususnya Program Magister Keperawatan Anak yang telah saling membantu, dan saling mendukung, dan telah memberikan motivasi dan canda tawanya sehingga saya tetap kuat dan tegar terutama dalam penyusunan tesis ini.
16. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu dan telah berperan dalam penyusunan tesis ini.

Akhir kata saya berharap semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi para pembacanya.

Depok, 08 Juli 2011

Peneliti,

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

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

Nama : Fitria Masulili
NPM : 0906504751
Program Studi: Pasca Sarjana Keperawatan
Fakultas : Fakultas Ilmu Keperawatan
Janis 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:

Pengaruh Metode Bimbingan Imajinasi Rekaman Audio pada Anak Usia Sekolah Terhadap Stres Hospitalisasi di Rumah Sakit Di Kota Palu

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Depok
Pada tanggal : 08 Juli 2011
Yang menyatakan



(FITRIA MASULILI)

ABSTRAK

Nama : Fitria Masulili
Program Studi : Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
Judul : Pengaruh Metode Bimbingan Imajinasi Rekaman Audio pada Anak Usia Sekolah Terhadap Stres Hospitalisasi di Rumah Sakit di Kota Palu

Hospitalisasi merupakan suatu kondisi seseorang karena sakit dan masuk rumah sakit. Tujuan penelitian mengetahui pengaruh metode bimbingan imajinasi rekaman audio terhadap stres hospitalisasi pada anak usia sekolah di Rumah Sakit di Kota Palu. Desain penelitian *quasi eksperimental* dengan *pre and post test design with control group*. Sampel yaitu anak usia 7–12 tahun sebanyak 26 responden kelompok intervensi dan 26 responden kelompok kontrol. Intervensi yaitu metode bimbingan imajinasi rekaman audio. Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan yang signifikan rerata skor stres hospitalisasi setelah intervensi ($p = 0,004$). Tidak ada kontribusi variabel *confounding*. Berdasarkan hasil penelitian ini, bimbingan imajinasi rekaman audio dapat diterapkan pada asuhan keperawatan anak sakit di rumah sakit.

Kata Kunci: Anak usia sekolah, Stres hospitalisasi, Bimbingan imajinasi

ABSTRAC

Name : Fitria Masulili
Study Program : Master of Nursing Program
Title : The Effect of Audio-Recorded Guided Imagery Method on School Age Children Against Stress of Hospitalization at Hospital in Palu City

Hospitalization is a condition of a person because of illness and hospital admission. Research objectives determine the influence of audio recorded guided imagery method to stress of hospitalization in school-age children in hospital in Palu. Quasi-experimental research design with pre and post test design with control group. The sample of children aged 7-12 years were 26 respondents intervention group and 26 control group respondents. Intervention is the method of audio recorded guided imagery. The results showed the significant difference mean stress score of hospitalization after the intervention ($Pv = 0.004$). No contribution of confounding variables. Based on these results, audio recorded guided imagery intervention can be applied to care the sick pediatric in hospital.

Keywords: School-age children, Stress of hospitalization, Guided imagery

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR SKEMA	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	8
1.3 Tujuan Penelitian	8
1.4 Manfaat Penelitian	9
2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Anak Usia Sekolah	11
2.2 Konsep Hospitalisasi	26
2.3 Konsep Bimbingan Imajinasi Rekaman Audio	39
2.4 Penelitian Terkait Pemberian Bimbingan Imajinasi Rekaman Audio ...	46
2.5 Kerangka Teori	48
3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Konsep Penelitian	49
3.2 Hipotesis Penelitian	50
3.3 Definisi Operasional Penelitian	51
4 METODOLOGI PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian	53
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian.....	54
4.3 Tempat Penelitian dan Waktu Penelitian.....	57
4.4 Etika Penelitian	57
4.5 Alat Pengumpul Data	58
4.6 Uji Validitas dan Uji Reliabilitas.....	59
4.7 Prosedur Pengumpulan Data	62
4.8 Pengolahan Data	66

5	HASIL PENELITIAN	
5.1	Analisis Univariat	71
5.2	Uji Kesetaraan	73
5.3	Analisis Bivariat	74
5.4	Analisis Multivariat	78
6	PEMBAHASAN	
6.1	Interpretasi Hasil dan Diskusi Hasil	80
6.2	Keterbatasan Penelitian	88
6.3	Implikasi Penelitian	88
7	SIMPULAN DAN SARAN	
7.1	Kesimpulan	90
7.2	Saran	91

DAFTAR REFERENSI
LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

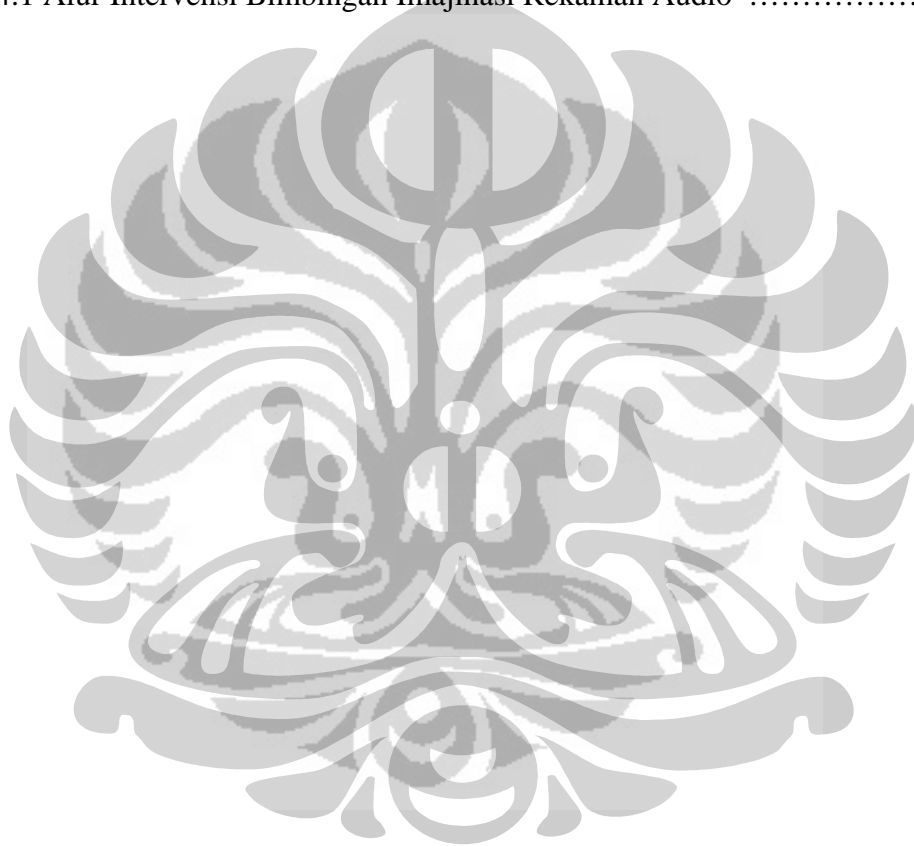
Tabel 3.1	Variabel, Definisi Operasional, Cara ukur, Hasil Ukur Dan Skala Pengukuran	51
Tabel 4.1	Analisis Bivariat untuk Menguji Perbedaan <i>Mean</i> antara Dua Kelompok Data	68
Tabel 4.2	Analisis Multivariat untuk Mengontrol Variabel <i>Confounding</i>	69
Tabel 5.1	Distribusi Pengalaman Anak Usia Sekolah Dirawat Di Rumah Sakit pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di BRSU Anutapura Palu, RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu Tahun 2011 (n = 52) ...	71
Tabel 5.2	Distribusi Skor Stres Anak Usia Sekolah Sebelum Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di BRSU Anutapura Palu, RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu Tahun 2011 (n = 52)	72
Tabel 5.3	Distribusi Skor Stres Anak Usia Sekolah Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di BRSU Anutapura Palu, RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu Tahun 2011 (n = 52)	72
Tabel 5.4	Analisis Kesetaraan Berdasarkan Pengalaman Anak Usia Sekolah Dirawat di Rumah Sakit Sebelum Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di BRSU Anutapura Palu, RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu Tahun 2011 (n = 52)	73
Tabel 5.5	Analisis Kesetaraan Responden Berdasarkan Skor Stres Anak Usia Sekolah yang Dirawat di Rumah Sakit Sebelum Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di BRSU Anutapura Palu, RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu Tahun 2011 (n = 52)	74
Tabel 5.6	Uji Normalitas Variabel Skor Stres Anak Usia Sekolah Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi Dan Kontrol di BRSU Anutapura Palu, RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu Tahun 2011 (n = 52)	75
Tabel 5.7	Analisis Perbedaan Rerata Skor Stres Anak Usia Sekolah Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi Dan Kontrol di BRSU Anutapura Palu, RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu Tahun 2011 (n = 52)	76
Tabel 5.8	Selisih Rerata Skor Stres Anak Usia Sekolah Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di BRSU Anutapura Palu, RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu Tahun 2011 (n = 52)	77
Tabel 5.9	Analisis Rerata Skor Stres Anak Usia Sekolah Sesudah Intervensi Pada Kelompok Intervensi Dan Kontrol di BRSU Anutapura Palu, RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu Tahun 2011 (n = 52)...	77

Tabel 5.10 Analisis Kontribusi Pengalaman Dirawat di Rumah Sakit pada Skor Stres Anak Usia Sekolah Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi Dan Kontrol di BRSU Anutapura Palu, RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu Tahun 2011 (n = 52)	78
Tabel 5.11 Analisis Perbedaan Skor Stres Anak Usia Sekolah Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi Dan Kontrol Sebelum dan Sesudah Dikontrol Variabel Confounding di BRSU Anutapura Palu, RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu Tahun 2011 (n = 52)	79



SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Teori Penelitian.....	48
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	50
Skema 4.1 Alur Intervensi Bimbingan Imajinasi Rekaman Audio	65



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1: Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2: Lembaran Persetujuan Menjadi Responden (*Informed Consent*)
- Lampiran 3: Surat Izin Pengambilan data Awal, Uji Instrumen, Izin Penelitian
- Lampiran 4: Surat Lolos Uji Etik
- Lampiran 5: Kuesioner Responden
- Lampiran 6: Prosedur Bimbingan Imajinasi Rekaman Audio
- Lampiran 7: Kalender Kegiatan Bimbingan Imajinasi Rekaman Audio
- Lampiran 8: Format Catatan Peneliti Tentang Intervensi Bimbingan Imajinasi Rekaman Audio
- Lampiran 9: Daftar Riwayat Hidup



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Anak adalah individu yang unik dan bukan orang dewasa mini, anak sebagai klien tidak dipandang sebagai miniatur orang dewasa melainkan sebagai makhluk unik yang memiliki kebutuhan spesifik dan berbeda dengan orang dewasa (Supartini, 2004). Undang-Undang Republik Indonesia no. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan pada bab VII bagian kedua pasal 132 ayat 1 menyatakan, anak yang dilahirkan wajib dibesarkan dan diasuh secara bertanggung jawab sehingga memungkinkan anak tumbuh dan berkembang secara sehat. Oleh karena itu, sebagai orang tua, keluarga, atau tenaga kesehatan harus memperhatikan dan memenuhi kebutuhan anak dalam pertumbuhan dan perkembangannya, memahami anak sesuai tahap perkembangan anak, karena anak merupakan individu yang masih bergantung pada orang dewasa dan lingkungannya untuk memfasilitasi pemenuhan kebutuhan pertumbuhan dan perkembangannya.

Anak mempunyai ciri yang khas yaitu tumbuh dan berkembang sejak saat konsepsi sampai berakhirnya masa remaja. Pertumbuhan anak adalah proses bertambahnya ukuran tubuh dan perkembangan adalah proses berkembangnya kemampuan mental intelegensi dan perilaku anak dimana terjadi peningkatan kapasitas untuk berfungsi pada tingkat yang lebih tinggi (Muscari, 2005). Pertumbuhan adalah peningkatan jumlah dan ukuran sel pada saat membelah diri dan mensintesis protein baru sehingga menghasilkan peningkatan ukuran dan berat sebagian atau seluruh sel, sedangkan perkembangan adalah perubahan dan perluasan secara bertahap; perkembangan tahap kompleksitas dari tahap lebih rendah ke tahap yang lebih tinggi; peningkatan kapasitas seseorang, maturasi (peningkatan kompetensi dan kemampuan adaptasi), dan pembelajaran (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Marlow (1988) dalam Supartini (2004) mengemukakan pertumbuhan merupakan suatu peningkatan ukuran tubuh yang

dapat diukur dengan meter atau *centimeter* untuk tinggi badan dan kilogram atau gram untuk berat badan. Perkembangan merupakan peningkatan keterampilan dan kapasitas anak untuk berfungsi secara bertahap dan terus menerus. Peneliti menyimpulkan dari beberapa pengertian di atas, pertumbuhan adalah proses bertambahnya sel-sel tubuh sehingga terjadi peningkatan ukuran, sedangkan perkembangan adalah proses menjadi matangnya seseorang, kemampuan adaptasi, dan pembelajaran.

Pertumbuhan dan perkembangan anak memungkinkan anak mengalami suatu rentang sehat dan sakit yang disebabkan oleh penurunan daya tahan tubuh karena kurang asupan nutrisi, pengaruh lingkungan yang ekstrim (dingin/hujan atau panas), penyakit mewabah, penyakit kongenital, atau cedera yang membutuhkan layanan kesehatan dan keperawatan. Undang-Undang Republik Indonesia No. 36, tahun 2009 tentang Kesehatan pada bab I ayat 11 menyatakan, upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan atau masyarakat. Oleh karena itu, upaya pelayanan kesehatan berdasarkan undang-undang tersebut tidak hanya diaplikasikan pada orang dewasa tetapi mencakup pelayanan kesehatan anak mulai dari peningkatan status kesehatan, mempertahankan kesehatan anak dan mengembalikan fungsi kesehatan yang optimal adalah merupakan lingkup dalam keperawatan anak.

Sakit dan dirawat di rumah sakit merupakan krisis utama yang tampak pada anak. Hospitalisasi adalah suatu kondisi seseorang karena sakit dan masuk rumah sakit atau selama seseorang berada di rumah sakit karena sakit (Dorland, 2000). Hospitalisasi menimbulkan suatu kondisi krisis baik bagi anak maupun keluarganya (Nursalam, Rekawati, & Utami, 2005). Persepsi anak terhadap penyakit berbeda-beda. Hal ini dipengaruhi oleh tahapan usia perkembangan anak, pengalaman sebelumnya terhadap sakit, sistem pendukung yang ada, dan kemampuan coping anak (Hockenberry, & Wilson, 2009). Oleh karena itu, sebagai perawat perlu memahami stresor dan reaksi anak selama sakit dan dirawat di

rumah sakit sesuai tahap perkembangan anak, Perawat diharapkan memberikan asuhan keperawatan sekaligus memenuhi kebutuhan psikologis anak dan keluarga karena pengalaman hospitalisasi mereka.

Stres yang dialami oleh anak dan keluarga akibat hospitalisasi dapat disebabkan oleh perubahan lingkungan yang berbeda dengan lingkungan rumah, kehilangan kendali atas tubuhnya, ancaman dari penyakit serta adanya persepsi yang tidak menyenangkan tentang rumah sakit disebabkan oleh pengalaman dirawat sebelumnya maupun pengalaman orang lain (Hidayat, 2005). Penelitian membuktikan bahwa hospitalisasi anak dapat menjadi suatu pengalaman yang dapat menimbulkan trauma baik pada anak maupun orang tua sehingga menimbulkan reaksi tertentu yang sangat berdampak pada kerjasama anak dan orang tua dalam perawatan anak selama di rumah sakit (Hallstrom and Elander, 1997; Brewis, 1995; Brennan, 1994). Penelitian lain oleh Subardiah (2009) menyatakan pengalaman anak dirawat sebelumnya akan mempengaruhi respon anak terhadap hospitalisasi, hal ini dapat memberi gambaran kepada anak yang akan dialaminya sehingga akan mempengaruhi respon anak seperti tindakan yang menyakitkan dan pengalaman kemampuan mengendalikan kondisi stres tersebut. Peneliti berpendapat anak mungkin dapat beradaptasi setelah menjalani perawatan, namun adakalanya anak tidak mampu untuk beradaptasi dengan kondisi dirawat sehingga anak dan keluarga tidak kooperatif terhadap tindakan medis serta perawatan yang akan dilakukan bahkan keluarga meminta untuk membawa anak mereka pulang. Hal ini akan mengakibatkan peningkatan angka kesakitan atau kematian pada anak karena tidak mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal.

Penyakit dan hospitalisasi seringkali menjadi krisis pertama yang harus dihadapi anak. Anak-anak terutama pada tahun-tahun awal sangat rentan terhadap krisis penyakit dan hospitalisasi. Krisis penyakit dan hospitalisasi menurut Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, (2009) diakibatkan karena: 1) stres akibat perubahan dari keadaan sehat biasa dan rutinitas lingkungan, dan 2) anak memiliki jumlah mekanisme koping yang terbatas untuk menyelesaikan stresor (kejadian-kejadian yang menimbulkan stres). Reaksi anak terhadap krisis-krisis tersebut dipengaruhi oleh usia perkembangan mereka;

pengalaman mereka sebelumnya dengan penyakit, perpisahan atau hospitalisasi; keterampilan coping yang mereka miliki dan dapatkan; keparahan diagnosis; dan sistem pendukung yang ada (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Peneliti menyimpulkan bahwa krisis penyakit dan hospitalisasi merupakan suatu kondisi dan pengalaman yang dapat merubah perilaku anak dan keluarga/orang tua. Perubahan itu dapat berupa stres dan menimbulkan respon psikologis dan perilaku anak serta respon psikologis orang tua yang dapat mempengaruhi proses perawatan dan pengobatan anak selama sakit dan selama dirawat di rumah sakit.

Berdasarkan data yang diperoleh dari RSUD Undata Palu bahwa jumlah anak dirawat pada bulan Januari-Desember 2009 berjumlah 2.373 orang, dan data pada bulan Mei-Oktober 2010 yaitu 1.454 orang, terdiri atas kasus Gastroenteritis akut 332 kasus, Dengue heamoragic fever 176 kasus, Infeksi saluran napas akut 112 kasus, Demam dengue 86 kasus, Broncopneumonia 85 kasus, Kejang demam 81 kasus, TBC Paru 80 kasus, Tonsilitis 72 kasus, Bronchitis 43 kasus, Gastritis dan Dyspepsia 40 kasus, lain-lain 357 kasus. Rata-rata usia yang dirawat yaitu 0-28 hari 2 orang, 1-12 bulan 287 orang, 1-2 tahun 306 orang, 3-5 tahun 289 orang, 6-12 tahun 437 orang (8-12 tahun 278 orang), dan > 13 tahun 69 orang (RSUD Undata Palu, 2010). Rata-rata lama hari rawat anak di RSUD Undata Palu tergantung jenis penyakitnya yaitu berkisar antara 3 hari sampai 4 minggu (RSUD Undata Palu, 2010)

Besarnya jumlah anak yang dirawat di rumah sakit karena penyakit menunjukkan besarnya jumlah anak yang mengalami pengalaman hospitalisasi. Menurut Mulyono (2008) sebagian besar anak yang dirawat mengalami stres hospitalisasi tingkat sedang sebesar 52,63%. Dan penelitian yang dilakukan oleh Purwandari (2009) menyatakan bahwa usia sekolah yang mengalami kecemasan karena hospitalisasi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol didominasi oleh usia terendah (6 sampai 9 tahun). Keberadaan anak di lingkungan baru seperti rumah sakit merupakan stresor bagi anak untuk mengalami ketidaknyamanan, ketakutan, dan kecemasan. Hal ini disebabkan kondisi anak yang tidak sehat,

lingkungan baru, dan adanya tindakan-tindakan keperawatan atau medis yang menyebabkan anak takut dan stres.

Penanganan meminimalkan stres hospitalisasi pada anak dilakukan dengan cara mencegah atau mengurangi dampak perpisahan, mencegah perasaan kehilangan kendali atas tubuhnya, dan mengurangi atau meminimalkan rasa takut terhadap perlukaan diri atau rasa nyeri (Tutur, 2011). Beberapa tindakan yang dilakukan untuk menurunkan stres hospitalisasi pada anak antara lain: metode bermain, aktivitas mewarnai, dan terapi musik (Subardiah, 2009; Khatalae, 2007; Bogopolsky, 2007). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Subardiah (2009) menyatakan permainan terapeutik dapat menurunkan kecemasan, kehilangan kendali dan ketakutan pada anak prasekolah selama dirawat di rumah sakit, dengan $P\text{value} = 0,009$; $\alpha = 0,05$ pada kelompok intervensi.

Penelitian yang dilakukan oleh Erliana (2011) pada 20 anak tentang pengaruh permainan boneka tangan terhadap penurunan stres hospitalisasi pada anak pra sekolah diperoleh hasil yang signifikan menurunkan stres hospitalisasi pada anak dengan $P_v = 0,004$ ($\alpha = 0,05$). Penelitian lain yang dilakukan oleh Mulyono (2008) tentang pengaruh terapi bermain terhadap tingkat stres hospitalisasi pada anak toddler, hasil yang didapatkan yaitu hasil analisa data dengan rumus Wilcoxon Match Pair T test dengan taraf signifikan $\alpha = 0,05$ diperoleh hasil Z hitung (3,83) lebih besar dari pada Z tabel (1,64) yang berarti bahwa H_0 ditolak artinya terdapat pengaruh yang signifikan antara terapi bermain terhadap penurunan stres hospitalisasi.

Kelebihan metode terapeutik bermain yaitu: 1) mengoptimalkan pertumbuhan seluruh bagian tubuh, 2) aktifitas dapat meningkatkan nafsu makan, 3) anak belajar mengendalikan diri, 4) berkembangnya berbagai ketrampilan yang akan berguna disepanjang hidupnya, 5) meningkatkan daya kreatifitas, 6) mendapatkan kesempatan untuk mengetahui arti benda-benda disekitar, 7) cara mengatasi kemarahan, iri, atau kedukaan, 8) kesempatan bergaul dengan anak lainnya, 9) kompetisi, ada pihak yang kalah dan menang, 10) belajar mengikuti aturan-aturan, (Soetjningsih, 1998). Kekurangan metode terapi bermain yaitu keseimbangan tidak terjadi pada saat terapi bermain apabila terdapat hal-hal: 1) kesehatan

menurun karena anak yang sakit tidak mempunyai energi untuk bermain, 2) alat bermain tidak bervariasi, 3) tidak ada kesempatan belajar dari alat permainannya atau tidak tahu cara memainkan alat permainan, dan 4) tidak punya teman bermain sehingga aktivitas bermain anak terbatas (Ngastiyah, 2005).

Penelitian oleh Khatalae (2007) menunjukkan aktivitas mewarnai mampu menurunkan kecemasan anak usia sekolah yang akan dilakukan pembedahan. Bogopolsky (2007) menyatakan musik adalah cara yang efektif untuk menurunkan stres pada anak-anak selama mengalami anestesi dan pembedahan, jenis musik yang digunakan yaitu musik klasik atau musik yang disenangi anak-anak.

Kelebihan metode terapi musik yaitu: 1) mengatur sistem limbik yang mengatur emosi dan fisik (tekanan darah dan nadi), 2) musik dapat merubah persepsi sakit dan sensasi sakit, 3) musik dapat membantu dan mengurangi stres (Bogopolsky, 2007). Kelebihan lain yaitu: 1) musik dapat mempengaruhi fisik, emosi, kognitif, dan sosial kesejahteraan, serta meningkatkan kualitas hidup orang sehat, cacat, dan sakit. 2) dapat digunakan tanpa kehadiran seorang terapis musik (Collinge, 2010). Kekurangan metode terapi musik yaitu: tidak bisa menggunakan semua jenis musik tetapi musik yang lembut (seperti: klasik, dan lain-lain) karena musik yang keras seperti musik *rock* menimbulkan ketidaknyamanan (Collinge, 2010).

Sebuah penelitian (pilot study) yang dilakukan oleh Tilburg, et. al. (2009) yang dilakukan pada anak usia sekolah yang mengalami nyeri perut kronis, tindakan yang diberikan yaitu terapi medis dan bimbingan imajinasi rekaman audio selama 6 bulan, dan dilakukan di rumah anak. Setelah 6 bulan, anak usia sekolah yang mengalami nyeri perut kronis pada kelompok intervensi diperoleh manfaat yaitu nyeri perut berkurang dibandingkan dengan anak pada kelompok kontrol yang hanya mendapatkan terapi medis. Hasilnya adalah anak yang mendapatkan latihan bimbingan imajinasi mengalami penurunan nyeri perut sebesar 63,1 % sedangkan anak yang hanya menerima terapi medis saja mengalami penurunan nyeri perut sebesar 26,7 %. Metode bimbingan imajinasi memberikan pengaruh menurunkan nyeri pada anak yang mengalami nyeri perut, yang mana nyeri merupakan salah satu penyebab anak dapat mengalami stres.

Beberapa hasil penelitian di atas menyatakan tindakan bermain, mewarnai gambar, dan terapi musik dapat menurunkan stres hospitalisasi pada anak. Dengan adanya hasil penelitian tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang metode bimbingan imajinasi rekaman audio untuk melihat pengaruhnya terhadap stres hospitalisasi pada anak usia sekolah. Hal ini menjadi pertimbangan peneliti karena masing-masing metode tersebut di atas memiliki kelebihan dan kekurangan.

Metode bimbingan imajinasi rekaman audio telah terbukti memberikan manfaat menurunkan respon nyeri perut kronik pada anak usia sekolah. Peneliti berpendapat bahwa nyeri merupakan salah satu respon yang dapat menyebabkan anak mengalami stres. Pengalaman anak dirawat di rumah sakit tidak hanya memberikan lingkungan baru dan asing pada anak, tetapi selama dirawat anak akan mengalami tindakan perawatan dan berbagai prosedur medis yang menimbulkan nyeri. Nyeri yang ditimbulkan tersebut, juga merupakan pengalaman menyakitkan bagi anak dan menyebabkan anak menjadi takut atau stres.

Hasil observasi dan pengalaman peneliti di ruang rawat inap anak di RSUD Undata Palu, penanganan untuk mengurangi ketakutan anak akan perawat, ketakutan pada tindakan *invasive*, dan lingkungan rumah sakit, masih sangat terbatas. Sementara jumlah anak yang sakit dan dirawat di rumah sakit semakin meningkat, menandakan semakin besar juga anak-anak yang mengalami pengalaman hospitalisasi yang berdampak pada stres hospitalisasi. Purwandari (2009) menyatakan dari 30 orang responden anak pada kelompok kontrol, ditemukan 22 responden (73,3%) mengalami kecemasan tingkat rendah, dan 8 responden (26,7%) mengalami kecemasan tingkat sedang dan berat.

Metode bimbingan imajinasi belum pernah dipraktikkan di rumah sakit rawat inap anak yang ada di Indonesia, dan khususnya di RSUD Undata Palu. Sementara metode bimbingan imajinasi memberikan manfaat pada anak antara lain: belajar untuk bersantai/rileks, mempersiapkan diri bagi anak-anak menghadapi masa depan (seperti: ketika dewasa akan meninggalkan rumah), menghilangkan atau merubah perilaku yang tidak diinginkan (misal: obesitas), meningkatkan manajemen nyeri secara efektif, perilaku pembelajaran yang diinginkan dan baru,

menjadi lebih termotivasi dalam menghadapi suatu masalah, mengatasi atau menghilangkan marah, mengolah situasi stres dan kecemasan (Jrank, 2011). Bimbingan imajinasi telah menjadi terapi standar di luar negeri untuk mengurangi kecemasan, dan memberikan relaksasi pada orang dewasa atau anak-anak, dapat juga untuk mengurangi nyeri kronis, tindakan prosedural yang menimbulkan nyeri, susah tidur, mencegah reaksi alergi, dan menurunkan tekanan darah (Snyder & Lindquist, 2006). Peneliti berpendapat bahwa stres hospitalisasi pada anak merupakan situasi yang dialami anak saat sakit dan dirawat di rumah sakit. Salah satu solusi untuk mengurangi atau mengatasi stress hospitalisasi pada anak yaitu dengan menerapkan metode bimbingan imajinasi rekaman audio. Dengan adanya fenomena tersebut, peneliti tertarik untuk menerapkan metode bimbingan imajinasi rekaman audio pada anak usia sekolah yang sakit dan dirawat di Rumah Sakit di Kota Palu.

1.2 Rumusan Masalah

Kondisi anak sakit dan dirawat di rumah sakit merupakan situasi krisis bagi anak untuk mengalami stres. Untuk menurunkan stres hospitalisasi pada anak diperlukan penanganan yang tepat. Penanganan menurunkan stres sudah banyak dilakukan oleh peneliti-peneliti terdahulu dan memberikan efek positif menurunkan stres hospitalisasi anak. Dengan adanya hasil penelitian tentang efektifitas terapi komplementer dalam menurunkan stres hospitalisasi, peneliti tertarik untuk meneliti metode berbeda yaitu “bagaimana pengaruh metode bimbingan imajinasi rekaman audio terhadap stres hospitalisasi pada anak usia sekolah di Rumah Sakit di Kota Palu?”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Diketuainya pengaruh metode bimbingan imajinasi rekaman audio terhadap stres hospitalisasi pada anak usia sekolah di Rumah Sakit di Kota Palu

1.3.2 Tujuan khusus

Tujuan khusus yang dicapai yaitu:

- 1.3.1.1 Diidentifikasinya karakteristik pengalaman dirawat di rumah sakit anak usia sekolah yang dirawat
- 1.3.1.2 Diidentifikasinya skor stres hospitalisasi pada anak usia sekolah yang dirawat pada kelompok intervensi sebelum dan setelah diberikan perlakuan bimbingan imajinasi rekaman audio
- 1.3.1.3 Diidentifikasinya skor stres hospitalisasi pada kelompok kontrol sebelum dan setelah perlakuan pada kelompok intervensi
- 1.3.1.4 Diidentifikasinya perbedaan rerata skor stres antara sebelum dan sesudah diberi perlakuan bimbingan imajinasi rekaman audio pada kelompok intervensi
- 1.3.1.5 Diidentifikasinya perbedaan rerata skor stres antara sebelum dan sesudah diberi perlakuan bimbingan imajinasi rekaman audio pada kelompok kontrol
- 1.3.1.6 Diidentifikasinya perbedaan rerata skor stres sesudah diberikan perlakuan bimbingan imajinasi rekaman audio pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol
- 1.3.1.7 Diidentifikasinya kontribusi variabel *confounding* terhadap pengaruh bimbingan imajinasi rekaman audio pada stres hospitalisasi.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Pelayanan Keperawatan

- 1.4.1.1 Menambah dan meningkatkan pengetahuan perawat di ruang rawat inap tentang metode bimbingan imajinasi rekaman audio pada anak usia sekolah yang mengalami stres hospitalisasi
- 1.4.1.2 Dapat diterapkan pada asuhan keperawatan anak dengan stres hospitalisasi

1.4.2 Penelitian Keperawatan

- 1.4.2.1 Menjadi masukan dalam merencanakan dan membuat penelitian keperawatan terbaru berfokus pada usia atau kasus yang berbeda

1.4.3 Pengetahuan dan Keilmuan

1.4.3.1 Sebagai bahan rujukan penatalaksanaan stres hospitalisasi di ruang rawat inap rumah sakit

1.4.3.2 Membantu menyebarluaskan ilmu yang dimiliki untuk meningkatkan pengetahuan, pelayanan keperawatan yang lebih baik bagi perawat, pasien anak usia sekolah, dan orangtua pasien.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Tinjauan pustaka diuraikan beberapa konsep yang mendasari pelaksanaan penelitian sesuai dengan judul penelitian. Adapun uraian konsep dan teori dalam tinjauan pustaka mencakup konsep anak usia sekolah, konsep hospitalisasi, konsep bimbingan imajinasi rekaman audio, penelitian terkait pemberian bimbingan imajinasi rekaman audio, dan kerangka teori.

2.1 Konsep Anak Usia Sekolah

2.1.1 Pengertian Anak Usia Sekolah

Anak usia sekolah adalah rentang kehidupan yang dimulai dari usia 6 tahun sampai mendekati 12 tahun atau disebut usia sekolah yaitu periode mulai masuknya anak ke lingkungan sekolah (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Anak usia sekolah adalah tahap masa kanak-kanak pertengahan dari usia 6 sampai 12 tahun (Muscari, 2005). Dari pengertian tersebut, peneliti menyimpulkan bahwa anak usia sekolah adalah masa kanak-kanak pertengahan dari usia 6 sampai 12 tahun dan merupakan periode anak mulai masuk sekolah.

Masa kanak-kanak pertengahan secara fisiologis yaitu dimulai dengan tanggalnya gigi susu pertama dan diakhiri pada masa puberitas dengan memperoleh gigi permanen terakhir (kecuali gigi geraham terakhir) (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Periode masa kanak-kanak pertengahan, antara pertumbuhan yang cepat dimasa kanak-kanak awal dan ledakan pertumbuhan dimasa puberitas adalah saat pertumbuhan dan perkembangan terjadi secara bertahap dengan peningkatan kearah lebih besar pada aspek fisik dan emosional (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009).

2.1.2 Perkembangan Anak Usia Sekolah

2.1.2.1 Perkembangan Biologis

Pertumbuhan tinggi dan berat badan pada anak usia sekolah terjadi lebih lambat jika dibandingkan dengan masa sebelumnya (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Anak perempuan tumbuh lebih cepat daripada anak laki-laki, dan tinggi badan serta berat badan anak perempuan melebihi dari anak laki-laki (Muscari, 2005). Oleh karena itu, peneliti menyimpulkan bahwa pertumbuhan anak usia sekolah lebih lambat dari masa sebelumnya, dan pertumbuhan terjadi lebih cepat pada anak usia sekolah jenis kelamin perempuan daripada anak laki-laki.

Anak usia sekolah akan mengalami pertumbuhan sekitar 5 cm pertahun untuk mencapai tinggi badan 30 sampai 60 cm sehingga rata-rata tinggi badan anak usia 6 tahun yaitu 116 cm, dan tinggi badan anak usia 12 tahun yaitu 150 cm, serta berat badan bertambah 2 kali lipat yaitu 2 sampai 3 kg pertahun sehingga berat badan usia 6 tahun berkisar 21 kg, dan usia 12 tahun berkisar 40 kg (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Muscari (2005) menyatakan rata-rata anak usia sekolah bertambah tinggi badan yaitu 5 cm pertahun, sehingga rata-rata tinggi badan anak usia 6 tahun adalah 112,5 cm, dan rata-rata tinggi badan anak usia 12 tahun adalah 147,5 cm, sementara berat badan bertambah 2-3 kg pertahun dengan rata-rata berat badan pada usia 6 tahun mencapai 21 kg, dan usia 12 tahun 40 kg. Peneliti menyimpulkan pertambahan tinggi badan dan pada anak usia sekolah yaitu 5 cm pertahun dan pertambahan berat badan yaitu 2-3 cm pertahun, sehingga rata-rata pencapaian tinggi badan pada anak usia 6-12 tahun berkisar dari 112,5 cm – 150 cm, dan rata-rata pencapaian berat badan usia 6-12 tahun yaitu 21-40 kg.

1. Perubahan proporsional

Anak usia sekolah lebih anggun dari anak usia pra sekolah, anak usia sekolah lebih tegak berdiri di atas kaki sendiri, proporsi tubuh tampak lebih ramping dengan kaki lebih panjang, proporsi tubuh bervariasi, dan pusat gaya berat lebih rendah (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Anak usia sekolah pada masa awal umumnya memiliki proporsi tubuh yang kurang seimbang, kemudian terjadi perkembangan sedikit demi sedikit dan mulai mencapai keseimbangan pada kelas 5 atau 6 sekolah dasar (Annisa, 2010). Peneliti menyimpulkan bahwa proporsi anak usia sekolah lebih anggun dari usia pra sekolah dan keseimbangan proporsi tubuh berkembang dari awal masa usia sekolah dan mencapai keseimbangan ketika akhir masa sekolah dasar.

Karakteristik fisik dan anatomi pada anak usia sekolah adalah khas, dimana proporsi wajah berubah pada saat wajah tumbuh lebih cepat terkait dengan pertumbuhan tulang tengkorak yang tersisa (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Berdasarkan tipologi Sheldon (Hurlock 1980 dalam Annisa, 2010) ada tiga kemungkinan bentuk primer tubuh anak usia sekolah yaitu: 1) *endomorph* yakni yang tampak dari luar berbentuk gemuk dan berbadan besar, 2) *mesomorph* yaitu kelihatannya kokoh, kuat dan lebih kekar, 3) *ectomorph* yaitu tampak jangkung, dada pipih, lemak dan seperti tak berotot.

2. Kematangan sistem

Kematangan sistem gastrointestinal ditandai dengan masalah lambung yang lebih sedikit, glukosa darah dipertahankan dengan lebih baik, dan peningkatan kapasitas lambung yang memungkinkan retensi makanan dalam periode yang lama, dengan demikian anak usia sekolah tidak perlu diberi makan seteliti, setepat, dan sesering sebelumnya (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Peneliti

berkesimpulan bahwa anak usia sekolah mengalami waktu kenyang yang lebih lama karena kapasitas lambung yang besar dan memungkinkan retensi makanan lebih lama di dalam lambung.

Kebutuhan kalori anak usia sekolah lebih sedikit dibandingkan anak usia pra sekolah (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Kebutuhan kalori harian anak usia sekolah menurun berhubungan dengan ukuran tubuh, anak usia sekolah membutuhkan kalori rata-rata 2400 kalori perhari (Muscari, 2005). Walaupun demikian, orang tua tetap harus menekankan diet seimbang yang sesuai pada anak usia sekolah.

Kapasitas kandung kemih pada anak usia sekolah berbeda pada setiap anak, dan umumnya lebih besar pada anak perempuan daripada anak laki-laki (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Anak usia 6 tahun 85 % memiliki kendali penuh terhadap kandung kemih, pola eliminasi hampir sama dengan pola orang dewasa yaitu 6-8 kali perhari, dan rata-rata volume 500 ml sampai 1000 ml perhari (Muscari, 2005).

Jantung tumbuh lebih lambat selama tahun-tahun pertengahan dibandingkan dengan pertumbuhan jantung pada periode kehidupan lainnya, denyut jantung dan frekuensi pernafasan akan terus-menerus menurun dan tekanan darah meningkat selama usia 6 sampai 12 tahun (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Peneliti berkesimpulan bahwa anak usia sekolah pertumbuhan jantungnya lebih lambat dibandingkan dengan anak usia lainnya.

Sistem imun pada anak usia sekolah bekerja lebih efisien, memungkinkan lokalisasi infeksi, dan respon antigen-antibodi yang lebih baik (Muscari, 2005). Sistem imun menjadi lebih

kompeten untuk melokalisasi infeksi dan menghasilkan reaksi antigen-antibodi (Wilson, Lewis, & Penix, 1996 dalam Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Hockenberry dan Wilson (2009) menyatakan sistem imun anak usia sekolah sudah berkembang, namun tingginya kontak anak dengan teman atau anak lain di lingkungan sekolah, hal ini memungkinkan anak mudah tertular penyakit infeksi terutama pada usia awal anak masuk sekolah.

Pertumbuhan tulang pada anak usia sekolah terus mengalami pengerasan, tetapi kurang dapat menahan tekanan dan tarikan otot dibandingkan tulang yang sudah matur (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Peneliti berpendapat bahwa anak-anak seharusnya mempunyai kesempatan untuk bergerak dengan bebas, tetapi karena kondisi tulang yang kurang dapat menahan tekanan dan tarikan, sehingga anak atau orang dewasa harus memperhatikan keselamatan dalam melakukan aktivitas yang berat .

3. Prapuberitas

Masa prapuberitas terjadi pada pra remaja yaitu pada masa menjelang akhir usia sekolah dan berakhir pada usia 13 tahun, masa prapuberitas ini menandai mulai berkembangnya karakteristik seks sekunder (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Tanda karakteristik secara fisiologis muncul pada usia 9 tahun (terutama anak perempuan), dan tampak jelas pada usia 11 dan 12 tahun (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Peneliti berkesimpulan bahwa masa ketika anak mulai mengalami pertumbuhan tanda-tanda karakteristik seks sekunder yaitu pada masa pra puberitas yang terjadi pada akhir masa usia sekolah dan ketika anak berulang tahun yang ketiga belas tahun.

Anak usia sekolah pada masa pra puberitas akan tampak perbedaan pertumbuhan antara anak laki-laki dan anak perempuan, akan tampak kematangan masing-masing anak sesuai jenis kelamin. Pada masa ini terjadi pertumbuhan yang sangat pesat pada tinggi dan berat badan terutama pada anak perempuan.

2.1.2.2 Perkembangan Psikososial

Anak usia sekolah adalah periode perkembangan psikoseksual, oleh Freud dideskripsikan sebagai periode laten yaitu waktu tenang antara fase odipus anak usia sekolah awal dan erotisisme masa remaja (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Selama masa itu, anak usia sekolah membina hubungan dengan teman sebaya sesama jenis, dan didahului dengan ketertarikan pada lawan jenis sebagai respon puberitas.

Pendekatan Erikson tentang proses perkembangan anak adalah dengan menguraikan lima tahapan perkembangan psikososial, yaitu percaya versus tidak percaya, otonomi versus rasa malu dan ragu, inisiatif versus rasa bersalah, pengembangan rasa *industry* (*industry versus inferiority*), dan identitas dan kerancuan pesan (Supartini, 2004). Perkembangan tahapan perkembangan psikososial anak usia sekolah yaitu pengembangan rasa *industry* (*industry versus inferiority*).

1. Pengembangan rasa *industry*

Otonomi mulai berkembang pada masa ini, terutama pada usia 6 tahun dengan dukungan keluarga terdekat (Supartini, 2004). Sikap dasar individu terhadap kerja, dibangun selama masa usia pra sekolah, rasa *industry* atau tahap pencapaian dicapai antara usia 6 tahun dan masa remaja (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Keberhasilan menyelesaikan tahap ini memerlukan lingkungan keluarga yang

penuh kasih sayang, dan mempersiapkan anak untuk terlibat dalam pengalaman dan hubungan di luar lingkungan keluarga.

Anak akan belajar bekerja sama pada tahap perkembangan ini, dan bersaing dengan anak lainnya dalam melakukan kegiatan sekolah atau melalui permainan bersama (Supartini, 2004). Anak usia sekolah ingin sekali mengembangkan keterampilan dan berpartisipasi dalam pekerjaan yang berarti dan berguna secara sosial (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Peneliti berpendapat bahwa anak usia sekolah pada masa ini mendapatkan rasa kompetisi personal dan interpersonal, menerima instruksi sistematis yang digambarkan oleh budaya sosial anak, dan mengembangkan keterampilan yang dibutuhkan untuk menjadi orang yang berguna dan memberikan kontribusi dalam komunitas mereka.

Pencapaian keterampilan merupakan cara untuk memperoleh keberhasilan dalam aktivitas sosial. Masa usia sekolah adalah ketika anak belajar menghargai tindakan yang dilakukan bersama orang lain dan keuntungan yang diperoleh dari pembagian kerja dalam mencapai tujuan. Pencapaian keterampilan ini melibatkan kemampuan untuk bekerja sama, bersaing dengan orang lain, dan untuk melakukan koping secara efektif dengan masyarakat (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Kemampuan anak untuk berinteraksi sosial yang lebih luas dengan teman dilingkungannya dapat memfasilitasi perkembangan perasaan sukses (*sense of industry*) (Supartini, 2004).

2.1.2.3 Perkembangan Kognitif

Anak berusia 7 dan 11 tahun berada dalam tahap konkret operasional yang ditandai dengan penalaran induktif, tindakan logis, dan pikiran konkret yang *reversibel* (Muscari, 2005). Anak mulai memperoleh kemampuan untuk menghubungkan serangkaian

kejadian ketika anak memasuki masa sekolah, untuk menggambarkan mental anak yang diungkapkan secara verbal dan non verbal. Tahap ini oleh Piaget diistilahkan sebagai operasional konkret yaitu ketika anak mampu menggunakan proses pikir dalam peristiwa dan tindakan dengan membuat penilaian berdasarkan apa yang dilihat (pemikiran perspektual) sampai membuat penilaian berdasarkan alasan anak (pemikiran konseptual) (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009).

Anak usia sekolah memiliki pemikiran yang semakin meningkat atau bertambah logis dan koheren, dimana anak mampu mengklasifikasikan benda dan perintah serta menyelesaikan masalah secara konkret dan sistematis berdasarkan apa yang mereka terima dari lingkungannya (Supartini, 2004). Anak usia sekolah mengembangkan ketrampilan mengklasifikasi yaitu mengelompokkan dan memisahkan benda-benda menurut kesamaan atribut, meletakkan sesuatu dalam susunan yang pantas dan logis, untuk melakukan hal ini anak memiliki konsep dalam pikirannya sambil membuat keputusan berdasarkan konsep tersebut (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009).

Karakteristik spesifik tahap ini menurut Supartini (2004) yaitu: 1) transisi dari egosentrik ke pemikiran objektif yaitu melihat dari sudut pandang orang lain, mencari validasi, dan bertanya, 2) berfokus pada kenyataan fisik saat ini disertai ketidakmampuan melihat untuk melebihi kondisi saat ini, 3) kesulitan menghadapi masalah yang jauh, masa depan atau hipotesis, 4) perkembangan berbagai klasifikasi mental dan aktifitas yang diminta, 5) perkembangan fisik yang konservasi yaitu volume, berat, massa, dan angka. Kemampuan anak meningkat dalam menguasai simbol-simbol dan menggunakan memori tentang pengalaman masa lalu untuk dievaluasi dan menginterpretasi masa kini (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009).

Karakteristik anak usia sekolah adalah anak memperoleh kesenangan dari mengklasifikasi dan menata lingkungannya, mereka disibukkan dengan kegiatan mengoleksi banyak dan beragam benda seperti: gambar tempel, peranko, kerang, boneka, mobil, batu-batu, dan segala sesuatu yang dapat diklasifikasikan, bahkan mulai mengurutkan teman dan hubungan (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Aktivitas yang khas pada tahap ini yaitu: 1) mengumpulkan dan menyortir benda, 2) meminta barang-barang menurut ukuran, bentuk, berat, dan kriteria lain, 3) mempertimbangkan pilihan dan variabel ketika memecahkan masalah (Supartini, 2004).

Kemampuan berfikir anak sudah rasional, imajinatif, dan dapat menggali objek atau situasi untuk memecahkan masalah, dimana anak sudah dapat berpikir konsep waktu dan mengingat kejadian masa lalu serta menyadari kegiatan yang dilakukan berulang-ulang tetapi pemahamannya belum mendalam selanjutnya akan semakin berkembang diakhir masa usia sekolah atau awal masa remaja (Supartini, 2004). Oleh karena itu, peneliti berkesimpulan anak usia sekolah sudah dapat memikirkan hal-hal yang imajinatif.

Keterampilan yang paling penting pada anak usia sekolah menurut Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, dan Schwartz, (2009) yaitu kemampuan membaca, dengan membaca anak dapat mengeksplorasi, berimajinasi, dan memperluas pengetahuan yang diperoleh selama bertahun-tahun di sekolah dan menjadi alat yang paling berharga untuk mengetahui kemandirian anak. Menurut Supartini (2004) perkembangan kognitif anak usia sekolah salah satunya kemampuan bahasa yaitu: 1) anak mengembangkan pola artikulasi orang dewasa formal pada usia 7 sampai 9 tahun, 2) anak belajar bahwa kata-kata dapat dirangkai dalam bentuk terstruktur, 3) kemampuan membaca adalah salah satu ketrampilan paling penting yang dikembangkan oleh anak.

2.1.2.4 Perkembangan Moral

Kohlberg mengelompokkan perkembangan moral anak kedalam tiga tahapan, yaitu: *preconventional*, *conventional*, dan *postconventional* (Supartini, 2004). Tahap *preconventional* yaitu anak belajar baik dan buruk, atau benar dan salah melalui budaya sebagai dasar dalam peletakan nilai moral yang terdiri atas tiga tahapan: 1) tahap satu, didasari oleh adanya rasa egosentrik, kebaikan adalah seperti apa yang saya mau, rasa cinta dan kasih sayang akan membantu dalam memahami kebaikan, perhatian yang kurang menimbulkan kebencian pada anak dan anak mengenal keburukan, 2) tahap dua yaitu orientasi hukuman dan ketaatan, baik dan buruk sebagai konsekuensi dari tindakan, oleh karena itu orang tua harus hati-hati jika anak memukul temannya dan tidak memberi sanksi karena anak akan mengartikan tindakannya bukan sesuatu yang buruk, 3) tahap ketiga, yaitu anak berfokus pada motif yang menyenangkan sebagai suatu kebaikan dimana anak menjalankan aturan sebagai sesuatu yang memuaskan mereka sendiri (Supartini, 2004).

Tahap *conventional* pada anak yaitu anak berorientasi pada mutualitas hubungan interpersonal dengan kelompok dimana anak sudah mampu bekerja sama dengan kelompok dan mempelajari serta mengadopsi norma-norma yang ada dalam kelompok selain norma yang ada dalam keluarganya, jika perilakunya diterima oleh keluarga dan kelompok maka anak menganggap perilakunya sebagai suatu kebaikan dan sebaliknya. Kohlberg menyatakan bahwa anak-anak mencapai tingkat konvensional tahap konformitas peran biasanya pada usia 10 dan 13 tahun. Mereka mengalami keinginan untuk menyenangkan orang lain, mengamati beberapa perkembangan, eksternalisasi standar orang lain dan ingin dianggap baik oleh orang lain yang pendapatnya dianggap penting oleh anak (Muscari, 2005).

Tahap *postconventional* yaitu pada anak usia remaja dimana anak telah mampu membuat pilihan berdasar prinsip yang dimiliki dan

diyakini, terdiri dari dua fase orientasi pada hukum dan orientasi pada prinsip etik yang umum yaitu: 1) fase pertama, anak menempatkan nilai budaya, hukum, dan perilaku yang tepat yang menguntungkan masyarakat sebagai sesuatu yang baik, mensejahterahkan, dan sesuatu yang mereka terima dari lingkungan harus dibayar dan jika menjadi bagian kelompok, mereka berkontribusi untuk mencapai tujuan kelompok, dan 2) fase kedua yaitu dikatakan tingkat moral tertinggi, dimana anak dapat menilai perilaku baik dan buruk dari dirinya sendiri. Anak sudah dapat mempertahankan perilaku berdasarkan standar moral yang ada seperti mentaati aturan dan hukum yang berlaku dimasyarakat (Supartini, 2004).

2.1.2.5 Perkembangan Spiritual

Anak usia sekolah berfikir dalam batasan yang sangat konkret tetapi merupakan pelajar yang sangat baik dan memiliki kemauan besar untuk mempelajari Tuhan, mereka sangat tertarik dengan konsep surga dan neraka dan dengan perkembangan kesadaran diri dan perhatian terhadap peraturan sehingga anak takut akan masuk neraka karena kesalahan dalam berperilaku. (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Oleh karena itu, anak usia sekolah jika melakukan kesalahan menginginkan dihukum dan jika diberi pilihan, anak cenderung memilih hukuman yang sesuai dengan kesalahannya.

Anak usia sekolah seringkali menggambarkan penyakit atau cedera sebagai hukuman karena kelakuan yang nyata maupun kelakuan buruk dalam imajinasi mereka (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Oleh karena itu, sebagai orang tua atau tokoh agama perlu memberikan pengertian pada anak, tentang konsep agama dalam istilah yang konkret karena jika anak mendapat penjelasan yang jelas maka anak akan menjalankan kegiatan agama dan berdoa memohon pada Tuhannya sebagai suatu koping bagi anak, baik dalam kegiatan sehari-hari atau sebagai

koping ketika anak menghadapi sesuatu yang mengancam dan kepercayaan serta harapan keluarga atau tokoh agama pada anak akan lebih berpengaruh dalam hal keyakinan dibandingkan teman sebaya.

2.1.2.6 Perkembangan Sosial

Agen sosialisasi terpenting pada anak usia sekolah adalah teman sebaya, selain orang tua dan sekolah, dimana kelompok teman sebaya memberi sesuatu yang penting untuk anggota kelompoknya, anak-anak memiliki budaya sendiri, rahasia, adat istiadat, dan kode etik yang meningkatkan rasa solidaritas kelompok dan melepaskan diri dari orang dewasa (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Oleh karena itu, melalui hubungan dengan teman sebaya anak usia sekolah belajar tentang bagaimana berteman, permusuhan, memimpin, dipimpin, mencari ide-ide dalam sosialisasi dari sesama teman dan dari lingkungannya, sehingga dukungan dan bantuan dari kelompok memberi rasa aman pada anak usia sekolah dalam menghadapi resiko penolakan dari orang tua oleh karena kemenangan anak dalam kemadiriannya.

1. Hubungan sosial dan kerja sama

Pengalaman yang dipelajari anak usia sekolah dari interaksi sehari-hari dengan teman sebaya menurut Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, dan Schwartz, (2009) yaitu: 1) anak belajar perbedaan berbagai sudut pandang yang ditunjukkan dalam kelompok teman sebaya, 2) anak bertambah sensitif terhadap norma sosial dan tekanan dari kelompok teman sebaya, 3) interaksi diantara teman sebaya berperan dalam pembentukan persahabatan dengan teman sesama jenis. Oleh karena itu, dengan perbedaan sudut pandang pada anak menimbulkan anak belajar untuk berdebat, membujuk, berunding, bekerja sama, dan berkompromi untuk mempertahankan persahabatan, kemudian anak menetapkan standar untuk menerima dan menolak serta memodifikasi

perilaku mereka agar dapat diterima kelompok. Disamping itu, anak-anak mencari sahabat sebagai teman tempat berbagi rahasia, lelucon pribadi, dan pertualangan serta saling membantu jika ada yang menghadapi masalah, jika tidak saling cocok mereka juga bertengkar, saling mengancam, memutuskan hubungan, dan memperbaiki.

2. Hubungan dengan keluarga

Orang tua merupakan pengaruh utama dalam membentuk kepribadian anak, membuat standar perilaku, dan menetapkan sistem nilai dimana nilai yang dianut oleh keluarga akan mendominasi ketika terjadi konflik antara sistem nilai orang tua dan teman sebaya (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Oleh karena itu, walaupun anak-anak tampak menolak nilai-nilai orang tua pada saat mencoba nilai-nilai baru dari kelompok teman sebaya, pada akhirnya anak akan mempertahankan dan memasukkan sistem nilai dari orang tua ke dalam sistem nilai anak.

Anak usia sekolah lebih ingin menghabiskan waktunya bersama dengan kelompok teman sebaya, hal ini sangat mengganggu orang tua karena anak lebih banyak meninggalkan rumah dan sering memilih aktivitas-aktivitas bersama kelompok dibandingkan dengan keluarga. Dengan kondisi ini, anak menjadi kritis dan tidak menoleransi cara-cara orang tua pada saat anak terpisah dari kelompoknya. Anak bahkan menemukan bahwa orang tua bisa melakukan kesalahan, dan mulai menanyakan pengetahuan dan kekuasaan orang tua, yang sebelumnya bagi anak bahwa orang tua adalah orang yang paling tahu.

Orang tua tetap harus mengendalikan anak usia sekolah walaupun pada masa usia sekolah terjadi peningkatan

kemandirian yang merupakan tujuan perkembangan anak usia sekolah karena anak belum bisa secara terpisah tanpa kendali orang tua. Anak usia sekolah membutuhkan dan menginginkan pembatasan pada perilaku mereka karena mereka belum disiapkan mengatasi semua masalah-masalah pada lingkungan yang lebih luas, anak juga membutuhkan kekuatan yang lebih stabil dan aman dari orang dewasa, sebagai tempat bagi anak untuk berbagi ketika anak mempunyai masalah dengan teman sebaya (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009).

3. Bermain

Bermain merupakan kebutuhan anak seperti juga makanan, kasih sayang, perawatan, dan lain-lain (Ngastiyah, 2005). Bermain merupakan kegiatan yang dilakukan secara sukarela untuk memperoleh kepuasan atau kesenangan (Supartini, 2004). Peneliti menyimpulkan bahwa bermain adalah kegiatan yang dilakukan anak tanpa paksaan, dengan menggunakan kemampuan anak memainkan mainan yang ada dengan tujuan memperoleh kesenangan dan kepuasan dimana kegiatan ini merupakan kegiatan yang mendasar yang harus dipenuhi seperti memenuhi kebutuhan makan, kasih sayang dan kebutuhan dasar lainnya.

Permainan pada anak usia sekolah yaitu menggunakan dimensi baru yang merefleksikan tingkat perkembangan anak, dimana bermain tidak hanya meningkatkan keterampilan fisik, kemampuan intelektual, dan fantasi anak, tetapi juga mengembangkan rasa memiliki terhadap tim atau kelompoknya (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Ngastiyah (2005) menyatakan pada anak usia sekolah mempunyai bakat memimpin sehingga akan terdapat kelompok-

kelompok yang dipimpin oleh anak sebaya, dan mereka juga cenderung mengikuti kelompok yang lebih besar.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam aktivitas bermain menurut Ngastiyah (2005) yaitu: 1) ekstra energi, 2) waktu, 3) alat permainan, 4) ruangan untuk bermain, 5) pengetahuan cara bermain, 6) teman sebaya. Permainan dan ritual merupakan aspek penting dalam bermain dan permainan pada anak usia sekolah (Muscari, 2005). Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, dan Schwartz, (2009) mengemukakan hal-hal yang diperhatikan dalam bermain pada anak usia sekolah yaitu: 1) peraturan dan ritual, kebutuhan untuk konfrontasi pada anak dimanifestasikan sangat kuat dalam aktivitas dan permainan, 2) permainan tim, bentuk permainan yang lebih kompleks yang berkembang dari kebutuhan untuk berinteraksi dengan teman sebaya, dimana dalam permainan dibutuhkan seorang pengawas, wasit, atau individu yang berwenang sehingga peraturan dapat diikuti secara akurat, 3) permainan dan aktivitas yang tenang, aktivitas anak usia sekolah banyak yang tenang dan dilakukan seorang diri walaupun masa ini adalah masa yang sangat aktif, dimana anak usia sekolah sangat tertarik dengan permainan papan atau kartu yang semakin rumit seperti monopoli atau permainan kartu yang dapat dimainkan dengan sahabat atau kelompok, anak usia sekolah juga senang membaca buku cerita dan juga senang dibacakan cerita dengan suara keras, 4) menguasai ego, dengan permainan memberikan cara pada anak untuk memperoleh gambaran kekuasaan pada dirinya, lingkungannya, dan orang lain, melalui permainan anak dapat merasa sekuat, sebesar, dan seterampil yang mereka bayangkan, dan merasa seolah-olah memperoleh kekuasaan dan kekuatan siapapun dan apapun yang mereka inginkan, mereka juga membutuhkan penggunaan otot-otot besar dalam permainan yang menggembarakan di lapangan dan kebebasan menggunakan

autonomi dan inisiatif yang baru mereka peroleh, penggunaan otot-otot besar berguna untuk melepas ketegangan, frustrasi, dan permusuhan.

2.1.2.7 Perkembangan Konsep Diri

Konsep diri merupakan pengetahuan yang disadari mengenai berbagai persepsi diri, seperti karakteristik fisik, kemampuan, nilai, ideal diri dan pengharapan, citra tubuh, seksualitas, dan harga diri serta ide-ide sendiri dalam hubungannya dengan orang lain (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Peneliti menyimpulkan bahwa anak juga memiliki konsep diri seperti halnya orang dewasa.

Anak usia sekolah memiliki persepsi yang cukup akurat dan positif tentang keadaan fisiknya, dimana kepala merupakan bagian citra diri yang terpenting, rambut dan warna mata merupakan karakteristik yang paling sering digunakan dalam menggambarkan keadaan dirinya, tetapi dengan penambahan usia mereka kurang menyukai keadaan fisiknya (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Oleh karena itu, jika ada suatu tanda pada tubuhnya yang menonjol dan mendapat komentar dari teman atau orang lain, dapat menyebabkan anak kurang menyukai tanda yang dimiliki.

2.2 Konsep Hospitalisasi

2.2.1 Pengertian Stres Hospitalisasi

Hospitalisasi adalah suatu proses karena suatu rencana atau darurat, mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit, mendapatkan pengobatan dan perawatan sampai anak kembali ke rumah (Supartini, 2004). Hospitalisasi adalah suatu kondisi seseorang karena sakit dan masuk rumah sakit atau selama seseorang berada di rumah sakit karena sakit (Dorland, 2000). Peneliti menyimpulkan dari beberapa pengertian tersebut bahwa, hospitalisasi merupakan suatu proses dimana seorang

anak mengalami sakit, atau trauma, yang mengharuskan anak mendapatkan perawatan atau tindakan medis dan tinggal di rumah sakit baik secara darurat atau terencana.

Stres adalah suatu kondisi yang terjadi bila terdapat kesenjangan atau ketidakseimbangan antara tuntutan dan kemampuan (Lazarus & Folkman, 1979 dalam Ibing, 2008). Ibing (2008) menyatakan stres adalah kesenjangan antara kondisi individu dengan kondisi lingkungan. Chaplin, J.P, (1968, dalam Ibing, 2008) mendefinisikan stres sebagai suatu keadaan tertekan, baik fisik maupun psikologis. Peneliti menyimpulkan stres merupakan pengalaman yang tidak menyenangkan disebabkan karena tekanan fisik atau psikologis, ketidaksesuaian kondisi individu dan lingkungan yang diikuti oleh perubahan tingkah laku.

Peneliti menyimpulkan pengertian stres hospitalisasi dari pengertian stres dan hospitalisasi di atas adalah pengalaman yang tidak menyenangkan disebabkan karena pengalaman hospitalisasi yang menyebabkan ketidaksesuaian kondisi individu dengan lingkungan yang disertai adanya perubahan tingkah laku. Hospitalisasi pada anak dapat menimbulkan stres yang disebabkan oleh karena anak tidak memahami mengapa harus dirawat, lingkungan yang asing, prosedur tindakan yang menyakitkan serta terpisah dengan keluarga. Anak mengalami masa yang sulit karena tidak terpenuhi kebutuhannya seperti halnya dirumah.

2.2.2 Stresor dan Reaksi Anak Usia Sekolah terhadap Hospitalisasi

Anak menunjukkan berbagai macam perilaku sebagai reaksi terhadap perawatan dirinya di rumah sakit sebagai pengalaman hospitalisasi. Penelitian membuktikan bahwa hospitalisasi anak dapat menjadi suatu pengalaman yang dapat menimbulkan trauma baik pada anak maupun orang tua sehingga menimbulkan reaksi tertentu yang sangat berdampak pada kerjasama anak dan orang tua dalam perawatan anak selama di rumah sakit (Halstoom and Elander, 1997; Brewis, 1995; Brennan, 1994). Reaksi tersebut bersifat individual, bergantung dengan tahapan usia perkembangan

anak, pengalaman sebelumnya terhadap sakit, sistem pendukung yang ada, dan kemampuan koping anak (Hockenberry & Wilson, 2009).

1. Usia

Penguasaan ego belum matang pada anak yang usianya lebih mudah, dan belum mampu menyelesaikan masalah dengan realitas, sehingga mudah mengalami kecemasan dibandingkan anak yang lebih tua (Stuart & Lararia, 2005). Penelitian yang dilakukan oleh Aguilera dan Whetsell (2007, dalam Stuble, 2008) pada 155 anak usia 7-11 tahun di *Tampico Tamaulipas*, menunjukkan bahwa anak yang usianya lebih tua memiliki kecemasan lebih rendah dibandingkan dengan anak yang lebih muda. Penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Stuble (2008) pada 132 anak usia sekolah, hasil penelitian menunjukkan korelasi negatif antara usia dan kecemasan pre dan post intervensi ($p < 0,01$), artinya mengindikasikan bahwa pada anak yang lebih tua kecemasannya lebih kecil dibandingkan dengan anak yang lebih kecil.

2. Pengalaman sebelumnya terhadap sakit

Penelitian yang dilakukan oleh Clatworthy, Simon, dan Tiedeman (1999) menunjukkan bahwa anak yang memiliki pengalaman hospitalisasi memiliki tingkat kecemasan lebih kecil dan kecemasan menurun setelah keluar dari rumah sakit, sedangkan anak yang tidak memiliki pengalaman hospitalisasi memiliki nilai kecemasan yang tinggi dan setelah keluar rumah sakit kecemasan masih tetap tinggi sampai 2 minggu. Penelitian ini kontradiksi dengan penelitian yang dilakukan oleh Coyne (2006) melalui penelitian kualitatif menunjukkan bahwa anak dengan pengalaman hospitalisasi sebelumnya tidak menurunkan kecemasan hospitalisasi ketika dirawat lagi.

3. Sistem pendukung yang ada

Sistem pendukung bagi anak adalah orang tua/keluarga. Keluarga telah lama dipandang sebagai suatu lingkup yang paling vital bagi tumbuh kembang yang sehat, karena keluarga memiliki pengaruh penting pada

pembentukan identitas dan rasa percaya diri seseorang (Friedman, Bowden, & Jones, 2010). Keluarga merupakan sumber daya penting dalam pemberian pelayanan kesehatan, baik bagi individu maupun keluarga saat perawatan difokuskan pada keluarga, efektifitas terbukti meningkat (Gillis & David, 1993; dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2010). Oleh karena itu, peneliti menyimpulkan bahwa sistem pendukung bagi anak sakit adalah keluarga karena anak merupakan individu sebagai anggota dari keluarga, dan keluarga merupakan pemberi identitas dan rasa percaya diri bagi anak.

Keluarga merupakan sumber utama konsep sehat-sakit dan perilaku sehat, sehingga dalam sebuah unit keluarga jika ada gangguan (penyakit, cedera, atau perpisahan) yang mempengaruhi satu anggota atau lebih, seringkali akan mempengaruhi anggota yang lain atau unit tersebut secara keseluruhan (Friedman, Bowden, & Jones, 2010). Keluarga cenderung terlibat dalam pengambilan keputusan dan proses terapi pada setiap tahapan sehat dan sakit anggota keluarga, dari keadaan sejahtera, tahap diagnosis, terapi, dan pemulihan (Doherty, 1992; dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2010).

Proses menjadi seorang pasien dan penerima layanan kesehatan terdiri atas serangkaian keputusan dan peristiwa yang melibatkan interaksi sejumlah individu, termasuk keluarga, teman sebaya, dan penyedia layanan kesehatan profesional, dalam hal proses ini peran keluarga berbeda-beda setiap saat bergantung pada kesehatan individu, tipe masalah kesehatan, dan tingkat perhatian, serta ketelibatan keluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2010). Oleh karena itu, keterlibatan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit misalnya anak, disesuaikan dengan kondisi kesehatan anak, penyakitnya, tingkat perhatian serta keterlibatan keluarga untuk merawat anak sebagai pendukung.

Parsons (1951; dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2010) menyebutkan peran individu yang sakit dan peran keluarga tergantung dengan latar

belakang sosial budaya dan keunikan keluarga, ada beberapa keluarga membebaskan individu yang sakit untuk mengambil keputusan tentang layanan atau bantuan kesehatan pada dirinya sendiri dan berharap yang bersangkutan tetap melakukan tugas setiap hari, tetapi pada keluarga lain memberikan bantuan dan layanan kepada individu yang sakit dimana keluarga sebagai sistem pendukung dan pengambil keputusan bagi individu yang sakit.

Anak untuk dapat tumbuh dan berkembang secara normal membutuhkan bantuan dan dukungan dari orangtua/keluarga dan lingkungan, pada tahap ini anak masih peka terhadap gangguan yang dapat mengakibatkan pertumbuhan yang tidak optimal, perkembangan yang tidak sesuai, dan perubahan perilaku yang jelek (Behrman, Kliegman, & Arvin, 2000). Anak memiliki kebutuhan dasar untuk tumbuh kembangnya. Kebutuhan dasar anak tersebut meliputi fisik, emosi/kasih sayang, stimulasi mental, dimana kebutuhan ini dapat diperoleh dari keluarga dan lingkungan (Titi, 1993; dalam Soetjiningsih, 1998). Oleh karena itu, sebagai orang tua/keluarga untuk mengoptimalkan pertumbuhan dan perkembangan anak, orang tua/keluarga harus memberi dukungan pada anak, membantu dan memenuhi kebutuhan dasar anak.

Teori yang dikemukakan oleh Behrman, Kliegman, & Arvin (2000) tentang sistem pendukung pada anak yang mengalami sakit dan dirawat di rumah sakit yaitu: keluarga sebagai pendukung anak menjelaskan kepada anak tentang masalah atau apa yang sedang dialami anak, menemani atau mengunjungi anak saat dirawat, mendampingi dan memberi motivasi pada anak ketika anak dilakukan tindakan keperawatan atau tindakan invasif lainnya saat dirawat, memberikan semangat pada anak, dan membantu anak dalam memenuhi kebutuhan dasar anak seperti: makan, minum, eliminasi, dan lain-lain. Oleh karena itu, jika keluarga sebagai sistem pendukung bagi anak yang mengalami hospitalisasi menjalankan perannya tersebut maka akan memberikan rasa

percaya diri pada anak, menurunkan kecemasan, ketakutan, dan rasa ketidakberdayaan anak.

4. Kemampuan koping anak

Koping adalah tahapan khusus dari reaksi individu terhadap stresor atau suatu reaksi terhadap stresor untuk menghilangkan, mengurangi, atau menggantikan status emosi sebagai stres (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Koping adalah mekanisme untuk mengatasi perubahan yang terjadi atau beban yang diterima (Ahyar, 2010). Peneliti menyimpulkan dari pengertian di atas, koping adalah mekanisme yang dimiliki oleh seseorang terhadap beban atau perubahan yang terjadi pada diri.

Strategi koping adalah cara khusus yang digunakan anak untuk mengatasi stresor (Ryan, & Wanger, 1992 dalam Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Strategi koping adalah koping yang dilakukan secara sadar dan terarah dalam mengatasi rasa sakit atau menghadapi stresor (Ahyar, 2010). Peneliti berkesimpulan bahwa strategi koping adalah cara khusus yang digunakan oleh seseorang yang dilakukan secara sadar dan terarah untuk mengatasi stresor.

Anak berespon terhadap stres setiap hari dengan mencoba mengubah lingkungan atau mencoba menyesuaikan diri dengan lingkungan dengan apa adanya (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Ibing (2008) menyatakan bahwa anak usia sekolah rentan terhadap stres karena: 1) kemampuan anak untuk mengatasi stres masih terbatas, 2) interaksi sosialnya meluas, mencakup lingkungan sosial diluar lingkungan rumah dan mulai berhubungan dengan individu dari berbagai usia dan latar belakang, 3) aktivitas anak mulai beragam, 4) terjadi perubahan fisik yang mempengaruhi psikologis anak, 5) emosi mulai berkembang namun anak belum mampu mengolah secara tepat. Oleh karena itu, dengan gangguan stres pada salah satu atau beberapa

faktor tersebut akan mempengaruhi proses tumbuh kembang anak yang sehat dan wajar.

Strategi yang dilakukan anak usia sekolah ketika menghadapi stres dapat memberikan relaksasi. Metode alamiah yang dimiliki anak yaitu menarik diri, melakukan aktivitas fisik, membaca, mendengar musik, mengerjakan proyek atau tugas dari sekolah, atau tidur siang, tetapi beberapa anak akan mengadu ke orang tua untuk mengatasi masalah mereka, atau mereka mengembangkan strategi yang secara sosial tidak dapat diterima, seperti: perang, mencuri, atau berbohong (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Oleh karena itu, peneliti berkesimpulan bahwa dengan memahami respon anak ketika menghadapi stres maka tindakan keperawatan dapat diberikan dengan memodifikasi berdasarkan kemampuan anak menghadapi stres tetapi tidak menggunakan respon yang negatif dari anak.

Anak usia sekolah dapat diajarkan untuk mengenali tanda ketegangan pada dirinya dan kemudian diajarkan berbagai strategi yang tepat untuk digunakan dalam coping anak pereda stres, seperti latihan khusus, relaksasi dan pernapasan, imajinasi mental, dan berbagai aktivitas sederhana lainnya (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Oleh karena itu, orang tua dan pemberi asuhan dapat mengantisipasi kejadian yang dapat menimbulkan stres dan menyiapkan anak untuk menggunakan coping pereda stres.

Reaksi anak karena pengalaman hospitalisasi disebabkan karena adanya stresor. Stresor hospitalisasi pada anak menurut (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009) yaitu: 1) kecemasan karena perpisahan, 2) kehilangan kendali atas tubuhnya, 3) takut akan cedera tubuh dan nyeri. Adanya kejadian-kejadian tersebut yang menimbulkan stres pada anak saat mengalami hospitalisasi.

1. Kecemasan karena perpisahan

Kecemasan adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi, mengalami respon perilaku, fisiologis, dan emosional, individu merasa tidak nyaman/takut, atau memiliki firasat akan ditimpa malapetaka padahal individu tersebut tidak mengerti emosi yang mengancam itu bisa terjadi (Viedebeck, 2008). Kecemasan merupakan pengalaman emosi dan bersifat subjektif pada individu yang diekspresikan secara langsung melalui perubahan fisiologis dan perilaku, atau secara tidak langsung melalui respon kognitif dan efektif (Stuart & Lararia, 2001). Peneliti menyimpulkan bahwa kecemasan adalah pengalaman emosi dan bersifat subjektif yang menimbulkan perubahan perilaku, rasa takut/tidak nyaman, respon kognitif dan afektif.

Ketakutan pada anak usia sekolah pada saat dirawat di rumah sakit yaitu jauh dari keluarga merupakan peringkat lebih tinggi daripada ketakutan lainnya yang muncul akibat hospitalisasi (Hart and Bossert, 1994; Wilson and Yorker, 1997 dalam Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Hasil penelitian oleh Coyne (2006) menunjukkan anak usia sekolah mengalami ketakutan selama hospitalisasi karena perpisahan dengan keluarga, berada di lingkungan yang tidak biasa, adanya tindakan keperawatan atau medis, ketidakberdayaan karena kehilangan haknya. Ketakutan ini karena ketika sakit dan dirawat di rumah sakit, kebutuhan keamanan anak meningkat dan anak membutuhkan bimbingan orang tua.

Anak usia sekolah secara umum lebih mampu melakukan koping terhadap perpisahan, stres, dan seringkali disertai regresi akibat penyakit atau hospitalisasi sehingga meningkatkan kebutuhan mereka akan keamanan dan bimbingan orang tua. Hal ini terutama berlaku pada anak usia sekolah yang lebih kecil yang baru saja meninggalkan rasa aman di rumah dan berjuang dengan krisis penyesuaian di sekolah.

Anak usia sekolah pertengahan dan akhir dapat lebih bereaksi terhadap perpisahan dengan aktivitas mereka yang biasa dan teman sebaya daripada ketidakhadiran orang tua. Anak usia sekolah memiliki aktivitas fisik dan mental yang tinggi dan seringkali tidak sesuai dengan lingkungan rumah sakit, dan meskipun mereka tidak menyukai sekolah, mereka mengakui kehilangan rutinitas dan khawatir tidak mampu berkompetisi atau menyesuaikan diri dengan teman-teman sekelas pada saat kembali ke sekolah.

Reaksi yang muncul karena perpisahan yaitu: kesepian, bosan, isolasi, dan depresi umum (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Reaksi-reaksi tersebut sebagai akibat dari perpisahan akibat penyakit, pengobatan, atau lingkungan rumah sakit.

Anak usia sekolah membutuhkan dan menginginkan bimbingan atau dukungan orang tua atau dari *figure* orang dewasa lain namun tidak mampu atau tidak mau memintanya. Hal ini disebabkan tujuan memperoleh kemandirian merupakan hal yang sangat penting bagi anak usia sekolah. Anak usia sekolah menganggap dengan meminta bantuan pada orang tua atau figur orang dewasa secara langsung guna mengatasi rasa takut berarti akan menunjukkan anak usia sekolah tampak lemah, kekanak-kanakaan atau tidak mandiri (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009).

Anak usia sekolah bersikap berani dan kuat terutama anak laki-laki tetapi kecenderungan bereaksi terhadap stres dengan stioikisme, menarik diri, atau penerimaan pasif. Seringkali menunjukkan sikap bermusuhan, marah, atau perasaan negatif lainnya seperti iritabilitas dan agresi terhadap orang tua, menarik diri dari petugas rumah sakit, tidak mampu berhubungan dengan teman sebaya, menolak sibling, atau masalah perilaku di sekolah (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Oleh karena itu, sebagai orang tua dan tenaga perawat perlu memahami bahwa reaksi yang ditunjukkan anak adalah sebagai

mekanisme anak menghadapi stres, sehingga dapat dilakukan tindakan yang sesuai untuk mengatasi stres pada anak.

2. Kehilangan kendali atas tubuhnya

Anak usia sekolah rentan terhadap kejadian-kejadian yang dapat mengurangi kendali dan kekuatan mereka. Kejadian-kejadian yang dapat menghilangkan kendali pada anak seperti saat anak sakit dan dirawat di rumah sakit karena adanya pembatasan aktivitas anak. Perawatan anak di rumah sakit memaksa anak untuk berpisah dengan lingkungan yang dicintainya, yaitu keluarga dan kelompok sosialnya dan menimbulkan kecemasan.

Kehilangan kendali tersebut berdampak pada perubahan peran dalam keluarga, anak kehilangan kelompok sosialnya dengan kegiatan bermain atau pergaulan sosial, perasaan takut mati, dan adanya kelemahan fisik, penelantaran, atau cedera permanen, kehilangan penerimaan kelompok sebaya, kurangnya produktivitas, dan ketidakmampuan untuk menghadapi stres sesuai harapan.

Salah satu masalah karena kehilangan kendali dari kondisi sakit dan dirawat di rumah sakit yaitu berpusat pada kebosanan. Anak berespon dengan depresi, bermusuhan, atau frustrasi (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009).

3. Takut akan cedera tubuh dan nyeri

Tindakan perawatan dan tindakan lainnya yang menimbulkan perlukaan dan nyeri menimbulkan reaksi pada anak. Reaksi terhadap perlukaan atau rasa nyeri akan ditunjukkan dengan ekspresi, baik secara verbal maupun non verbal karena sudah mampu mengkomunikasikannya. Anak usia sekolah sudah mampu mengontrol perilakunya jika merasa nyeri, yaitu menggigit bibir dan atau menggigit dan memegang sesuatu dengan erat (Supartini, 2004).

Anak usia sekolah di atas 9-10 tahun anak menunjukkan ketakutan yang lebih sedikit atau resistensi yang lebih terbuka terhadap nyeri dibandingkan anak-anak yang lebih kecil (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Hal ini karena mereka secara umum telah mempelajari metode koping untuk menghadapi rasa tidak nyaman, seperti berpegangan dengan erat, mengepalkan tangan atau mengatupkan gigi, atau mencoba bertindak berani dengan meringis. Tanda-tanda resistensi yang terbuka seperti menggigit, menendang, mencoba melarikan diri, menangis, atau tawar-menawar, mereka akan menyangkal reaksi tersebut kemudian, dihadapan teman-teman sebaya karena takut malu.

Anak usia sekolah mengkomunikasikan secara verbal nyeri yang dirasakan terhadap letak, intensitas, dan deskripsinya. Anak usia 8 tahun atau lebih menggunakan berbagai kata dan frase seperti “menyakitkan”, “luka”, “terbakar”, “tersengat”, dan “seperti pisau tajam” (Tesler dkk, 1991 dalam Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009).

2.2.3 Dampak Hospitalisasi pada Anak Usia Sekolah

1. Faktor risiko individual

Faktor risiko membuat anak-anak tertentu lebih rentan terhadap stres hospitalisasi ditunjukkan dengan perilaku pasca hospitalisasi (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009) yaitu: 1) anak kecil, beberapa anak mulai menjauh dari orang tua dapat berlangsung dari beberapa menit (paling banyak) sampai beberapa hari, sering dilanjutkan dengan perilaku ketergantungan seperti: kecenderungan untuk berpegang erat dengan orang tua, menuntut perhatian orang tua, sangat menentang perpisahan. Perilaku negatif lainnya: ketakutan baru, tidak mau pergi tidur, terbangun di malam hari, menarik diri dan pemalu, hiperaktivitas, temper tantrum, rewel terhadap makanan, dekat dengan selimut atau mainan, regresi keterampilan yang

baru saja dipelajari (misal: *toileting* sendiri), dan 2) anak yang lebih tua, perilaku negatif antara lain: dingin secara emosional, dilanjutkan dengan ketergantungan pada orang tua yang intens dan menuntut, marah pada orang tua, dan cemburu dengan orang lain (misalnya: sibling).

Gangguan emosional jangka panjang terjadi dapat berkaitan dengan lama dan jumlah masuk rumah sakit (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Oleh karena itu hospitalisasi yang berulang dikaitkan dengan gangguan dimasa yang akan datang. Akan tetapi jika kunjungan keluarga yang sering dapat mengurangi efek tersebut.

Faktor-faktor yang membuat anak lebih rentan terhadap dampak emosional dari hospitalisasi dan menyebabkan kebutuhan anak menjadi berbeda secara signifikan yaitu pengalaman sebelumnya dan pengenalan terhadap peristiwa-peristiwa medis, lama dan jumlah masuk rumah sakit (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Oleh karena itu, pengalaman sebelumnya dapat dengan mudah menggantikan ketakutan terhadap sesuatu yang tidak diketahui dan sudah diketahui.

2. Keuntungan hospitalisasi

Hospitalisasi tidak hanya menimbulkan stres bagi anak-anak, tetapi hospitalisasi juga dapat memberi manfaat. Manfaat dari hospitalisasi (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009) yaitu: anak pulih dari sakit, hospitalisasi memberikan kesempatan pada anak untuk mengatasi stres dan merasa kompeten dalam kemampuan coping mereka, lingkungan rumah sakit dapat memberikan pengalaman sosialisasi yang baru bagi anak untuk memperluas hubungan interpersonal anak. Peneliti berpendapat, bahwa dampak hospitalisasi akan positif jika selama hospitalisasi anak mendapat perawatan untuk mengatasi stres hospitalisasi, dan jika perawatan yang diperoleh tidak menurunkan stres anak maka dampak hospitalisasi akan berlanjut kearah ketakutan anak jika mengalami pengalaman hospitalisasi lagi.

2.2.4 Penanganan Stres Hospitalisasi pada Anak Usia Sekolah

Upaya penanganan stres hospitalisasi pada anak dapat dilakukan dengan cara mencegah atau mengurangi dampak perpisahan, mencegah perasaan kehilangan kendali, dan mengurangi atau meminimalkan rasa takut terhadap perlukaan tubuh dan rasa nyeri (Supartini, 2004). Upaya ini diharapkan dapat meminimalkan reaksi anak terhadap stres hospitalisasi.

Upaya mencegah atau meminimalkan dampak perpisahan dapat dilakukan dengan cara: 1) orang tua dilibatkan untuk berperan aktif dalam perawatan anaknya, dengan melakukan *rooming in* selama 24 jam, 2) orang tua diberi kesempatan untuk melihat anaknya setiap saat jika *rooming in* tidak memungkinkan, 3) ruang perawatan dimodifikasi dengan membuat ruangan seperti suasana di rumah yaitu dengan membuat dekorasi ruangan bernuansa anak, 4) anak diberi kesempatan tetap mempertahankan kontak dengan kegiatan sekolah yaitu memfasilitasi anak bertemu guru, teman sebaya/teman sekolah, membantu anak melakukan surat menyurat atau kontak dengan siapa saja yang anak inginkan, memfasilitasi ruang belajar dan buku-buku pelajaran buat anak (perpustakaan) (Supartini, 2004).

Upaya mencegah perasaan kehilangan kendali dapat dilakukan dengan cara: 1) anak tidak dibatasi pergerakan fisik jika anak kooperatif terhadap petugas kesehatan. Apabila anak dengan penyakit yang harus diisolasi, modifikasi lingkungan sehingga isolasi tidak terlalu dirasakan anak yaitu pertahankan kontak mata antara orang tua dan anak terutama pada bayi dan *toddler* untuk mengurangi stres, 2) buat jadwal kegiatan untuk prosedur terapi, latihan, bermain dan aktivitas lain dalam perawatan untuk memberi kesempatan pada anak menghadapi perubahan kebiasaan atau kegiatan sehari-hari, 3) intervensi keperawatan difokuskan pada upaya untuk mengurangi ketergantungan dengan cara memberi kesempatan pada anak mengambil keputusan, dan melibatkan orang tua dalam perencanaan asuhan keperawatan (Supartini, 2004).

Supartini (2004) menyatakan bahwa upaya untuk meminimalkan rasa takut terhadap cedera tubuh dan rasa nyeri dapat dilakukan dengan cara: 1)

psikologis anak dan orang tua dipersiapkan untuk tindakan prosedur yang menimbulkan rasa nyeri yaitu menjelaskan apa yang akan dilakukan, 2) lakukan permainan terlebih dahulu sebelum melakukan persiapan fisik anak, misalnya dengan cara bercerita, menggambar, menonton video kaset dengan cerita yang berkaitan dengan tindakan atau prosedur yang akan dilakukan, 3) orang tua dipertimbangkan untuk mendampingi anak saat dilakukan prosedur yang menimbulkan nyeri. Jika orang tua tidak dapat menahan dan menangis karena melihat anaknya dilakukan suatu tindakan yang menimbulkan nyeri, tawarkan pada anak dan orang tua untuk mempercayakan pada perawat untuk mendampingi anak, 4) tunjukkan sikap empati, 5) lakukan persiapan perawatan pasca operasi, persiapan khusus dilakukan beberapa hari sebelum dilakukan tindakan pembedahan elektif apabila memungkinkan, yaitu dengan mengorientasikan anak dengan kamar operasi, tindakan yang akan dilakukan, dan petugas yang akan menangani anak dengan menggunakan cerita, gambar, atau menonton film video. Sebelum dilakukan tindakan ini, perlu pengkajian yang akurat tentang kemampuan psikologis anak dan orang tua untuk menerima informasi ini dengan terbuka. Lakukan latihan relaksasi pada fase sebelum operasi.

2.3 Konsep Bimbingan Imajinasi Rekaman Audio

2.3.1 Pengertian Imajinasi dan Bimbingan Imajinasi

Imajinasi adalah pembentukan representasi mental dari suatu objek, tempat, peristiwa, atau situasi yang dirasakan melalui indra (Snyder & Lindquist, 2006). Imajinasi menurut Runes (1988) dalam Sugiharto (2007) adalah sebuah proses mental yang terdiri dari: 1) kebangkitan kembali pengertian *images* (citraan) yang berasal dari persepsi-persepsi awal disebut imajinasi reproduktif, 2) kombinasi dari imajinasi-imajinasi elementer dalam kesatuan baru yang disebut imajinasi produktif atau imajinasi kreatif, dimana imajinasi kreatif terdiri dari: (a) khayalan atau fantasi yang relatif spontan dan tidak terkontrol, dan (b) imajinasi konstruktif yang ditunjukkan dalam sains, penemuan, dan filsafat yang dikontrol oleh rencana dan tujuan dominan. Peneliti berkesimpulan bahwa imajinasi adalah daya khayal yang

menggunakan persepsi-persepsi individu yang dapat terjadi secara spontan atau melalui kontrol individu tersebut yang dirasakan melalui indra.

Bimbingan imajinasi adalah teknik untuk mengarahkan individu untuk fokus dan berkhayal atau berimajinasi (Naparstek, 2000). Tielle (2011) menyatakan bimbingan imajinasi adalah teknik yang dapat digunakan di rumah dan dapat membantu untuk bersantai serta menyingkirkan beban pikiran atau stres yang sedang dialami. Pengertian lain menurut Jrank (2011) bimbingan imajinasi adalah teknik perilaku kognitif dimana seseorang dipandu untuk membayangkan kondisi yang rileks/santai atau tentang pengalaman yang menyenangkan. Peneliti menyimpulkan bahwa, bimbingan imajinasi adalah teknik yang digunakan untuk mengarahkan individu untuk fokus, berkonsentrasi, sambil membayangkan hal-hal, pengalaman, atau tempat yang menyenangkan sehingga individu merasakan ketenangan, rileks, dan nyaman.

4.3.2 Manfaat Bimbingan Imajinasi

Bimbingan imajinasi telah menjadi terapi standar untuk mengurangi kecemasan, dan memberikan relaksasi pada orang dewasa atau anak-anak, dapat juga untuk mengurangi nyeri kronis, tindakan prosedural yang menimbulkan nyeri, susah tidur, mencegah reaksi alergi, dan menurunkan tekanan darah (Snyder & Lindquist, 2006). Jrank (2011) menyatakan bimbingan imajinasi telah terbukti efektif dalam membantu individu belajar atau memodifikasi perilaku seperti: 1) belajar untuk bersantai/rileks, 2) mengubah atau mengendalikan emosi negatif karena suatu situasi tertentu (misal: kehilangan pekerjaan, 3) mempersiapkan diri bagi anak-anak menghadapi masa depan (seperti: ketika dewasa akan meninggalkan rumah), 4) menghilangkan atau merubah perilaku yang tidak diinginkan (seperti: merokok, obesitas), 5) meningkatkan manajemen nyeri secara efektif, 6) menghadapi situasi yang sulit, 7) perilaku pembelajaran yang diinginkan dan baru, 8) menjadi lebih termotivasi dalam menghadapi suatu masalah, 9) mengatasi atau menghilangkan marah, 10) mengolah situasi stres dan kecemasan.

Bimbingan imajinasi sangat aman dan efektif, semua orang dari anak-anak sampai usia lanjut dapat menggunakan dan memperoleh manfaat dalam menghilangkan stres untuk mendapatkan kesehatan mental, fisik, dan emosional yang optimal (Tielle, 2010). Oleh karena itu, peneliti berpendapat bimbingan imajinasi dapat memberikan manfaat bagi anak sehat maupun anak sakit, atau individu yang mempunyai keinginan/cita-cita atau masalah.

Bimbingan imajinasi juga memberikan kontribusi terhadap pencapaian keterampilan dan mengatasi kecemasan dalam situasi kehidupan normal yang mencakup belajar atau meningkatkan keterampilan motorik, saat akan mengikuti ujian, atau berbicara di depan orang banyak/masyarakat, selain itu, bimbingan imajinasi dengan visualisasi telah dimodifikasi dengan teknik perilaku lainnya dan diterapkan pada bidang bisnis, industri, dalam lingkungan keluarga untuk membesarkan anak, pendidikan, perilaku kedokteran, dan olah raga (Jrank, 2011).

Teknik imajinasi telah digabungkan dengan berbagai prosedur perilaku dan kognitif, serta metode pengobatan dengan pendekatan psikoterapi, modifikasi perilaku, terapi pengolahan kognitif, terapi emosi rasional, terapi multimodal, dan hipnoterapi (Jrank, 2011). Kombinasi metode teknik imajinasi ini bertujuan untuk penggunaan secara umum pada: 1) mempersiapkan individu untuk menghadapi hal-hal yang ditakuti dimasa depan, 2) sebagai metode yang menyenangkan untuk pelatihan relaksasi, 3) menggunakan gambar yang tidak menyenangkan untuk membantu menghilangkan atau mengurangi perilaku yang tidak diinginkan, 4) menggunakan imajinasi untuk menggali perasaan yang tidak menyenangkan, 5) menggunakan gambar sebagai media untuk mencapai tujuan atau mengelola situasi, 6) melebih-lebihkan situasi yang ditakuti dan menggunakan imajinasi untuk mengatasinya (Jrank, 2011).

Teknik imajinasi dapat membangkitkan pikiran atau ide yang melibatkan kognitif individu, dimana individu dapat membayangkan tujuan yang berorientasi pada hasil yaitu mencapai kondisi baik atau sehat, dan atau individu membayangkan tujuan yang berorientasi pada proses yaitu

membayangkan mekanisme efek yang diinginkan seperti membayangkan sistem kekebalan tubuh sangat kuat melawan infeksi virus dll. (Snyder & Lindquist, 2006). College (2010) menyatakan bahwa menggabungkan musik dengan bimbingan imajinasi dapat mengurangi kelelahan, gangguan perasaan, dan menurunkan kandungan kortisol dalam darah (*hormone stress*).

Bimbingan imajinasi pada individu membuat individu membayangkan melihat sesuatu, mendengar, mencium, mengecap, dan atau menyentuh sesuatu (Snyder & Lindquist, 2006). Jrank (2011) menyatakan banyak pengalaman klinis menunjukkan bahwa seorang individu memvisualisasikan hal-hal yang dibayangkan seolah-olah itu benar-benar terjadi. Oleh karena itu, diberikan gambar sesuatu dapat memberikan efek yang mendalam terhadap perilaku.

Dasar pemikiran ilmiah tentang imajinasi adalah pemikiran untuk memodifikasi penyakit dan mengurangi gejala dengan menurunkan respon stres, yang dimediasi oleh interaksi *psychoneuroimmune* (Snyder & Lindquist, 2006). Hormon stres dipicu ketika situasi atau peristiwa (nyata atau tidak) mengancam fisik atau kesejahteraan emosional atau tuntutan dari sebuah situasi melebihi kemampuan seseorang, sehingga dengan imajinasi diharapkan dapat merubah situasi stres dari respon negatif yaitu ketakutan dan kecemasan ke gambar positif yaitu penyembuhan dan kesejahteraan (Dossey, 1995 dalam Snyder & Lindquist, 2006). Hal ini digunakan untuk meningkatkan kesadaran emosional dan merestrukturisasi arti dari sebuah situasi yaitu tanggapan emosional terhadap situasi memicu sistem limbik dan perubahan sinyal fisiologis di perifer dan otonom sistem saraf yang mengakibatkan melawan stres atau menghilangkan karakteristik respon dengan menggunakan otak kanan yang menyimpan memori (Epstein, 2004 dalam Snyder & Lindquist, 2006).

4.3.3 Teknik Bimbingan Imajinasi Rekaman Audio

Teknik imajinasi dapat dilakukan secara langsung (aktif) atau secara tidak langsung (pasif). Secara langsung (aktif) yaitu dilakukan oleh individu, dan

secara tidak langsung (pasif) yaitu dilakukan oleh pemandu/terapis/pelatih/guru, atau alat bantu/media video/rekaman audio (Snyder & Lindquist, 2006). Rekaman audio dapat menggunakan DVD, earphone, dan lain-lain.

Rekaman audio berisi panduan relaksasi, atau membayangkan hal-hal yang menyenangkan bagi individu. Selain itu, bimbingan imajinasi dimodifikasi antara panduan oleh pemandu dan mendengarkan rekaman audio tentang musik relaksasi, atau suara-suara burung/air. Bimbingan imajinasi pada anak-anak dapat menggunakan dan memilih gambar aktif yang melibatkan gerak seperti terbang atau berolah raga, anak diarahkan pada bimbingan imajinasi dengan menggunakan saran-saran yang positif, gambar tidak harus hidup atau anatomis. Bimbingan imajinasi dapat juga kombinasi gambar dan rekaman audio (Snyder & Lindquist, 2006).

Seorang terapis harus memiliki pemahaman yang memadai tentang situasi klien/individu dan masalah diagnosis klien/individu (Jrank, 2011). Pelaksanaan bimbingan imajinasi yang paling efektif adalah bagaimana kepribadian individu, bagaimana mereka relaksasi dan pengaturan khusus (misal: tempat/lingkungan), usia perkembangan, dan hasil yang akan dicapai (Snyder & Lindquist, 2006).

Pelaksanaan bimbingan imajinasi harus diawali dengan penilaian masalah individu, baik pada awal atau disepanjang proses. Penilaian awal tentang individu mencakup: sejarah perkembangan (keluarga, pendidikan, pekerjaan, dan hubungan sosial), pengalaman traumatik dimasa lalu, perawatan medis dan psikiatri, dan tujuan klien/individu (Jrank, 2011). Peneliti berkesimpulan bahwa dengan penilaian awal, terapis dapat mengetahui masalah yang dialami individu, serta tujuan yang akan dicapai individu, dengan demikian dapat memberikan inspirasi pada terapis untuk mengarahkan individu saat bimbingan imajinasi dilakukan.

Waktu yang digunakan untuk pelaksanaan bimbingan imajinasi pada orang dewasa dan remaja biasanya 10 sampai 30 menit, sementara kebanyakan anak-anak mentolerasi waktunya hanya 10 sampai 15 menit (Snyder & Lindquist, 2006). Pelaksanaan bimbingan imajinasi pada anak-anak dimulai dengan latihan relaksasi atau latihan fokus pada satu situasi atau peristiwa, fokus yang digunakan dan sangat efektif yaitu pernapasan lambat dan dalam dengan memfasilitasi relaksasi napas yang bergerak lebih rendah ke dalam dada dan diafragma dan otot perut. Teknik lainnya termasuk relaksasi otot progresif atau berfokus pada kata atau objek (Snyder & Lindquist, 2006).

Relaksasi membuat pikiran lebih terbuka dengan informasi baru yang diberikan (Benson, 1993, dalam Snyder & Lindquist, 2006). Setelah anak dalam keadaan santai atau rileks, terapis menunjukkan gambar tentang tempat rekreasi, yang damai, dan menghibur, atau memperkenalkan gambar yang telah disepakati bersama anak, anak kemudian mendengarkan rekaman audio sebagai alat bantu, dan anak-anak lebih suka tidak menutup mata kemudian anak membayangkan tempat atau hal-hal yang mereka inginkan, lalu diarahkan anak seolah-olah merasakan hal yang mereka bayangkan adalah nyata, selama bimbingan imajinasi sebagian besar anak bergerak secara fisik dan setelah itu anak melaporkan berada ditempat yang mereka inginkan dengan merasakan, melihat, mendengar, atau mencium sesuatu (Snyder & Lindquist, 2006).

Cara melakukan bimbingan imajinasi menurut Elizabeth (2006) yaitu: 1) atur posisi yang nyaman, 2) tutup mata, dan lakukan pernapasan dalam serta perhatian difokuskan pada pernapasan yang masuk dan keluar, 3) setelah tubuh dirasakan rileks, mulailah bayangkan hal-hal yang menyenangkan atau berada disuatu tempat yang menyenangkan, 4) libatkan seluruh indra, dengan seolah-olah mendengar, mencium, meraba, melihat, atau merasakan sesuatu yang indah dan menyenangkan, bayangkan seolah-olah hal yang dibayang adalah nyata, 5) biarkan diri anda disituasi itu untuk beberapa saat, nikmati, dan jauhkan diri anda dari situasi stres atau masalah yang dirasakan. 6) bila anda sudah merasa rileks, dan telah siap kembali ke kondisi awal/nyata, atur

napas dan bayangkan tubuh anda semakin segar, hitung mundur dari sepuluh atau dua puluh, katakan dalam hati sambil bernapas dalam dan ketika hitungan mencapai satu, tubuh anda menjadi segar, tenang, dan buka mata kembali.

Teknik bimbingan imajinasi secara umum yaitu: 1) membuat individu/seseorang dalam keadaan santai yaitu dengan: a) mengatur posisi yang nyaman (duduk atau berbaring), b) silangkan kaki, c) tutup mata atau fokus pada suatu titik atau suatu benda di dalam ruangan, d) fokus pada pernapasan otot perut, lalu oleh individu tersebut menyebutkan atau mengatakan pada diri sendiri kata-kata “dalam” dan perhatikan nafas bergerak dan keluar, nafas berikutnya biarkan sedikit lebih dalam dan lama dan tetap fokus pada pernapasan, dan tetap pikirkan bahwa tubuh anda semakin santai danb lebih santai, e) rasakan tubuh anda menjadi lebih berat dan hangat dari ujung kepala sampai ujung kaki, f) jika pikiran tidak fokus, bawa kembali pikiran anda kepernapasan dan tubuh anda semakin santai, 2) saran khusus untuk imajinasi yaitu: a) pikirkan bahwa anda pergi ke suatu tempat yang menyenangkan dan anda merasa senang ditempat tersebut, b) sebutkan apa yang anda lihat, dengar, cium dan apa yang anda rasakan, c) ambil napas panjang beberapa kali dan nikmati anda berada ditempat tersebut, d) sekarang, bayangkan diri anda seperti yang anda inginkan (uraikan sesuai tujuan yang akan dicapai/diinginkan) e) bayangkan apa yang harus dilakukan untuk menjadi seperti yang diinginkan, f) praktekan langkah-langkah tersebut, ditempat ini dimana anda merasa nyaman atau lebih baik, g) apa hal pertama yang dilakukan untuk membantu menjadi seperti yang anda inginkan, h) apa yang anda lakukan selanjutnya, i) ketika anda mencapai tujuan yang diinginkan, rasakan diri anda dengan menyentuh diri sendiri, memeluk diri sendiri, dan mendengarkan ada suara-suara disekitar anda, 3) beri kesimpulan dan perkuat hasil praktek yaitu: a) ingat bahwa anda dapat kembali ketempat ini, perasaan ini, cara ini kapan saja anda menginginkan, b) anda bisa seperti ini lagi dengan berfokus pada pernapasan anda, santai, dan membayangkan diri anda berada pada tempat yang anda senangi, c) kembalilah ke tempat ini dengan cara yang anda

inginkan setiap hari, 4) kembali ke keadaan semula yaitu: a) bila anda telah siap, anda dapat kembali ke ruang kita masuk, b) anda merasa segar dan siap untuk melanjutkan kegiatan anda, c) anda dapat membuka mata anda dan menceritakan pengalaman anda ketika anda telah siap (Snyder & Lindquist, 2006).

2.4 Penelitian Terkait Pemberian Bimbingan Imajinasi Rekaman Audio

Sebuah penelitian (pilot study) yang dilakukan oleh Tilburg. et al., (2009) yang dilakukan pada anak usia sekolah yang mengalami nyeri perut kronis, tindakan yang diberikan yaitu terapi medis dan bimbingan imajinasi rekaman audio selama 6 bulan dan dilakukan di rumah anak. Setelah 6 bulan, anak usia sekolah yang mengalami nyeri perut kronis pada kelompok intervensi diperoleh manfaat yaitu nyeri perut berkurang dibandingkan dengan anak pada kelompok kontrol yang hanya mendapatkan terapi medis. Hasilnya adalah anak yang mendapatkan latihan bimbingan imajinasi mengalami penurunan nyeri perut sebesar 63,1 % sedangkan anak yang hanya menerima terapi medis saja mengalami penurunan nyeri perut sebesar 26,7 %. Penelitian yang dilakukan oleh Broome, Rehwaldt, & Fogg (1998) pada 28 anak penderita kanker yang menjalani prosedur pungsi lumbal dan mengalami nyeri, setelah dilakukan bimbingan imajinasi ternyata hasilnya efektif memberikan relaksasi dan mengurangi nyeri yang dirasakan oleh anak-anak tersebut. Penelitian yang dilakukan oleh Lambert (1996) pada 26 anak yang menjalani prosedur pembedahan elektif, pemberian bimbingan imajinasi pada pre operasi mengurangi skor nyeri paska operasi dan lama hari rawat, dibandingkan dengan hanya memberikan pendidikan pra operasi standar meskipun sama dosis obat anti nyeri yang diberikan.

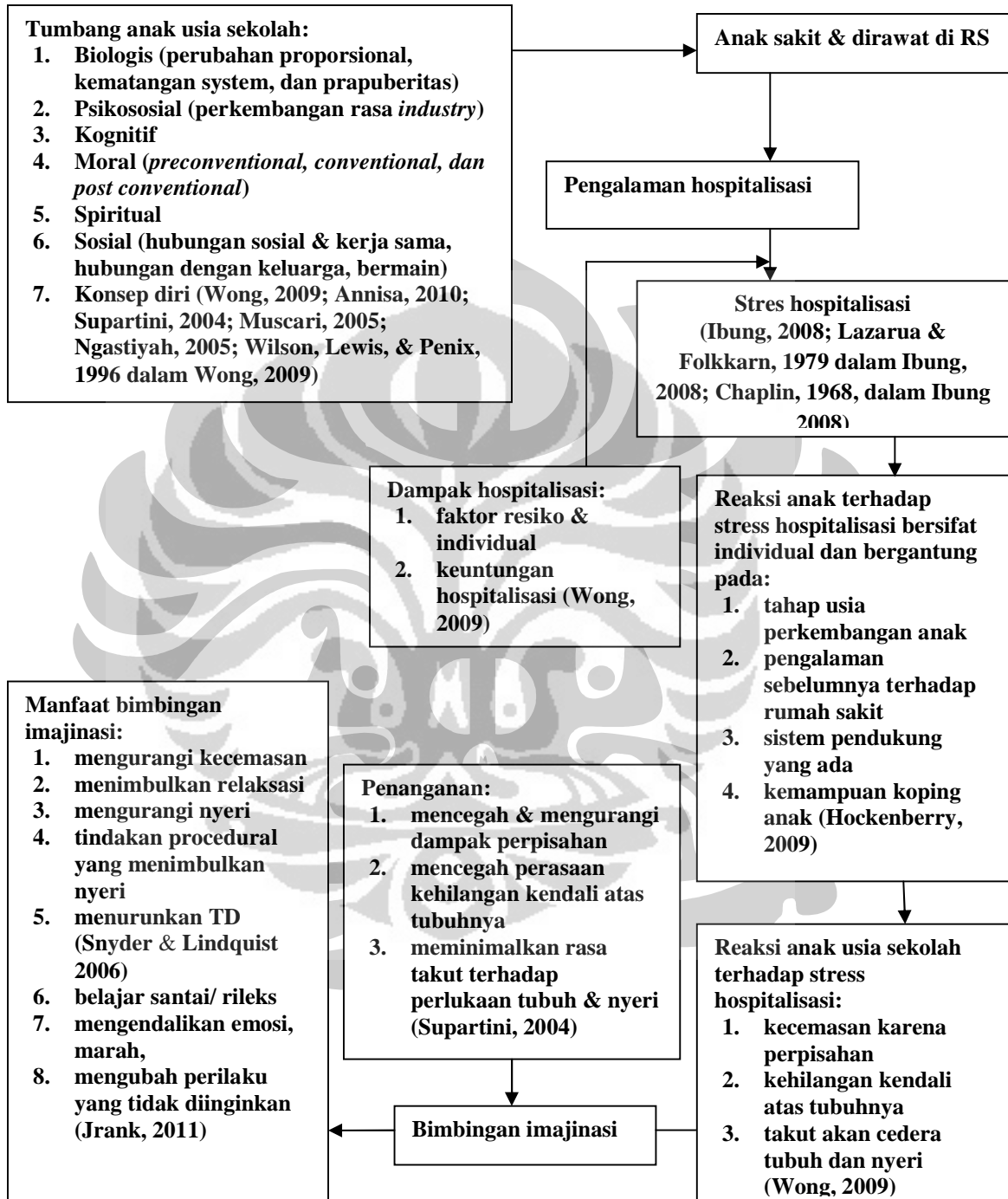
Penelitian lain yang mendukung yaitu penelitian yang dilakukan oleh Huth, Daraiseh, Henson, dan McLeod (2009) pada 16 anak usia 7-12 tahun yang menjalani operasi dengan rerata usia 9,7 tahun. Hasil yang diperoleh yaitu skor nyeri sebelum dilakukan bimbingan imajinasi (4,31) dan setelah bimbingan imajinasi skor mengalami penurunan menjadi 2,75 ($p \text{ value} = 0,00033$). Penelitian selanjutnya oleh Huth, Broome, dan Good (2004) pada 36 anak untuk kelompok intervensi (usia 7-12 tahun) dengan penyakit amandel dan akan menjalani operasi, Anak mendengarkan rekaman bimbingan imajinasi 1 minggu sebelum operasi dan

setelah operasi. Hasil penelitian yang ditemukan bahwa secara signifikan rasa nyeri pasca operasi berkurang dan menurunkan kecemasan. Penelitian lain yang terkait yang dilakukan oleh Huth, Daraiseh, Henson, dan McLeod (2009) pada 17 anak usia 7-12 tahun, bahwa 8 anak (50%) menyatakan menyukai segalanya dalam panduan bimbingan imajinasi dengan CD dan membayangkan hal yang membuat nyaman, 3 anak tidak menyukai CD dan tidak membayangkan hal yang menyenangkan, 6 anak memberikan komentar dari bagian CD yang yang tidak disukai.



2.5 Kerangka Teori

Kerangka teori disusun berdasarkan tinjauan teori di atas, maka kerangka teori penelitian ini dapat dilihat pada skema 2.1 di bawah ini:



Skema 2.1

Kerangka Konsep Penelitian

BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini menguraikan tentang kerangka konsep penelitian, hipotesis penelitian dan definisi operasional dari variabel-variabel dalam penelitian.

3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Konsep penelitian merupakan kerangka acuan peneliti didalam mendesain instrumen penelitian (Bungin, 2005). Kerangka konsep penelitian merupakan landasan berfikir untuk melakukan penelitian dan dikembangkan berdasarkan tinjauan pustaka.

Variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat, dan ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh suatu penelitian tentang suatu konsep pengertian tertentu (Notoatmojo, 2010). Variabel adalah fenomena yang bervariasi dalam bentuk, kualitas, kuantitas, mutu standar, dan sebagainya (Bungin, 2005). Variabel dalam penelitian ini terdiri atas variabel independen, variabel dependen, dan variabel perancu (*confounding*).

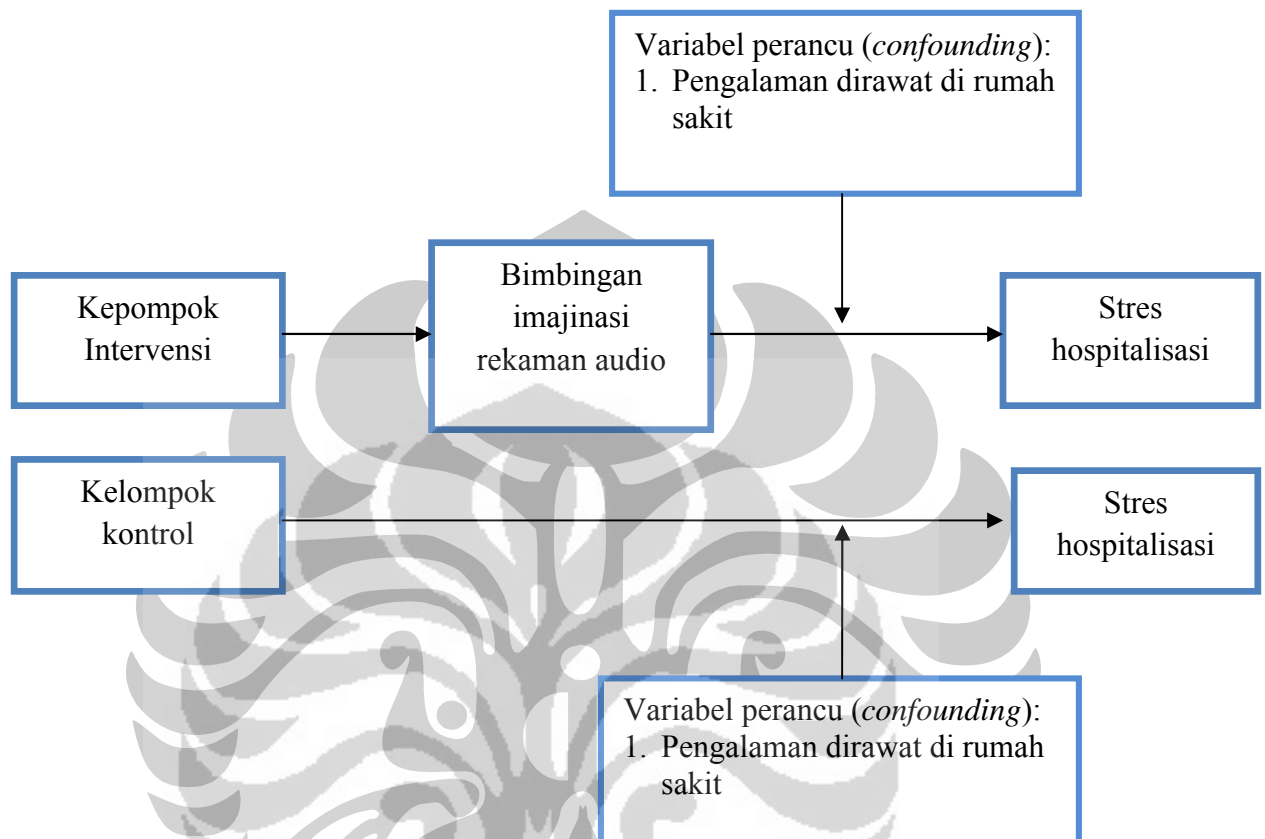
Variabel independen adalah variabel bebas, sebab, risiko, atau mempengaruhi (Notoatmodjo, 2010). Variabel independen dalam penelitian ini yaitu: bimbingan imajinasi rekaman audio.

Variabel terikat atau dependen adalah terikat, akibat, atau terpengaruh karena dipengaruhi oleh variabel bebas atau independen (Notoatmodjo, 2010). Variabel terikat atau dependen dalam penelitian ini yaitu: stres hospitalisasi.

Variabel perancu (*confounding*) adalah variabel yang mengganggu hubungan antara variabel independen dan dependen, dimana variabel perancu dapat terjadi dengan dua cara yaitu: membuat suatu perbedaan yang nyata antara kelompok-kelompok, meskipun perbedaan tersebut sebenarnya tidak ada, atau menyembunyikan suatu perbedaan yang sebenarnya ada (Notoatmodjo, 2010). Variabel perancu (*confounding*) dalam penelitian ini yaitu: pengalaman dirawat.

Kerangka konsep dalam penelitian ini dapat dilihat di bawah ini:

Skema 3.2 Kerangka Konsep Penelitian



3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara penelitian, patokan gugat, atau detail sementara, yang sebenarnya akan dibuktikan dalam penelitian ini (Notoatmodjo, 2010). Menurut Labiondo, dan Haber (1994, dalam Nursalam, 2008) hipotesis adalah suatu pernyataan asumsi tentang hubungan antara dua atau lebih variabel yang diharapkan bisa menjawab satu pertanyaan dalam penelitian.

Ciri-ciri hipotesis menurut Notoatmodjo (2010) antara lain: 1) hipotesis hanya dinyatakan dalam bentuk pernyataan (*statement*), bukan dalam bentuk kalimat tanya, 2) hipotesis harus tumbuh dari ilmu pengetahuan yang diteliti, 3) hipotesis harus dapat diuji, 4) hipotesis harus sederhana dan terbatas artinya hipotesis tidak akan menimbulkan perbedaan-perbedaan, pengertian, serta tidak terlalu luas sifatnya. Menurut Ndraha, (1983, dalam Nursalam, 2008) syarat hipotesis adalah: 1) *relevance* artinya hipotesis harus relevan dengan fakta yang akan diteliti, 2)

testability artinya hipotesis memungkinkan untuk dilakukan observasi atau dapat diukur, 3) *compatibility* artinya hipotesis baru harus konsisten dengan hipotesis di lapangan yang sama dan telah teruji kebenarannya, sehingga suatu hipotesis akan membentuk suatu sistem, 4) *predictive* artinya hipotesis yang baik mengandung daya ramal tentang apa yang akan terjadi atau apa yang akan ditemukan, 5) *simplicity* artinya harus dinyatakan secara sederhana, mudah dipahami, dan mudah dicapai.

Hipotesis dalam penelitian ini yaitu:

1. Ada perbedaan skor stres sebelum dan sesudah diberi perlakuan pada kelompok intervensi
2. Ada perbedaan skor stres sesudah diberi perlakuan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol
3. Ada kontribusi variabel *confounding* terhadap pengaruh bimbingan imajinasi rekaman audio pada tingkat stres

3.3 Definisi Operasional Penelitian

Tabel 3.1 Variabel, Definisi Operasional, Cara ukur, Hasil Ukur Dan Skala Pengukuran

No	Variabel penelitian	Definisi operasional	Alat ukur dan cara ukur	Hasil ukur	Skala ukur
1.	Dependen				
	Stres hospitalisasi	Perasaan tidak nyaman yang dirasakan ketidakmampuan dan ketidakberdayaan melakukan aktivitas rutinitas, dan takut ketika dilakukan	Kuesioner sebanyak 22 item pertanyaan yang terdiri atas: 1) pertanyaan tentang kecemasan anak usia sekolah karena perpisahan sebanyak 8item,	Hasil ukur menggunakan skor stres yang ditentukan oleh peneliti (rentang skor 22-88).	Interval

No	Variabel penelitian	Definisi operasional	Alat ukur dan cara ukur	Hasil ukur	Skala ukur
		tindakan perawatan atau medis yang dirasakan anak usia sekolah saat sakit, dirawat di rumah sakit, dan ketika jauh dari orang tua, atau keluarga	2) pertanyaan tentang respon kehilangan kendali anak usia sekolah terhadap tubuhnya sebanyak 7 item, dan 3) pertanyaan tentang perilaku takut akan cedera dan nyeri sebanyak 7 item.		
2.	Independen				
	Bimbingan Imajinasi rekaman audio	Tindakan intervensi dengan mendengarkan musik atau desiran ombak atau suara burung pada anak dan anak dibimbing untuk berimajinasi tentang tempat atau hal-hal yang menyenangkan buat anak dengan menggunakan media gambar sesuai yang anak inginkan	MP4, gambar dan responden mendengarkan rekaman audio, dan responden dibimbing berimajinasi ketika melihat gambar selama 15 menit setiap kali melakukan intervensi, 3 kali sehari, dan selama 2 hari.	Kalender kegiatan dengan memberikan tanda menggunakan stiker, hari, jam, dan tanggal jika telah melakukan intervensi.	Nominal
3.	Perancu				
	Pengalaman dirawat	Pengalaman anak usia sekolah yang sakit dan dirawat di rumah sakit	Kuesioner tentang pengalaman dirawat di rumah sakit	0 = Tidak pernah 1 = 1 kali 2 = 2 kali 3 = ≥ 3 kali	Ordinal

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang metodologi penelitian terdiri atas: desain penelitian, populasi dan sampel penelitian, tempat penelitian dan waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpul data, validitas dan reliabilitas instrumen, prosedur pengumpulan data, dan pengolahan data.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah suatu wahana untuk mencapai tujuan penelitian, yang juga berperan sebagai rambu-rambu yang akan menuntun peneliti dalam seluruh proses penelitian (Sastroasmoro, & Ismael, 1995). Desain penelitian dalam penelitian ini adalah *quasi-eksperimental* dengan *pre test and post test design with control group*, dimana desain ini melakukan tindakan pada dua atau lebih kelompok yang akan diobservasi sebelum dan sesudah dilakukan tindakan (Polit & Hungler, 2001). Menurut Sugiyono (2007) desain kuasi eksperimen adalah desain penelitian dengan menggunakan kelompok kontrol tetapi tidak sepenuhnya untuk mengontrol variabel-variabel luar yang mempengaruhi penelitian. Sastroasmoro dan Ismael (1995) menyatakan pada penelitian kuasi eksperimen peneliti melakukan manipulasi terhadap satu atau lebih variabel penelitian dan kemudian mempelajari efek perlakuan tersebut.

Nursalam (2008) menyatakan dalam rancangan ini kelompok intervensi/eksperimental diberi perlakuan sedangkan kelompok kontrol tidak diberi perlakuan, pada kedua kelompok tersebut diawali dengan pre-tes, dan setelah pemberian perlakuan diakhiri dengan pengukuran kembali atau *post-tes*. Kelompok A disebut kelompok intervensi yang memperoleh perlakuan metode bimbingan imajinasi rekaman audio, sedangkan kelompok B disebut sebagai kelompok kontrol tidak mendapatkan perlakuan metode bimbingan imajinasi rekaman audio.

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh anak usia sekolah usia 7-12 tahun yang dirawat di ruang rawat anak BRSU Anutapura Palu, RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu. Data dari Profil RSUD Undata Palu (2010) anak usia sekolah usia 8-12 tahun yang dirawat bulan Mei s.d. Oktober tahun 2010 yaitu 278 orang.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2010). Menurut Arikunto (2002) sampel adalah sebagian atau wakil dari populasi yang diteliti.

4.2.2.1 Kriteria Sampel

4.2.2.1.1 Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2008). Sampel yang termasuk dalam kriteria inklusi adalah anak usia sekolah (7-12 tahun) yang dirawat di rumah sakit pada hari pertama, orang tua/keluarga bersedia anaknya menjadi responden dan menandatangani surat persetujuan serta bersedia dilakukan tindakan pada anaknya. Pada rencana awal usia anak yang dijadikan subjek yaitu 8-12 tahun, karena jumlah kunjungan usia 8-12 tahun kurang sehingga peneliti menjadikan usia 7 tahun sebagai subjek penelitian untuk mencukupi jumlah responden, setelah peneliti melakukan uji coba tindakan pada anak usia 7 tahun.

4.2.2.1.2 Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari penelitian

karena berbagai sebab seperti: terdapatnya keadaan atau penyakit yang mengganggu pengukuran maupun interpretasi hasil, hambatan etis, dan subjek menolak berpartisipasi (Nursalam, 2008). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini yaitu: pasien yang terpasang peralatan invasif (oksigen, dan alat bantu napas lainnya), pasien yang mengalami penurunan kesadaran, dan pasien yang tidak bersedia menjadi responden, anak yang tidak melakukan intervensi sesuai prosedur.

4.2.2.2 Besar sampel

Besar sampel dalam penelitian ini menggunakan derajat kemaknaan α 10% dan kekuatan uji 80%, maka rumus penelitian yang digunakan yaitu rumus Lemeshow (1997):

$$n = \frac{2\sigma^2[Z_{1-2\alpha} + Z_{1-\beta}]^2}{[\mu_1 - \mu_2]^2}$$

Keterangan:

N = jumlah sampel

σ = standar deviasi dari beda 2 rerata berpasangan dari penelitian terdahulu atau penelitian awal (*pooled variance*)

$Z_{1-2\alpha}$ = derajat kemaknaan

$Z_{1-\beta}$ = kekuatan uji

μ_1 = rerata pada kelompok intervensi

μ_2 = rerata pada kelompok kontrol

Rerata pada kelompok intervensi (μ_1) yaitu 18,7. Skor rerata kelompok kontrol peneliti tentukan berdasarkan pertimbangan menurut Sastoasmoro dan Ismael (1995; hal 189) perbedaan yang dianggap rasional antara μ_1 dan μ_2 yaitu 20%, 15%, dan 10% tetapi dapat diperbesar sampai 50%. Dalam penelitian ini peneliti menduga perbedaan rerata pada kelompok kontrol yaitu 45% dari

μ_1 . Dari hasil perhitungan diperoleh skor rerata pada kelompok kontrol yaitu 27,12.

Standar deviasi (σ^2) dari beda 2 rerata berpasangan dari penelitian terdahulu atau penelitian awal yaitu penelitian oleh Tilburg, et. al., (2009) belum diketahui, yang diketahui yaitu standar deviasi kelompok intervensi (S1) = 12,6 dengan n = 19, dan standar deviasi kelompok kontrol (S2) = 6,7 dengan n = 15. Dengan demikian penentuan sampel pada penelitian ini yaitu:

$$S^2P = \frac{(n_1-1) S_1^2 + (n_2-1) S_2^2}{(n_1-1) + (n_2-1)}$$

$$S^2P = \frac{(19-1) 12,6^2 + (15-1) 6,7^2}{(19-1) + (15-1)}$$

$$= \frac{18 (158,76) + 14 (44,89)}{32}$$

$$= \frac{3486,14}{32}$$

$$S^2P = 108,94$$

$$S = \sqrt{108,94}$$

$$\sigma = 10,44$$

Sampel yang dibutuhkan dari perhitungan di atas yaitu:

$$n = \frac{2 (10,44)^2 (1,64 + 0,84)^2}{(18,7-27,12)^2}$$

$$= \frac{2 (108,94) (6,15)}{(-8,415)^2}$$

$$= \frac{2 (108,94) (6,15)}{(70,812)}$$

$$= \frac{1340,05}{70,812}$$

$$n_1 = n_2 = 26$$

Hasil perhitungan di atas diperoleh besar sampel yaitu 26 orang. Total sampel dalam penelitian ini adalah 52 orang.

4.2.2.3 Tehnik pengambilan sampel

Tehnik pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan tehnik *consecutive sampling*. Tehnik *consecutive sampling* adalah pemilihan sampel dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah klien yang diperlukan terpenuhi (Satroasmoro & Ismael, 1995).

4.3 Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian ini dilakukan di ruang rawat anak RSUD Undata Palu dan RSD Madani Palu, tetapi jumlah anak usia 7-12 tahun yang menjadi target responden di RSUD Undata sangat kurang maka peneliti melakukan pengambilan data di BRSU Anutapura Palu sebagai RS tempat dilakukan uji kuesioner. Penelitian ini dilaksanakan pada 28 Maret s.d. 7 Juni 2011. Alasan peneliti memilih lokasi penelitian tersebut yaitu: 1) lokasi penelitian memudahkan peneliti dalam fasilitas, 2) mudah dijangkau oleh peneliti, 3) jumlah responden yang sesuai dengan kriteria inklusi sampel dapat terpenuhi, dan 4) belum ada penelitian tentang bimbingan imajinasi rekaman audio pada anak usia sekolah terhadap stres hospitalisasi. Waktu pengumpulan data yang direncanakan yaitu bulan Maret sampai Mei 2011, tetapi jumlah responden masih belum mencapai target (total = 56 responden), maka peneliti menambah waktu pengumpulan data selama 1 minggu sampai target sampel tercapai.

4.4 Etika Penelitian

Etika penelitian merupakan prosedur penelitian dengan tanggung jawab profesional, legal dan sosial bagi subyek penelitian (Polit & Beck, 2004). Etika penelitian yang diterapkan pada penelitian ini adalah *beneficience*, menghargai martabat manusia, dan mendapatkan keadilan (Pollit & Hungler, 1999). Prinsip etik secara umum yang menjadi dasar dalam penelitian ini yaitu: 1) *beneficience* (di atas segalanya, tidak boleh membahayakan): jenis penelitian ini adalah

terapeutik yang artinya bahwa responden mempunyai potensi untuk mendapatkan manfaat melalui prosedur yang diberikan. Hasil penelitian ini memberi manfaat yaitu adanya pengaruh bimbingan imajinasi rekaman audio terhadap stres hospitalisasi pada anak usia sekolah yang sakit dan dirawat di rumah sakit, 2) menghargai martabat manusia: responden mendapatkan penjelasan secara lengkap sebelum penelitian dilakukan. Peneliti menjelaskan informasi yang lengkap tentang penelitian meliputi tujuan, prosedur, gambaran resiko dan ketidaknyamanan yang mungkin terjadi, serta keuntungan yang ada lalu responden/orang tua diberikan lembar persetujuan menjadi responden. Responden/orang tua menandatangani surat persetujuan menjadi responden penelitian. Responden/orang tua yang tidak memahami tentang lembar persetujuan bertanya langsung dengan peneliti/asisten peneliti di tempat penelitian Ruang Catelya RSUD Undata Palu dan Ruang Tekukur BRSU Anutapura Palu. Pasien mempunyai hak untuk menentukan keikutsertaannya dalam penelitian, begitu pula bila pada saat penelitian sedang dilakukan dan memutuskan untuk berhenti sebagai responden. Responden/orang tua yang tidak bersedia atau menolak anaknya menjadi responden, maka tidak dilibatkan dalam penelitian, 3) mendapatkan keadilan: semua responden mendapatkan perlakuan yang adil baik sebelum, selama, dan sesudah berpartisipasi dalam penelitian. Setelah dilakukan intervensi pada kelompok intervensi, semua responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol diberikan cinderamata. Anak yang tidak menjadi responden diberikan kesibukan yang sama yaitu melihat gambar yang disenangi anak saat diberikan intervensi pada kelompok intervensi. Semua data yang dikumpulkan selama penelitian disimpan dan dijaga kerahasiaannya. Identitas responden berupa alamat tidak dicantumkan.

4.5 Alat Pengumpul Data

Alat pengumpul data yang digunakan pada penelitian ini yaitu 1) kuesioner tentang stres hospitalisasi yang terdiri atas kecemasan karena perpisahan, kehilangan kendali atas tubuhnya, dan takut akan cedera dan nyeri yang dikembangkan dari teori yang dikemukakan oleh Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, dan Schwartz, (2009); Supartini (2004) tentang stresor dan respon anak usia sekolah terhadap stres hospitalisasi, dan 2) kalender kegiatan

pelaksanaan bimbingan imajinasi rekaman audio, 3) catatan pemantauan pelaksanaan intervensi oleh peneliti.

Kuesioner tentang stres hospitalisasi sebanyak 45 *item* pertanyaan yang terdiri atas kecemasan karena perpisahan sebanyak 15 *item*, kehilangan kendali atas tubuhnya sebanyak 15 *item*, dan takut akan cedera dan nyeri sebanyak 15 *item*. Respon anak dinilai dengan menggunakan skala likert jawaban selalu = 1, sering = 2, kadang-kadang = 3, tidak pernah = 4 untuk pernyataan negatif dan selalu = 4, sering = 3, kadang-kadang = 2, dan tidak pernah = 1 untuk pernyataan positif. Pernyataan positif ditemukan pada *item* nomor 1, 2, 3, 4, 5, 7, 10, 12, 16, 18, 21, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 39, 42, 43, dan 45 sementara pernyataan negatif ditemukan pada *item* nomor 6, 8, 9, 11, 13, 14, 17, 19, 20, 22, 23, 27, 28, 34, 37, 38, 40, 41, dan 44. Skor stres ditentukan oleh peneliti yaitu total skor diperoleh dari jumlah pertanyaan (45) dikali dengan nilai jawaban tertinggi (4) hasilnya total skor 180 (rentang skor 56-180).

4.6 Uji Validitas dan Uji Reliabilitas Instrumen

Validitas instrumen adalah akurasi alat ukur terhadap yang diukur walaupun dilakukan berkali-kali dan dimana-mana (Bungin, 2010; hal 97). Instrumen harus memiliki akuransi yang baik terutama apabila instrumen tersebut digunakan sehingga validitas meningkatkan bobot kebenaran data yang diinginkan peneliti. Hal yang perlu diperhatikan dalam menyusun instrumen penelitian yang valid yaitu harus diperhatikan isi dan kegunaan instrumen yang dipakai antara lain: unsur-unsur apa saja yang terdapat dalam suatu instrumen, untuk apa alat instrumen dibuat dan apakah telah tercapai tujuan yang akan dicapai, dan apakah instrumen sesuai dengan konsep dan variabel yang hendak diukur (Bungin, 2010; hal 98).

Cara mengukur validitas menurut Hastono (2007; hal 54) yaitu dilakukan dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor totalnya. Jika skor suatu variabel (pertanyaan) berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya maka variabel (pertanyaan) tersebut dinyatakan valid. Teknik korelasi yang digunakan yaitu korelasi *Pearson Product Moment* dengan keputusan uji yaitu jika r hitung lebih besar dari r tabel artinya pertanyaan dinyatakan valid, dan jika r

hitung lebih kecil dari r tabel artinya variabel tidak valid. Selanjutnya (pertanyaan) yang valid diambil, dan pertanyaan yang tidak valid harus diganti atau direvisi, atau dihilangkan. Rumusnya sebagai berikut (Hastono, 2007):

$$r = \frac{N(\sum XY) - (\sum X \sum Y)}{\sqrt{[N\sum X^2 - (\sum X)^2][N\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Keterangan:

X = pertanyaan nomor 1

Y = skor total

XY = skor pertanyaan nomor 1 dikali skor total

Reliabilitas instrumen adalah kesesuaian instrumen dengan yang diukur, sehingga instrumen tersebut dipercaya dan diandalkan (Bungin, 2010). Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan (Notoatmodjo, 2010).

Cara pengujian reliabilitas menurut Hastono (2007) dapat dilakukan dengan dua cara yaitu: 1) ukur ulang (*repeated measure*), yaitu pertanyaan ditanyakan pada responden berulang pada waktu yang berbeda dan kemudian dilihat apakah ia tetap konsisten dengan jawabannya, 2) diukur sekali saja (*one shot*), yaitu pengukuran hanya dilakukan sekali dan kemudian hasilnya dibandingkan dengan pertanyaan lain.

Cara untuk mengetahui reliabilitas menurut Hastono (2007) yaitu membandingkan nilai r hasil dengan r tabel, dalam uji reliabilitas nilai r hasil dinyatakan dengan nilai "Cronbach's Alpha", ketentuannya yaitu jika $r \text{ Cronbach's Alpha} > r \text{ tabel}$ maka pertanyaan tersebut dinyatakan reliabel.

Instrumen sebelum dilakukan uji validitas dan reliabilitas koresponden, terlebih dahulu peneliti melakukan uji *expert* terkait konten instrumen stres hospitalisasi dengan meminta pembimbing 1 untuk menilai konten instrumen sesuai dengan tujuan penelitian. Selanjutnya, peneliti melakukan uji coba instrumen stres

hospitalisasi pada 30 orang anak usia sekolah (8-12 tahun) yang sakit dan dirawat di rumah sakit bukan rumah sakit tempat penelitian yaitu di BRSU Anutapura Palu dan RS Bala Keselamatan Palu. Uji validitas yang digunakan yaitu teknik korelasi *Pearson Product Moment*. Uji reliabilitas yang digunakan yaitu cara ukur sekali saja (*one shot*), dan cara mengetahui reliabilitas dengan membandingkan nilai r hasil (Cronbach's Alpha) dengan r tabel.

Uji Validitas dan reliabilitas pada rencana awal yaitu dilakukan pada 30 responden, karena jumlah pasien yang dirawat pada 2 RS yang menjadi tempat uji kuesioner sangat kurang dan waktu yang digunakan untuk uji kuesioner terbatas maka peneliti hanya melakukan pada uji validitas dan reliabilitas 20 responden. R Tabel yang digunakan untuk uji validitas yaitu 0,444. Hasil uji validitas kuesioner dari 15 pernyataan tentang kecemasan karena perpisahan diperoleh 8 pernyataan yang dinyatakan valid karena menunjukkan nilai r hitung lebih besar dari r tabel, pernyataan tentang kehilangan kendali atas tubuhnya dari 15 pernyataan diperoleh 7 pernyataan yang valid yaitu r hitung lebih besar dari r tabel. Sementara untuk pernyataan takut akan cedera dan nyeri, dari 15 pernyataan diperoleh 7 pernyataan yang valid yaitu r hitung lebih besar dari r tabel. Jumlah total pernyataan yang valid yaitu 22 pernyataan yang digunakan pada pengumpulan data penelitian. Pernyataan positif terdapat pada item nomor 1, 3, 6,7, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 18, 20, dan 22. Sementara pernyataan negatif terdapat pada item nomor 2, 4, 5, 8, 10, 11, 13, dan 21. Rentang skor stres dari 22 pernyataan yaitu berkisar dari 22 sampai 88.

Uji reliabilitas untuk pernyataan tentang kecemasan nilai Cronbach's Alpha yaitu $0,769 > r$ tabel (0,444), untuk pernyataan kehilangan kendali atas tubuhnya nilai Cronbach's Alpha yaitu $0,495 > r$ tabel, dan pernyataan tentang takut akan cedera dan nyeri Cronbach's Alpha yaitu $0,805 > r$ tabel. Sehingga 22 pernyataan tersebut dinyatakan reliabel.

4.7 Prosedur Pengumpul Data

4.7.1 Persiapan

- a. Peneliti melakukan ujian proposal, setelah itu peneliti mengajukan surat permohonan izin penelitian kepada Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang ditujukan kepada Direktur RSUD Undata Palu dan RSD Madani Palu Propinsi Sulawesi Tengah
- b. Peneliti mengajukan uji etik kepada Komite Etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
- c. Peneliti menyampaikan surat penelitian dan lulus uji etik kepada direktur rumah sakit melalui kepala diklat rumah sakit dan mendapat persetujuan izin penelitian.
- d. Peneliti menyampaikan surat izin penelitian dari Direktur RSUD Undata Palu dan RSD Madani Palu Propinsi Sulawesi Tengah kepada Kepala Ruang Rawat Anak Catelya dan Rambutan.
- e. Peneliti menggunakan RSUD Undata Palu sebagai tempat pengambilan sampel untuk kelompok intervensi dan RSD Madani Palu sebagai tempat pengambilan sampel kelompok kontrol, dan pengambilan sampel dilakukan secara bersamaan.
- f. Peneliti bekerjasama dengan kepala ruangan dan perawat di Ruang Catelya RSUD Undata Palu dan Ruang Rambutan RSD Madani Palu dalam pengambilan data pasien, peneliti menggunakan 2 orang asisten peneliti dengan pendidikan minimal D-III keperawatan.
- g. Peneliti melakukan pelatihan selama 1 hari (25 Maret 2011 di RSD Madani, dan 26 Maret 2011 di RSUD Undata) tentang teknik pengisian kuesioner oleh responden pada asisten peneliti, tugas asisten peneliti yaitu melakukan *screening (pre test)* dan *post test*, dan tugas peneliti yaitu memberikan intervensi bimbingan imajinasi rekaman audio dan gambar pada responden.
- h. Peneliti dan asisten peneliti serta kepala ruangan menentukan ruangan khusus untuk pelaksanaan intervensi di RSUD Undata yaitu ruang rawat neonatus.

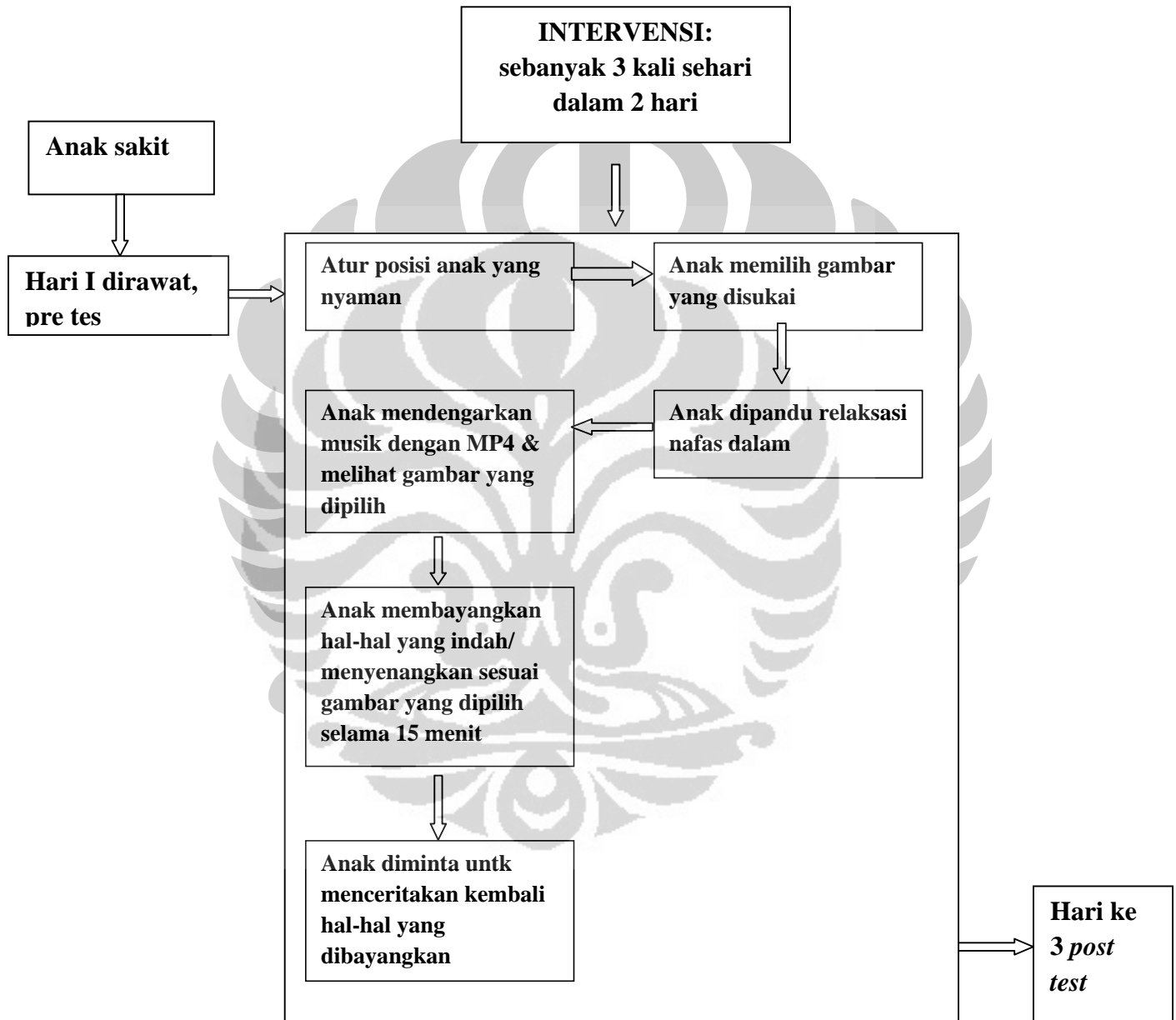
- i. Peneliti melakukan uji coba intervensi pada anak usia sekolah sebanyak 1 orang yang dirawat di Ruang Rawat Catelya RSUD Undata Palu dan tidak termasuk dalam responden penelitian.
- j. Asisten peneliti melakukan *screening (pre test)* yaitu mengukur skor stres hospitalisasi pada setiap pasien baru masuk yang dirawat.
- k. Asisten peneliti menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang penelitian yang dilakukan yaitu tentang peneliti, tujuan penelitian, manfaat penelitian, dan lembar persetujuan menjadi responden. Pasien dan keluarga yang telah menyetujui menjadi responden, telah diberi penjelasan tentang tahapan penelitian, instrumen yang digunakan yaitu tentang komponen dan cara pengisian.
- l. Peneliti meminta persetujuan pengambilan data penelitian di BRSU Anutapura pada Direktur Rumah Sakit BRSU Anutapura Palu, dengan alasan jumlah pasien target responden penelitian di RSUD Undata Palu dan RSD Madani Palu sangat kurang, sementara waktu pengambilan data sudah berlangsung 1 minggu dan waktu pengambilan data sisa 4 minggu. Peneliti meminta 2 ruang rawat anak di BRSU Anutapura pada Direktur Rumah Sakit BRSU Anutapura Palu yang digunakan sebagai tempat pengambilan data kelompok kontrol dan kelompok intervensi
- m. Peneliti bekerja sama dengan kepala ruangan dan perawat di Ruang Tekukur BRSU Anutapura sebagai tempat pengambilan data kelompok intervensi serta Ruang Nuri BRSU Anutapura Palu sebagai tempat pengambilan data kelompok kontrol.
- n. Peneliti menjelaskan tugas asisten peneliti dan tugas peneliti pada perawat di Ruang Tekukur dan Ruang Nuri BRSU Anutapura Palu (02 April 2011).

4.7.2 Pelaksanaan

- a. Pasien yang memenuhi kriteria inklusi dibagi menjadi 2 kelompok yaitu 1) kelompok intervensi yaitu kelompok yang mendapat perawatan/perlakuan bimbingan imajinasi rekaman audio, dan 2) kelompok kontrol yaitu kelompok yang tidak mendapat perlakuan bimbingan imajinasi rekaman audio.

- b. Responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dijelaskan tentang instrumen. Instrumen yang diisi oleh responden yaitu kuesioner dan kalender kegiatan dengan menggunakan stiker setiap kali melakukan tindakan.
- c. Hari pertama setelah pre tes, pada kelompok intervensi peneliti melanjutkan dengan tindakan bimbingan imajinasi rekaman audio yaitu diawali dengan menentukan ruangan khusus yang tidak bising dan nyaman, penilaian masalah atau perasaan anak sebelum intervensi, kemudian responden diberikan atau diatur posisi yang nyaman (duduk atau berbaring), responden diminta untuk memilih gambar yang disenangi, selanjutnya responden dipandu untuk relaksasi selama 5-10 menit, setelah responden relaksasi yang ditandai dengan adanya pernyataan dari anak bahwa dia sudah merasa nyaman, sesi selanjutnya yaitu mendengarkan musik di MP4 dengan jenis musik klasik disertai adanya suara-suara burung dan air, dan anak melihat gambar-gambar yang disenangi anak (jenis gambar: Winnie the pooh, Mickey Mouse, mobil-mobilan, barbei, kupu-kupu, burung, air terjun, sungai, pantai, gunung, taman bunga, Ben 10, dan lain-lain) , serta dianjurkan membayangkan hal-hal atau tempat yang menyenangkan/indah menurut responden sesuai gambar yang dipilih selama 15 menit. Setelah intervensi, responden menjelaskan atau menceritakan kembali apa yang dibayangkan/dikhayalkan. Urutan intervensi dapat dilakukan secara fleksibel yang disesuaikan dengan kondisi dan respon anak. Intervensi/perlakuan dilakukan 3 kali sehari. Pelaksanaan intervensi dilakukan selama 2 hari. Pertimbangan peneliti menentukan intervensi selama 2 hari yaitu rata-rata lama hari rawat anak di RSUD Undata Palu dan tergantung jenis penyakitnya yaitu berkisar antara 3 hari sampai 4 minggu (RSUD Undata Palu, 2010). Peneliti menjadikan standar 2 hari yaitu untuk menyamakan waktu intervensi pada semua anak walaupun dengan jenis penyakit yang berbeda sehingga tidak ada perbedaan waktu perlakuan pada setiap anak.

- d. Setelah perlakuan selama 2 hari, pada hari ketiga asisten peneliti melakukan *post tes* paska tindakan bimbingan imajinasi rekaman audio pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Alur intervensi dapat dilihat pada skema 4.1 di bawah ini:



Skema 4.1

Alur Intervensi Bimbingan Imajinasi Rekaman Audio

4.8 Pengolahan Data

Analisis data penelitian harus menghasilkan informasi yang benar, maka tahapan sebelumnya yaitu pengolahan data harus dilakukan secara benar (Hastono, 2007). Tahapan pengolahan data yang telah dilakukan yaitu: 1) *editing*, kuesioner yang diisi oleh responden telah dicek kelengkapannya dan telah diisi sesuai yang diharapkan, 2) *coding*, setelah kelengkapan data dicek lalu peneliti melakukan pengkodean pada data yaitu untuk kelompok intervensi diberi kode 1 dan kelompok kontrol diberi kode 2, untuk variabel pengalaman dirawat di rumah sakit diberi kode 0 = tidak pernah, 1 = 1 kali dirawat, 2 = 2 kali dirawat, dan 3 = ≥ 3 kali dirawat, 3) *processing*, peneliti melakukan *entry* data pada komputer, 4) *cleaning* merupakan kegiatan pengecekan data yang sudah dimasukkan apakah ada kesalahan atau tidak. Cara untuk membersihkan data dengan mengetahui *missing* data (tidak ada nilai yang hilang), mengetahui variasi data, dan mengetahui konsistensi data.

Langkah selanjutnya setelah pengolahan data adalah analisis data. Analisis data menurut Sugiyono (2007) adalah mengelompokkan data berdasarkan variabel dan jenis responden, menyajikan data variabel yang diteliti, melakukan perhitungan statistik untuk menjawab rumusan masalah dan hipotesis. Langkah-langkah analisis data menurut Hastono (2007) yaitu: analisis deskriptif (univariat), analisis analitik (bivariat), dan analisis multivariat. Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah: analisis univariat, uji kesetaraan, uji kenormalan data, analisis bivariat, dan analisis multivariat.

4.8.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti, bentuknya tergantung dari jenis datanya (Hastono, 2007). Peneliti melakukan analisa univariat dengan tujuan menganalisis variabel penelitian secara deskriptif untuk menentukan karakteristiknya pengalaman dirawat di rumah sakit, dan stres hospitalisasi. Hasil analisis data berupa distribusi frekuensi dan persentasi dari masing-masing variabel yang meliputi: mean, median, dan standar deviasi.

4.8.2 Uji Kesetaraan

Uji kesetaraan dilakukan untuk mengetahui kesetaraan antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Uji homogenitas dilakukan pada variabel skor stres sebelum dan sesudah intervensi dengan menggunakan *independent t test*, dan variabel pengalaman dirawat dengan menggunakan uji *chi-square*.

4.8.3 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan setelah karakteristik masing-masing variabel diketahui, dan jenis uji statistik yang digunakan sangat tergantung dari jenis data (Hastono, 2007). Analisis bivariat juga untuk membuktikan hipotesa yang telah dirumuskan yaitu apakah ada perbedaan skor stres pada anak sakit usia sekolah yang dirawat di rumah sakit yang mendapat bimbingan imajinasi rekaman audio pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah perlakuan, serta apakah ada perbedaan skor stres pada anak usia sekolah yang sakit dirawat di rumah sakit setelah mendapat perlakuan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Analisis bivariat diawali dengan melakukan uji kenormalan data pada setiap variabel untuk menentukan jenis uji yang tepat digunakan pada data dalam analisis bivariat. Uji normalitas dilakukan setelah analisis univariat dengan membagikan nilai skewness dengan standar-error dari masing-masing variabel. Variabel yang diuji normalitas yaitu: skor stres sebelum dan sesudah kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hasil uji normalitas variabel data numerik dengan membagikan nilai skewness dan standar-error ≤ 2 dinyatakan variabel tersebut berdistribusi normal sehingga analisis bivariat dapat dilakukan dengan uji parametrik (Hastono, 2007).

Analisis bivariat menggunakan uji sesuai jenis datanya. Uji analisis bivariat yang akan digunakan pada penelitian ini yaitu: uji t dependen (*paired t test*), uji non parametrik *Wilcoxon Test* dan *Mann-Whitney Test*.

Wilcoxon test digunakan untuk mengetahui apakah ada perbedaan skor stres hospitalisasi antara sebelum dan sesudah perlakuan bimbingan imajinasi rekaman audio pada kelompok intervensi. Uji t dependen (*paired t test*)

digunakan untuk mengetahui apakah ada perbedaan skor stres hospitalisasi antara sebelum dan sesudah perlakuan bimbingan imajinasi rekaman audio pada kelompok intervensi untuk kelompok kontrol. *Mann-Whitney test* digunakan untuk mengetahui apakah ada perbedaan skor stres sesudah perlakuan pada kelompok intervensi dan kelompok. Tabel berikut ini memperlihatkan jenis analisis bivariat yang akan digunakan dalam penelitian ini.

Tabel 4.1
Analisis Bivariat untuk Menguji Perbedaan Mean
antara Dua Kelompok Data

No	Kelompok data	Kelompok data	Uji Statistik
1	Rata-rata skor stres sebelum intervensi pada kelompok intervensi	Rata-rata skor stres setelah intervensi pada kelompok intervensi	<i>Wilcoxon test</i>
2	Rata-rata skor stres sebelum intervensi pada kelompok kontrol	Rata-rata skor stres setelah intervensi pada kelompok kontrol	<i>Paired t test</i>
3	Rata-rata skor stres setelah intervensi pada kelompok intervensi	Rata-rata skor stres setelah intervensi pada kelompok kontrol	<i>Mann-whitney test</i>

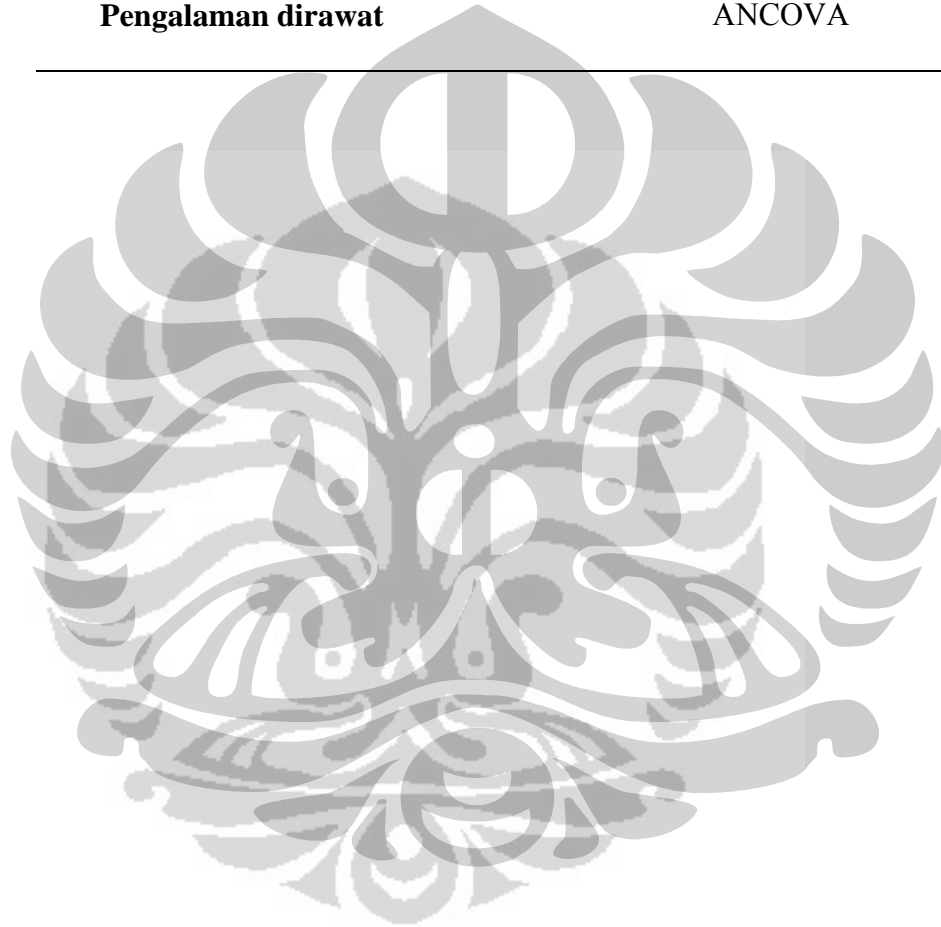
4.7.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat merupakan teknik analisis perluasan/ pengembangan dari analisis bivariat, dimana analisis ini bertujuan melihat/ mempelajari hubungan beberapa variabel (lebih dari satu variabel) independen dengan satu atau beberapa variabel dependen (umumnya satu variabel dependen) (Hastono, 2007). Analisis multivariat yang digunakan dalam penelitian ini yaitu ANCOVA (*Analisis of covariance*), yaitu melihat apakah pengaruh bimbingan imajinasi rekaman audio terhadap stres hospitalisasi dipengaruhi oleh variabel *confounding* (kovarian) yaitu: usia anak, pengalaman dirawat di rumah sakit. Jika *P value* yang diperoleh dari masing-masing variabel *confounding* < 0,05 maka dinyatakan signifikan yang berarti variabel tersebut mempunyai kontribusi pada variabel

independen terhadap variabel dependen. Pada tabel berikut ini akan disajikan analisis variabel *confounding* dalam penelitian ini:

Tabel 4.2
Analisis Multivariat untuk Mengontrol Variabel *Confounding*

Variabel <i>Confounding</i>	Uji Statistik
Pengalaman dirawat	ANCOVA



BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan hasil penelitian dalam bentuk analisis univariat, uji kesetaraan, uji normalitas, analisis bivariat dan analisis multivariat. Pengambilan data kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan di BRSU Anutapura Palu, RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu sejak tanggal 28 Maret 2011 sampai dengan 7 Juni 2011. BRSU Anutapura Palu Ruang Rawat Anak Tekukur dan RSUD Undata Palu Ruang Rawat Anak Catelya sebagai tempat pengambilan data kelompok intervensi. Pengambilan data dilakukan oleh peneliti dan asisten peneliti dimana tugas peneliti sebagai pemberi intervensi bimbingan imajinasi rekaman audio dan tugas asisten peneliti yaitu melakukan pengendalian pengisian kuesioner oleh responden sebelum dan sesudah intervensi. Jumlah responden yang diperoleh untuk kelompok intervensi yaitu 26 orang. Dari 26 responden, 23 responden berada di BRSU Anutapura Palu Ruang Rawat Anak Tekukur dan 3 responden berada di RSUD Undata Palu Ruang Rawat Anak Catelya.

BRSU Anutapura Ruang Rawat Anak Nuri dan RSD Madani Ruang Rawat Anak Rambutan sebagai tempat pengambilan data kelompok kontrol. Pengambilan data kelompok kontrol dilakukan oleh asisten peneliti. Jumlah responden yang diperoleh yaitu 26 responden. Dari 26 responden, 15 responden berada di BRSU Anutapura Palu Ruang Rawat Anak Nuri dan 11 responden berada di RSD Madani Ruang Rawat Anak Rambutan.

Pengambilan data kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan pada waktu yang bersamaan. Kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan pada rumah sakit dan ruang rawat yang berbeda, dan tidak ada komunikasi antar responden.

5.1 Analisis Univariat

5.1.2 Karakteristik Pengalaman Responden Dirawat di Rumah Sakit pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Karakteristik responden menurut pengalaman dirawat di rumah sakit pada kelompok intervensi dan kontrol merupakan variabel kategorik, yang didasarkan pada hasil analisis dapat dilihat pada tabel 5.1 di bawah ini.

Tabel 5.1
Distribusi Pengalaman Anak Usia Sekolah Dirawat Di Rumah Sakit pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di BRSU Anutapura Palu, RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu Tahun 2011 (n = 52)

Variabel	Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol	
	Frekuensi	Persentase	Frekuensi	Persentase
Pengalaman dirawat				
Tidak pernah	5	19,2	4	15,4
1 kali	10	38,5	9	34,6
2 kali	5	19,2	6	23,1
≥ 3 kali	6	23,1	7	26,9
Total	26	100	25	100

Hasil analisis dari tabel 5.2 menunjukkan bahwa distribusi responden anak usia sekolah yang mempunyai pengalaman dirawat di rumah sakit pada kelompok intervensi di BRSU Anutapura Palu, RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu lebih banyak yang mengalami 1 kali pengalaman dirawat berjumlah 10 responden (38,5 %). Sementara distribusi responden kelompok kontrol juga lebih banyak yang mempunyai pengalaman dirawat 1 kali yaitu 9 responden (36,4%).

5.1.3 Skor Stres Responden pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

1. Skor Stres Responden Sebelum Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Karakteristik responden menurut skor stres pada kelompok intervensi sebelum Intervensi yang didasarkan pada hasil analisis dapat dilihat pada tabel 5.2 di bawah ini

Tabel 5.2
Distribusi Skor Stres Anak Usia Sekolah Sebelum Intervensi pada
Kelompok Intervensi dan Kontrol di BRSU Anutapura Palu,
RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu Tahun 2011 (n = 52)

Variabel	N	Mean	SD	Min-maks	95 % CI
Skor stres sebelum					
Intervensi	26	56,88	7,448	43-74	53,88-59,89
Kontrol	26	54,00	6,729	41-67	51,28-56,72

Hasil Analisis pada tabel 5.3 menunjukkan rerata skor stres anak usia sekolah di BRSU Anutapura Palu, RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu sebelum intervensi pada kelompok intervensi yaitu 56,88 dengan SD 7,448, skor stres minimal 43 dan skor stres tertinggi 74. Hasil analisis lebih lanjut bahwa 95% diyakini rata-rata skor stres anak usia sekolah yaitu diantara 53,88 sampai dengan 59,89. Sementara rerata skor stres anak usia sekolah di BRSU Anutapura Palu, RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu pada kelompok kontrol yaitu 54,00 dengan SD 6,729, skor stres minimal 41 dan skor stres tertinggi 67. Hasil analisis lebih lanjut bahwa 95% diyakini rata-rata skor stres anak usia sekolah yaitu diantara 51,28 sampai dengan 56,72.

2. Skor Stres Responden Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sesudah Intervensi

Karakteristik responden menurut skor stres pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah Intervensi yang didasarkan pada hasil analisis dapat dilihat pada tabel 5.3 di bawah ini.

Tabel 5.3
Distribusi Skor Stres Anak Usia Sekolah Sesudah Intervensi pada
Kelompok Intervensi dan Kontrol di BRSU Anutapura Palu,
RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu Tahun 2011 (n = 52)

Variabel	N	Mean	SD	Min-maks	95 % CI
Skor stres sesudah					
Intervensi	26	49,50	8,208	38-76	48,26-54,89
Kontrol	26	56,69	6,467	47-70	54,28-59,30

Hasil Analisis pada tabel 5.3 menunjukkan bahwa rerata skor stres anak usia sekolah sesudah intervensi di BRSU Anutapura Palu, RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu pada kelompok intervensi yaitu 49,50 dengan SD 8,208, skor stres minimal 38 dan skor stres tertinggi 76. Hasil analisis lebih lanjut bahwa 95% diyakini rata-rata skor stres anak usia sekolah yaitu diantara 48,26 sampai dengan 54,89. Sementara rerata skor stres anak usia sekolah di BRSU Anutapura Palu, RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu sesudah intervensi pada kelompok kontrol yaitu 56,69 dengan SD 6,467, skor stres minimal 47 dan skor stres tertinggi 70. Hasil analisis lebih lanjut bahwa 95% diyakini rata-rata skor stres anak usia sekolah yaitu diantara 54,28 sampai dengan 59,30.

5.2 Uji Kesetaraan

5.2.1 Kesetaraan Pengalaman Responden Dirawat di Rumah Sakit pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Uji Kesetaraan pengalaman responden dirawat di rumah sakit bertujuan untuk mengetahui kesetaraan pengalaman responden dirawat di rumah sakit pada kelompok intervensi dan kontrol dengan menggunakan *chi-square*. Hasil analisis dapat dilihat pada tabel 5.4 di bawah ini.

Tabel 5.4

Analisis Kesetaraan Berdasarkan Pengalaman Anak Usia Sekolah Dirawat di Rumah Sakit Sebelum Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di BRSU Anutapura Palu, RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu Tahun 2011 (n = 52)

Variabel	Kelompok Intervensi (n = 26)	Kelompok Kontrol (n = 26)	<i>p value</i>
Pengalaman dirawat di rumah sakit			0,954
Tidak pernah	5 (55,6)	4 (44,4)	
1 kali	10 (52,6)	9 (47,4)	
2 kali	5 (45,5)	6 (54,5)	
≥ 3 kali	6 (46,2)	7 (53,8)	

Hasil analisis pada tabel 5.4 menunjukkan bahwa umur responden sebelum intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol di BRSU Anutapura Palu, RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu adalah setara dengan $p\ value > 0,05$. Dengan demikian, pengalaman responden dirawat di rumah sakit pada kedua kelompok dinyatakan homogen sehingga dapat dilanjutkan keanalisis bivariat.

5.3.2 Kesetaraan Skor Stres Responden Sebelum Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Uji Kesetaraan pengalaman responden dirawat di rumah sakit bertujuan untuk mengetahui kesetaraan skor stres responden sebelum intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol dengan menggunakan *independent t test*. Hasil analisis dapat dilihat pada tabel 5.5 di bawah ini.

Tabel 5.5
Analisis Kesetaraan Responden Berdasarkan Skor Stres Anak Usia Sekolah Sebelum Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di BRSU Anutapura Palu, RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu Tahun 2011 (n = 52)

Variabel	n	Mean	SD	SE	T	p value
Skor stres						
Intervensi	26	56,88	7,448	1,461	1,465	0,726
Kontrol	26	54,00	6,729	1,320		

Hasil analisis pada tabel 5.5 menunjukkan bahwa skor stres responden sebelum intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol di BRSU Anutapura Palu, RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu adalah setara dengan $p\ value > 0,05$.

5.3 Analisis Bivariat

5.3.1 Uji Normalitas

Uji normalitas dilakukan sebelum analisis bivariat. Uji ini dilakukan untuk menentukan jenis uji yang tepat digunakan pada data untuk melakukan analisis bivariat. Uji normalitas dilakukan setelah analisis univariat dengan

membagikan nilai skewness dengan standar-error dari masing-masing variabel. Variabel yang diuji normalitas yaitu: skor stres sebelum dan sesudah kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hasil uji normalitas variabel data numerik dengan membagikan nilai skewness dan standar-error ≤ 2 dinyatakan variabel tersebut berdistribusi normal sehingga analisis bivariat dapat dilakukan dengan uji parametrik (Hastono, 2007).

Tabel 5.6
Uji Normalitas Variabel Skor Stres Anak Usia Sekolah Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi Dan Kontrol di BRSU Anutapura Palu, RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu Tahun 2011 (n = 52)

Variabel	Nilai Skewness/	Standar-error
	Intervensi	Kontrol
<u>Skor stres</u>		
sebelum	0,10	0,24
sesudah	2,46	1,07

Hasil uji normalitas pada tabel 5.6 menunjukkan bahwa variabel skor stres sebelum pada kelompok intervensi dan kontrol, skor stres sesudah pada kelompok kontrol berdistribusi normal. Sementara skor stres sesudah pada kelompok intervensi berdistribusi tidak normal, sehingga keputusan uji untuk analisis bivariat untuk mengetahui rerata skor stres sebelum dan sesudah intervensi untuk kelompok kontrol yaitu *dependen t test*, tetapi keputusan uji untuk mengetahui skor stres sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi yaitu *Wilcoxon Test* (uji non parametrik). Keputusan uji untuk mengetahui perbedaan rerata skor stres sesudah intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol yaitu *Mann-Whitney Test* (uji non parametrik).

5.3.2 Rerata Perbedaan Skor Stres Responden Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Perbedaan rerata skor stres responden sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi diuji dengan menggunakan *Wilcoxon Test* dan kelompok kontrol diuji dengan menggunakan *dependent t tes (paired t test)*, dapat dilihat pada tabel 5.8 di bawah ini.

Tabel 5.7
Analisis Perbedaan Rerata Skor Stres Anak Usia Sekolah Sebelum dan
Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi Dan Kontrol di BRSU
Anutapura Palu, RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu Tahun
2011
(n = 52)

Variabel	Kelompok	Mean	SD	Beda Mean	Beda SD	P value
Skor Stres	Intervensi					
	Sebelum	56,88	7,448	7,38	0,760	0,004
Sesudah	49,50	8,208				
	Kontrol					
	Sebelum	54,00	6,729	-2,692	-0,262	0,105
Sesudah	56,69	6,467				

Hasil analisis pada tabel 5.7 menunjukkan bahwa rerata skor stres pada kelompok intervensi di BRSU Anutapura Palu, RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu sebelum intervensi 56,88 dan sesudah mendapat intervensi rerata skor stres menjadi 49,50 sehingga mengalami penurunan 7,38. Hasil analisa lebih lanjut menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan pada skor stres anak usia sekolah di BRSU Anutapura Palu, RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu sebelum dan sesudah mendapat intervensi bimbingan imajinasi rekaman audio ($p\ value = 0,004$; $\alpha = 0,05$).

Skor stres pada kelompok kontrol di BRSU Anutapura Palu, RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu sebelum intervensi rata-rata 54,00 dan sesudah perlakuan pada kelompok intervensi skor stres meningkat menjadi 56,69 sehingga mengalami peningkatan sebesar 2,69. Hasil analisa lebih lanjut menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan pada skor stres anak usia sekolah di BRSU Anutapura Palu, RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok intervensi ($p\ value = 0,105$; $\alpha = 0,05$).

5.3.3 Selisih Rerata Skor Stres Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Selisih rerata skor stres sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dianalisis menggunakan *wilcoxon test*

dan *dependent t test (paired t test)*, dapat dilihat pada tabel 5.9 di bawah ini.

Tabel 5.8
Selisih Rerata Skor Stres Anak Usia Sekolah Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di BRSU Anutapura Palu, RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu Tahun 2011 (n = 52)

Variabel	Kelompok	N	Selisih Mean	P value
Skor stress	Intervensi	26	7,38	0,004
	Kontrol	26	-2,692	0,105

Hasil analisis data 5.8 menunjukkan bahwa selisih rerata skor stres pada kelompok intervensi pada kelompok intervensi setelah intervensi mengalami penurunan rerata skor stres sebesar 7,38 dibandingkan dengan kelompok kontrol sesudah perlakuan pada kelompok intervensi mengalami peningkatan rerata skor stres sebesar 2,629.

5.3.4 Rerata Perbedaan Skor Stres Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Rerata skor stres sesudah intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dianalisis dengan menggunakan *mann-withney test*, dapat dilihat pada tabel 5.9 di bawah ini.

Tabel 5.9
Analisis Rerata Skor Stres Anak Usia Sekolah Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi Dan Kontrol di BRSU Anutapura Palu, RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu Tahun 2011 (n = 52)

Variabel	Kelompok	Mean	SD	Beda Mean	Beda SD	P value
Skor Stres	Sesudah Intervensi	49,50	8,208	7,19	1,741	0,004
	Kontrol	56,69	6,467			

Hasil analisis pada tabel 5.9 menunjukkan bahwa rerata skor stres pada kelompok intervensi di BRSU Anutapura Palu, RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu sesudah intervensi 49,50, sementara rerata skor stres

sesudah intervensi pada kelompok kontrol 56,69. Hasil analisa lebih lanjut menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan pada skor stres anak usia sekolah di BRSU Anutapura Palu, RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu sesudah mendapat intervensi bimbingan imajinasi rekaman audio ($p\ value = 0,004; \alpha = 0,05$).

5.4 Analisis Multivariat

5.4.1 Kontribusi Pengalaman Dirawat di Rumah Sakit terhadap Skor stres Sesudah intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Analisis kontribusi variabel *confounding* pengalaman dirawat di rumah sakit terhadap skor stres sesudah intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol diuji dengan menggunakan *Analisis of covariat* (ANCOVA), dapat dilihat pada tabel 5.10 di bawah ini.

Tabel 5.10
Analisis Kontribusi Pengalaman Dirawat di Rumah Sakit pada Skor Stres Anak Usia Sekolah Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi Dan Kontrol di BRSU Anutapura Palu, RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu Tahun 2011 (n = 52)

Variabel	B	<i>p value</i>	Partial Eta
Intercept	55,541	0,000	
Pengalaman	0,395	0,696	
Kelompok	-5,257	0,016	0,115

Hasil analisis data 5.11 bahwa $p\ value$ kelompok yaitu 0,016 yang menunjukkan bahwa intervensi bimbingan imajinasi rekaman audio mempengaruhi penurunan skor stres. Persentasi pengaruh bimbingan imajinasi rekaman audio terhadap penurunan skor stres responden sebesar 11,5 %. Sementara $p\ value$ pengalaman dirawat di rumah sakit 0,696, hal ini menunjukkan bahwa variabel pengalaman dirawat di rumah sakit tidak signifikan karena $p\ value > 0,05$ ($\alpha = 0,05$) berarti tidak mempunyai kontribusi terhadap penurunan skor stres sesudah intervensi pada kelompok intervensi.

5.4.2 Perbedaan Rerata Skor Stres Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Dikontrol Variabel *Confounding*

Perbedaan rerata skor stres sesudah intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah dikontrol oleh variabel *confounding* setelah dinalisis dapat dilihat pada tabel 5.11 di bawah ini.

Tabel 5.11
Analisis Perbedaan Skor Stres Anak Usia Sekolah Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Sebelum dan Sesudah Dikontrol Variabel *Confounding* di BRSU Anutapura Palu, RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu Tahun 2011 (n = 52)

Variabel	Kelompok	n	Mean
Skor Stres	Sebelum dikontrol variabel <i>confounding</i>		
	Intervensi	26	51,58
	Kontrol	26	56,69
	Total	52	54,13
	Sesudah dikontrol variabel <i>confounding</i>		
	Intervensi	26	51,506
	Kontrol	26	56,763
	Total	52	54,13

Hasil analisis tabel 5.11 menunjukkan bahwa rerata skor stres responden sesudah intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dikontrol oleh variabel *confounding* yaitu 51,58 dan 56,69. Sementara rerata skor stres responden sesudah intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah dikontrol oleh variabel *confounding* yaitu 51,506 dan 56,69. Hal ini menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan pada rerata skor stres sesudah intervensi, sehingga disimpulkan bahwa variabel *confounding* tidak memberikan kontribusi terhadap skor stres pada kelompok intervensi dan kontrol.

BAB 6

P E M B A H A S A N

Bab ini menguraikan tentang pembahasan interpretasi hasil penelitian, keterbatasan penelitian, dan implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan, penelitian keperawatan, pengetahuan dan keilmuan. Pembahasan akan difokuskan pada hasil penelitian yang telah dipaparkan pada bab sebelumnya yang dikaitkan dengan teori yang mendukung dan hasil penelitian sebelumnya yang terkait.

6.1 Interpretasi Hasil dan Diskusi Hasil

6.1.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Pengalaman Dirawat di Rumah Sakit

1. Pengalaman Dirawat di Rumah Sakit

Hasil analisis yang ditemukan bahwa sebagian besar anak yang dirawat mempunyai pengalaman 1 kali dirawat baik kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Dari total responden hampir semua anak telah memiliki pengalaman dirawat sebelumnya.

Kondisi anak dengan pengalaman sebelumnya dirawat di rumah sakit membuat anak telah mempunyai pengalaman tentang hospitalisasi, dan mengalami tindakan-tindakan keperawatan dan medis. Pengalaman ini membuat anak menjadi tahu apa yang akan dilakukan pada anak, sehingga membuat anak takut atau cemas. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Subardiah (2009) menyatakan bahwa pengalaman anak dirawat sebelumnya akan mempengaruhi respon anak terhadap hospitalisasi. Hal ini dapat memberi gambaran kepada anak yang akan dialaminya sehingga akan mempengaruhi respon anak seperti tindakan yang menyakitkan dan pengalaman kemampuan mengendalikan kondisi stres tersebut. Pendapat lain yang sejalan yaitu

pendapat dari Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, dan Schwartz, (2009) bahwa faktor-faktor yang membuat anak lebih rentan terhadap dampak emosional dari hospitalisasi dan menyebabkan kebutuhan anak menjadi berbeda secara signifikan yaitu pengalaman sebelumnya dan pengenalan terhadap peristiwa-peristiwa medis, lama dan jumlah masuk rumah sakit.

Ketakutan atau kecemasan anak dapat ringan, hal ini sejalan dengan penelitian yang dinyatakan oleh Clatworthy, Simon, dan Tiedeman (1999) menunjukkan bahwa anak yang memiliki pengalaman hospitalisasi tingkat kecemasan lebih kecil dan kecemasan menurun setelah keluar dari rumah sakit. Tetapi penelitian yang dilakukan oleh Coyne (2006) mengatakan pengalaman hospitalisasi sebelumnya tidak menurunkan kecemasan hospitalisasi ketika dirawat lagi. Pendapat lain bahwa gangguan emosional jangka panjang terjadi dapat berkaitan dengan lama dan jumlah masuk rumah sakit (Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009).

6.1.2 Skor Stres Hospitalisasi Sebelum Intervensi Metode Bimbingan Imajinasi Rekaman Audio

Rentang skor stres sebelum intervensi pada kelompok intervensi yaitu 43 sampai 74. Responden pada kelompok intervensi yang mempunyai skor stres di bawah nilai rerata sebanding jumlahnya dengan yang berada di atas nilai rerata. Sementara pada kelompok kontrol, responden yang mempunyai skor stres di bawah nilai rerata sedikit lebih banyak jumlahnya dari responden yang memiliki skor stres di atas rerata.

Data ini sesuai dengan data dari Mulyono (2008) yang menyatakan bahwa sebagian besar anak yang dirawat mengalami stres hospitalisasi tingkat sedang sebesar 52,63%. Dengan demikian, skor stres pada kedua kelompok tidak terlalu berbeda, hal ini mungkin disebabkan karena karakteristik umur yang sama yaitu usia sekolah, kondisi sakit dan hospitalisasi yang membuat anak mengalami stres. Hal ini sesuai

pendapat yang dinyatakan oleh Nursalam, Rekawati, dan Utami (2005) bahwa hospitalisasi menimbulkan suatu kondisi krisis baik bagi anak maupun bagi keluarganya.

Stres yang dialami anak karena kondisi sakit dan hospitalisasi juga sejalan dengan pendapat Hidayat (2005) bahwa stres yang dialami oleh anak dan keluarga dapat disebabkan oleh perubahan lingkungan yang berbeda dengan lingkungan rumah, kehilangan kendali atas tubuhnya, ancaman dari penyakit serta adanya persepsi yang tidak menyenangkan tentang rumah sakit disebabkan oleh pengalaman dirawat sebelumnya maupun pengalaman orang lain. Pendapat ini didukung oleh penelitian yang membuktikan bahwa hospitalisasi anak dapat menjadi suatu pengalaman yang dapat menimbulkan trauma baik pada anak maupun orang tua sehingga menimbulkan reaksi tertentu yang sangat berdampak pada kerjasama anak dan orang tua dalam perawatan anak selama di rumah sakit (Hallstrom and Elander, 1997; Brewis, 1995; Brennan, 1994).

6.1.3 Pengaruh Metode Bimbingan Imajinasi Rekaman Audio dalam Menurunkan Stres Hospitalisasi

Hasil analisis yang diperoleh terbukti bahwa bimbingan imajinasi rekaman audio dapat menurunkan stres hospitalisasi pada anak usia sekolah. Hasil ini dapat didukung oleh adanya penurunan rerata skor stres hospitalisasi responden sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi. Sementara pada kelompok kontrol terjadi peningkatan rerata skor stres sebelum dan sesudah intervensi.

Hasil penelitian yang ditemukan ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Tilburg, et. al. (2009). Tilburg, et. al. menemukan hubungan yang signifikan antara bimbingan rekaman audio dengan nyeri perut kronis ($p \text{ value} = 0,03; \alpha = 0,05$). Penelitian ini melibatkan 19 anak berusia 6-15 tahun. Hasil ini didukung juga oleh penelitian yang dilakukan oleh Huth, Daraiseh, Henson, dan McLeod (2009) pada 16 anak usia 7-12 tahun yang menjalani operasi dengan rerata usia 9,7

tahun. Hasil yang diperoleh yaitu skor nyeri sebelum dilakukan bimbingan imajinasi (4,31) dan setelah bimbingan imajinasi skor mengalami penurunan menjadi 2,75 (p value = 0,00033).

Pengaruh bimbingan imajinasi rekaman audio terhadap penurunan skor stres hospitalisasi hanya sebesar 11,5%. Persentasi pengaruh bimbingan imajinasi ini menurut peneliti tidak terlalu besar, mungkin dikarenakan adanya keterbatasan penelitian yaitu: pelaksanaan bimbingan imajinasi yang seharusnya dilakukan pada tempat khusus, tidak bising dan tidak banyak orang lalu lalang, tetapi tidak dilakukan dengan seharusnya, sehingga banyak stimulus yang diterima responden (anak) yang membuat anak kurang berkonsentrasi atau menikmati imajinasi yang dianjurkan. Alasan ini sejalan dengan pendapat yang dinyatakan oleh Snyder & Lindquist, (2006) bahwa pelaksanaan bimbingan imajinasi yang efektif adalah bagaimana kepribadian individu, bagaimana mereka relaksasi, dan pengaturan khusus (ruang/ lingkungan yang nyaman), usia perkembangan, dan hasil yang akan dicapai.

Asumsi peneliti pada penurunan skor stres pada penelitian ini signifikan, tetapi ada perbedaan dengan penelitian yang dilakukan oleh Tilburg, et.al. (2009) yang memberikan efek penurunan nyeri setelah bimbingan imajinasi rekaman audio sebesar 63,1%. Hal ini terjadi karena karena kondisi yang berbeda antara penelitian ini dengan penelitian oleh Tilburg, et.al. Intervensi bimbingan imajinasi rekaman audio pada penelitian Tilburg, et.al. dilakukan selama 6 bulan, pada penyakit kronis, dan pelaksanaan intervensi dilakukan di rumah responden. Kondisi ini memberikan cukup ruang dan waktu bagi responden dalam pelaksanaan intervensi bimbingan imajinasi rekaman audio, sehingga penurunan nyeri kronis terjadi dengan persentasi yang besar.

Pelaksanaan intervensi bimbingan imajinasi rekaman audio pada penelitian ini yaitu pada responden yang mengalami penyakit akut, dirawat di rumah sakit, dan pelaksanaan intervensi tidak pada ruang

khusus. Sehingga, pengaruh bimbingan imajinasi rekaman audio hanya sebesar 11,5% terhadap penurunan skor stres. Peneliti berpendapat bahwa kondisi saat dihospitalisasi pada responden pada penelitian ini memberikan ruang dan waktu yang cukup singkat, sehingga memberikan manfaat yang signifikan pada penurunan skor stres walaupun tidak sebesar dengan penurunan nyeri kronis pada penelitian yang dilakukan Tilburg, et.al.

Perbedaan skor stres sebelum dan sesudah intervensi bimbingan imajinasi rekaman audio dimungkinkan ada kaitannya antara aktivitas bimbingan imajinasi rekaman audio dengan penurunan stres hospitalisasi. Hal ini sesuai dengan pendapat oleh Snyder & Lindquist (2006) bahwa bimbingan imajinasi telah menjadi terapi standar untuk mengurangi kecemasan, dan memberikan relaksasi pada orang dewasa atau anak-anak, dapat juga untuk mengurangi nyeri kronis, tindakan prosedural yang menimbulkan nyeri, susah tidur, mencegah reaksi alergi, dan menurunkan tekanan darah.

Dasar pemikiran ilmiah tentang imajinasi adalah pemikiran untuk memodifikasi penyakit dan mengurangi gejala dengan menurunkan respon stres yang dimediasi oleh interaksi *psychoneuroimmune* (Snyder & Lindquist, 2006). Hormon stres dipicu ketika situasi atau peristiwa (nyata atau tidak) mengancam fisik atau kesejahteraan emosional atau tuntutan dari sebuah situasi melebihi kemampuan seseorang, sehingga dengan imajinasi diharapkan dapat merubah situasi stres dari respon negatif yaitu ketakutan dan kecemasan kegambar positif yaitu penyembuhan dan kesejahteraan (Dossey, 1995 dalam Snyder & Lindquist, 2006).

Penelitian lain yang sejalan dengan hasil penelitian ini yaitu penelitian oleh Huth, Broome, dan Good (2004) pada 36 anak untuk kelompok intervensi (usia 7-12 tahun) dengan penyakit amandel dan akan menjalani operasi, anak mendengarkan rekaman bimbingan imajinasi 1 minggu sebelum operasi dan setelah operasi. Hasil penelitian yang

ditemukan bahwa secara signifikan rasa nyeri pasca operasi berkurang dan menurunkan kecemasan.

Kelompok intervensi diberikan bimbingan imajinasi rekaman audio sebanyak 3 kali sehari selama 2 hari, yang dilakukan saat responden atau anak dalam keadaan tidak tidur, makan atau sedang dilakukan tindakan keperawatan atau medis. Setiap sesi tindakan diawali dengan mengatur posisi yang nyaman, pemilihan gambar, teknik relaksasi napas dalam, setelah itu dilanjutkan dengan bimbingan imajinasi rekaman audio selama 15 menit, dan diakhiri dengan memberikan kesempatan pada anak untuk menceritakan apa yang dikhayalkan anak.

Tindakan relaksasi yang mengawali bimbingan imajinasi rekaman audio, secara fakta anak menyatakan perasaan tenang dan enak. Hal ini dikarenakan karena kondisi relaksasi dikeluarkan opiate endogen yaitu endorphin dan enkefalin yang menimbulkan rasa senang, dan bahagia sehingga dapat memperbaiki kondisi tubuh (Sangkan, 2004, dalam Rudiansyah, 2008). Efektifnya tindakan ini juga disebabkan karena adanya tindakan relaksasi yang mengawali tindakan, dimana tindakan relaksasi menurunkan ketegangan pada anak, memberikan kenyamanan membuat anak lebih nyaman melakukan bimbingan imajinasi rekaman audio. Hal ini sejalan dengan pendapat Benson (1993; dalam Snyder & Lindquist, 2006) bahwa relaksasi membuat pikiran lebih terbuka dengan informasi terbaru (Benson, 1993; dalam Snyder & Lindquist, 2006).

Hasil observasi, sebagian besar anak dapat melaksanakan intervensi dengan baik dan kooperatif, anak menyukai gambar yang dibagikan, anak senang mendengarkan musik relaksasi yang didengarkan, dan senang menghayal hal-hal yang menyenangkan sesuai gambar yang dipilih. Frank (2011) menyatakan banyak pengalaman menunjukkan bahwa seorang individu memvisualisasikan hal-hal yang dibayangkan seolah-olah itu benar-benar terjadi. Hal ini diperkuat oleh hasil penelitian yang telah dipaparkan di atas, bahwa skor stres menurun setelah intervensi pada kelompok intervensi. Fakta ini sesuai dengan

pendapat Jrank (2011) yang menyatakan bahwa bimbingan imajinasi telah terbukti efektif dalam membantu individu belajar dan memodifikasi perilaku.

Fakta yang menyatakan bahwa sebagian besar anak menyukai bimbingan imajinasi ini, menyukai gambar yang diberikan dan menyatakan membayangkan hal yang menyenangkan, hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Huth, Daraiseh, Henson, dan McLeod (2009) pada 17 anak usia 7-12 tahun, bahwa 8 anak (50%) menyatakan menyukai segalanya dalam panduan bimbingan imajinasi dengan CD dan membayangkan hal yang membuat nyaman, 3 anak tidak menyukai CD dan tidak membayangkan hal yang menyenangkan, 6 anak memberikan komentar dari bagian CD yang yang tidak disukai.

Fakta lain yang ditemukan bahwa ketika anak mendengarkan musik yang didengarkan dengan menggunakan MP4 dan diberikan gambar-gambar yang disenangi anak, lalu anak dianjurkan untuk membayangkan hal yang menyenangkan terkait gambar yang dipilih, maka respon anak adalah membayangkan atau berimajinasi sesuai gambar dan membuat anak merasa senang. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Huth, Kuiken, dan Broome (2006) pada 36 anak dengan pembedahan, sebagian besar anak ketika mendengarkan rekaman bimbingan imajinasi lebih banyak membayangkan pergi ke taman.

Bimbingan imajinasi rekaman audio akan membuat kedekatan anak dengan tenaga keperawatan, meningkatkan rasa percaya diri anak dalam membina hubungan terapeutik, sehingga anak tidak merasa sendiri, anak menjadi kreatif dalam berimajinasi hal-hal yang positif untuk mengurangi ketidaknyamanan anak selama dirawat. Hal ini sesuai dengan pendapat Jrank (2011) yaitu bimbingan imajinasi juga memberikan kontribusi terhadap pencapaian ketrampilan dan mengatasi kecemasan dalam situasi kehidupan normal yang mencakup belajar atau meningkatkan ketrampilan motorik, saat akan mengikuti ujian, atau berbicara di depan orang banyak/masyarakat.

Temuan lain dalam penelitian ini adalah tidak ditemukan adanya perbedaan skor stres sebelum dan sesudah pada kelompok kontrol. Responden pada kelompok kontrol hanya diberikan tindakan keperawatan biasa. Anak hanya melakukan aktivitas tidur ditempat tidur, kebutuhan dasar lain (makan, eliminasi, dll), dan mendapat tindakan keperawatan dan medis yang terkadang menimbulkan rasa sakit, anak juga tampak tidak nyaman dan ingin cepat pulang karena bosan di rumah sakit. Kondisi ini sesuai dengan data yang dinyatakan oleh Purwandari (2009) yaitu aktivitas anak dirawat di rumah sakit tiduran (50%), duduk di tempat tidur (6,6%), dan 56,6% aktivitas lain dimana anak menyatakan tidak menyukai aktivitas bebas. Dengan kondisi ini kemungkinan membuat stres anak akan semakin meningkat.

6.1.4 Kontribusi Pengalaman Dirawat di Rumah Sakit terhadap Skor Stres Hospitalisasi Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Hasil *Analisis of covariance* ditemukan bahwa karakteristik pengalaman responden dirawat di rumah sakit tidak memberikan berpengaruh pada penurunan stres hospitalisasi anak usia sekolah yang dirawat. Tidak adanya pengaruh pengalaman dirawat di rumah sakit terhadap penurunan skor stres hospitalisasi pada penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Coyne (2006) melalui penelitian kualitatif menunjukkan bahwa anak dengan pengalaman hospitalisasi sebelumnya tidak menurunkan kecemasan hospitalisasi ketika dirawat lagi. Pendapat ini kontradiksi dengan penelitian yang dilakukan oleh Clatworthy, Simon, dan Tiedman (1999) bahwa anak yang memiliki pengalaman hospitalisasi memiliki tingkat kecemasan lebih kecil dan kecemasan menurun setelah keluar dari rumah sakit, sedangkan anak yang tidak memiliki pengalaman hospitalisasi memiliki nilai kecemasan yang lebih tinggi dan setelah keluar rumah sakit kecemasan masih tetap tinggi sampai 2 minggu.

Peneliti berkesimpulan bahwa tidak ada pengaruhnya pengalaman sebelumnya terhadap penurunan stres karena pengalaman sebelumnya

membuat anak menjadi tahu apa yang dilakukan pada anak di rumah sakit, sehingga tidak membuat anak semakin menerima kondisi hospitalisasi tetapi justru menjadi stresor yang meningkatkan stres anak. Tetapi hal ini mungkin tergantung dengan faktor-faktor lain, seperti: dukungan keluarga, koping yang mereka miliki seperti yang dinyatakan oleh Wong, Hockenberry, Eaton, Wilson, Winkelstein, dan Schwartz (2009) bahwa reaksi anak terhadap krisis-krisis tersebut dipengaruhi oleh usia perkembangan mereka; pengalaman mereka sebelumnya dengan penyakit, perpisahan atau hospitalisasi; keterampilan koping yang mereka miliki dan dapatkan; keparahan diagnosis; dan sistem pendukung yang ada.

6.1 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini yaitu:

Intervensi bimbingan imajinasi rekaman audio yang sebelumnya direncanakan dilakukan di ruang khusus yang tenang, tidak bising, dan tidak ada orang lain lalu lalang untuk memaksimalkan intervensi, tetapi tidak dilakukan sesuai rencana awal karena: di RSUD Undata Palu ada ruang khusus tetapi kondisi responden yang membuat responden tidak mau pindah dari tempat tidurnya atau ruang rawatnya, dan tidak tersedia ruang khusus di ruang rawat anak di BRSU Anutapura Palu. Namun demikian peneliti berusaha mengontrol lingkungan agar intervensi dapat tetap dilaksanakan.

6.1 Implikasi Keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh metode bimbingan imajinasi rekaman audio terhadap penurunan stres hospitalisasi pada anak usia sekolah di BRSU Anutapura Palu Ruang Rawat Anak Tekukur dan RSUD Undata Palu Ruang Rawat Anak Catelya. Berikut ini diuraikan implikasi hasil penelitian terhadap:

6.1.1 Pelayanan Keperawatan di BRSU Anutapura Palu dan RSUD Undata Palu

Penerapan metode bimbingan imajinasi rekaman audio mampu menurunkan stres anak saat selama dirawat di rumah sakit. Manfaat yang ditemukan ini, kiranya dapat menjadi masukan bagi rumah sakit, khususnya unit ruang rawat anak untuk menggunakan metode bimbingan imajinasi rekaman audio sebagai pendekatan bagi anak sekolah yang mengalami stres akibat dirawat.

6.1.2 Penelitian Keperawatan

Penelitian ini menghasilkan *evidence based* tentang metode menurunkan stres hospitalisasi anak usia sekolah, sehingga diharapkan dapat dilakukan penelitian lebih lanjut untuk menguji apakah metode bimbingan imajinasi rekaman audio dapat digunakan pada anak dengan usia kurang dari 7 tahun.

6.1.3 Pengetahuan dan Keilmuan

Metode bimbingan imajinasi rekaman audio dapat dijadikan intervensi keperawatan bagi tenaga perawat dalam merawat anak sakit khususnya anak usia sekolah. Hasil penelitian ini juga memberikan implikasi bagi peserta didik untuk lebih memahami konsep asuhan keperawatan yang berbasis *evidence based practice* dalam mengembangkan asuhan keperawatan pada klien.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini membahas tentang simpulan dan saran penelitian.

7.1 Simpulan

Simpulan hasil penelitian pengaruh metode bimbingan imajinasi rekaman audio pada anak usia sekolah terhadap stres hospitalisasi di BRSU Anutapura, RSUD Undata Palu, dan RSD Madani Palu sebagai berikut:

- 7.1.1 Sebagian besar anak mempunyai pengalaman 1 kali dirawat di rumah sakit baik pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol.
- 7.1.2 Skor stres hospitalisasi sebelum intervensi pada kelompok intervensi berada pada rentang 43 sampai 74, sedangkan skor stress sesudah intervensi berada pada rentang 38 sampai 76.
- 7.1.3 Skor stres hospitalisasi sebelum intervensi pada kelompok kontrol berada pada rentang 41 sampai 67, sedangkan skor stress sesudah intervensi berada pada rentang 47 sampai 70.
- 7.1.4 Rerata skor stres anak pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah bimbingan imajinasi rekaman audio mengalami penurunan.
- 7.1.5 Rerata skor stres responden pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok intervensi mengalami peningkatan.
- 7.1.6 Ada perbedaan rerata skor stres pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah intervensi bimbingan imajinasi, yaitu rerata skor stres pada kelompok intervensi lebih rendah dari kelompok kontrol. Hal ini menunjukkan bahwa ada pengaruh bimbingan imajinasi rekaman audio terhadap penurunan stres hospitalisasi pada responden.
- 7.1.7 Tidak ada kontribusi variabel *confounding* (pengalaman dirawat di rumah sakit) pada penurunan stress hospitalisasi pada responden.

7.2 Saran

7.2.1 Pelayanan Keperawatan

Peneliti menyarankan kepada pelayanan keperawatan untuk menerapkan metode bimbingan imajinasi rekaman audio pada anak usia sekolah yang dirawat, dengan mengadakan pelatihan tentang kompetensi bimbingan imajinasi, dan menerapkannya dengan pendekatan proses keperawatan (pengkajian sampai dengan evaluasi keperawatan).

Perawat diharapkan memberikan bimbingan imajinasi secara kontinyu selama anak dirawat dan tetap memperhatikan situasi dan kondisi anak. Perawat juga bisa memanfaatkan keluarga dengan mengajarkan metode tersebut agar pada pelaksanaan dapat dilakukan oleh keluarga sehingga lebih meningkatkan kenyamanan anak selama dirawat di rumah sakit.

7.2.2 Penelitian Keperawatan

Peneliti menyarankan perlu adanya penelitian lebih lanjut untuk menguji respon anak setelah bimbingan imajinasi rekaman audio pada anak usia sekolah, dan pada anak dengan usia yang berbeda untuk melihat manfaatnya, sehingga pemanfaatannya di pelayanan keperawatan tidak hanya berfokus pada anak usia sekolah. Peneliti juga menyarankan untuk penelitian lebih lanjut dapat dilakukan dengan mempertimbangkan ruang khusus intervensi agar hasil dapat maksimal.

7.2.3 Pengetahuan dan Keilmuan

Peneliti menyarankan kepada pendidikan untuk memasukan bimbingan imajinasi rekaman audio sebagai *evidence based nursing* dengan cara memasukan materi ini ke dalam sub pokok bahasan metode menurunkan stres anak yang mengalami hospitalisasi, sehingga mahasiswa dapat memanfaatkan dan mengeksplorasi metode ini serta metode yang paling efektif dalam menurunkan stres hospitalisasi pada anak.

Daftar Referensi

- Ahyar. (2010). *Konsep diri dan mekanisme koping dalam aplikasi proses keperawatan*. Diakses pada 15 Februari 2011 dari <http://ahyarwahyudi.wordpress.com/2010/02/11/konsep-diri-dan-mekanisme-koping-dalam-proses-keperawatan/>
- Annisa, A. (2010). *Perkembangan fisik dan perseptual anak usia sekolah*. Diakses pada 10 Februari 2011 dari <http://edukasi.kompasiana.com/2010/10/26/perkembangan-fisik-dan-perseptual-anak-sd/>
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur penelitian: Suatu pendekatan praktek*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Behrman, E.R., Kliegman, R., & Arvin, A.M. (2000). *Ilmu kesehatan anak*. Vol. 1. Edisi 15. (Penerjemah: Wahab, S., dkk). Jakarta: EGC.
- Bogopolsky. (2007). *Music and stress in children during general anesthesia and surgery*. Diakses pada 10 Februari 2011 dari http://www.wfmt.info/Musictherapyworld/modules/mmmagazine/issues/20080108093144/20080108100448/MTT8_3_Bogopolsky.pdf.
- Brennan, A. (1994). Caring for children during procedures: A review of the literature. *Pediatric Nursing*, 2 (5), 5-10
- Brewis, E. (1995). Issues in bereavement: There are no rules. *Pediatric Nursing*, 7 (9), 19-22.
- Broome, M. E., Rehwaldt, M., & Fogg, L. (1998). Relationships between cognitive behavioral techniques, temperament, observed distress, and pain reports in children and adolescents during lumbar puncture. *Journal of Pediatric Nursing*, 13(1), 48-51.
- Bungin, M.B. (2005). *Metodologi penelitian kuantitatif: Komunikasi, ekonomi, dan kebijakan public serta ilmu-ilmu sosial lainnya*. Edisi 1. Jakarta: Kencana.
- Clatworthy, S., Simon, K., & Tiedeman, M.E. (1999). Child drawing: Hospital manual. *Journal of Pediatric Nursing*, 14 (1), 10-17.
- Collinge, W. (2010). *Music therapy*. Diakses pada 4 Februari 2011 dari http://www_music_therapy/html.
- Coyne, I. (2006). Children experiences of hospitalization. *Journal of Child Health Care*, 10 (4), 326-336.
- Dorlan, W.A. (2000). *Dorland's illustrate and medical dictionary*. 29th edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

- Elizabeth, S. (2006). *Use guided imagery for relaxation*. Diakses pada 10 Februari 2011 dari <http://stress.about.com/od/generaltechniques/ht/howtoimagery.htm>.
- Erliana. (2011). *Pengaruh permainan boneka tangan terhadap penurunan stress hospitalisasi pada anak pra sekolah*. Diakses pada 01 Februari 2011 dari http://alumni.unair.ac.id/kumpulanfile/5699832643_abs.pdf.
- Friedman, M.M., Bowden, V.R., & Jones, E.G. (2010). *Buku ajar: Keperawatan keluarga riset teori dan praktik*. Edisi 5. (Penerjemah: Hamid. A.Y.S., dkk). Jakarta: EGC.
- Hallstrom, I. & Elander, G. (1997). Parents experience of hospitalization: different strategies for feeling secure. *Pediatric Nursing*, 23 (4), 24-30
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Hidayat, A.A.A. (2005). *Pengantar ilmu keperawatan anak I*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hockenberry, J.M., & Wilson, D. (2009). *Essentials of pediatric nursing*. St. Louis: Mosby An Affilite of Elsevier inc.
- Huth, M.M., Broome, M.E., & Good, M. (2004). Imagery reduces children's post-operative pain. *Pain*, 110 (1-2), 439-448.
- Huth, M.M., Kuiken V.D.M., & Broome, M.E. (2006). Playing in the park: What school-age children tell us about imagery. *Journal of Pediatric Nursing*, 21(2), 115-125.
- Huth, M.M., Daraiseh, N.M., Henson, M.A., & McLeod, S.M. (2009). Evaluation of the magic island: Relaxation for kids compact disc. *Journal of Pediatric Nursing*, 35 (5), 290-295.
- Ibung, D. (2008). *Panduan praktis bagi orang tua dalam memahami dan mendampingi anak: Stres pada anak (usia 6-12 tahun)*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- Irianto, H. A. (2006). *Statistik: Konsep dasar & aplikasinya*. Jakarta: Kencana Prenada Media.
- Jrank. (2011). *Guided imagery therapy*. Diakses pada 10 Februari 2011 dari <http://www.minddisorders.com/Flu-Inv/Guided-imagery-therapy.html>.
- Khatalae, D. (2007). *An intervention in reduce anxiety/fear in hospitalized thai school aged children*. Dissertation. Buffalo: Faculty of the Graduate School of The State University of New York.
- Lambert, S. (1996). The effects of hypnosis/guided imagery on the postoperative course of children. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 17(5), 307-310.

- Lemeshow, S., Hosmer. D. W., Klar, J., & Lwanga, S. (1997). *Besar sampel dalam penelitian kesehatan*. (Penerjemah: Gadj Mada University Press). Yogyakarta: Gadj Mada University Press.
- Mulyono. (2008). *Pengaruh terapi bermain terhadap tingkat stress hospitalisasi pada anak toddler*. Diakses pada 01 Februari 2011 dari <http://www.digilib.umm.ac.id/.../jiptumpp-gdl-s1-2008-adyekomuly-14588-PENDAHUL-N.pdf>.
- Muscari, M. E. (2005). *Panduan belajar: Keperawatan pediatric*. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Naparstek, B. (2000). *What is guided imagery*. Diakses pada tanggal 10 Februari 2011 dari http://www.healthjourneys.com/what_is_guided_imagery.asp.
- Ngastiyah. (2005). *Perawatan anak sakit*. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam, Rekawati, S., & Utami, S. (2005). *Asuhan keperawatan bayi dan anak*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2008). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan: Pedoman skripsi, tesis, dan instrument penelitian keperawatan*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1999). *Nursing research: Principles and methods*. Sixth edition. Philadelphia: Lippincott.
- Polit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2001). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization*. 5th edition . Philadelphia: Lippincott.
- Polit. D.F., & Bect. C.T, (2004). *Canadian essentials of nursing research*. Piladelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Purwandari, H. (2009). *Pengaruh terapi seni dalam menurunkan tingkat kecemasan anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi di wilayah Kab. Banyumas*. Tesis. Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Sastroasmoro. S., & Ismael. S. (1995). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Snyder, M., & Lindquist, R. (2006). *Complementary/alternative therapies in nursing*. Diakses pada 12 Februari 2011 dari <http://mirror.lib.unair.ac.id/bahan/EFOLDER/Complementary-Alternative-therapies-in-nursing.pdf>.
- Soetjiningsih. (1998). *Tumbuh kembang anak*. Jakarta: EGC.

- Stuart, G.W., & Lararia, M.T. (2001). *Principle and practice of psychiatric nursing*. 8th edition. St. Louis: Elsevier Mosby.
- (2005). *Principle and practice of psychiatric nursing*. 8th edition. St. Louis: Elsevier Mosby
- Stuble, D.A. (2008). *A focus on reducing anxiety in children hospitalized for cancer and diverse pediatric medical disease through a selfenganging art intervention*. Disertation. Chesnut Hill College The Faculty of The School of Professional Psychologyschesnut Hill College.
- Subardiah, P.I. (2009). *Pengaruh permainan terapeutik terhadap kecemasan, kehilangan control, dan ketakutan anak pra sekolah selama dirawat di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung*. Tesis (Tidak dipublikasikan). Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Sugiharto, R.T. (2007). *Jelajah imajinasi*. Yogyakarta: Pustaka Aupa.
- Sugiyono. (2007). *Statistik untuk penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Supartini, Y. (2004). *Buku ajar: Konsep dasar Keperawatan anak*. Jakarta: EGC.
- Tilburg, M.A.L., et al. (2009). Audio-recorded guided imagery treatment reduces functional abdominal pain in children: A pilot study. *Journal of the American Academy of Pediatrics*. 124:e890-e897; originally published online Oct 12, 2009. Diakses pada 20 Mei 2010 dari <http://www.pediatrics.org/misc/Permissions.shtml>.
- RSUD Undata. (2010). *Profil RSUD Undata Palu*. Palu: RSUD Undata
- Rudiansyah, M. (2008). Pengaruh latihan pasrah diri terhadap kadar CRP pada pasien DM dengan hipertensi, dislipidimea, dan gejala depresi. Diakses pada 7 Juni 2011 dari http://aburairhan74.woedpress.com/2009/02/20/laporan_penelitian_dzikir
- Tielle, W. (2010). How to use guded imagery for stress. Diakses pada 10 Februari 2011 dari http://www.ehoe.com/how_4779540_do-guided-imagery.html.
- Tutur. (2011). *Hospitalisasi pada anak*. Diakses pada 01 Februari 2011 dari <http://www.scribd.com/doc/25216213/HOSPITALISASI-pd-ANAK>.
- Undang-Undang Republik Indonesia tentang Kesehatan No 36 tahun 2009.
- Viedebeck, S.L. (2008). *Buku ajar: Keperawatan jiwa*. (Penerjemah: Komalasari, R., & Hany, A). Jakarta: EGC.
- Wong, D. L., Hockenberry, M., Eaton, Wilson, D., Winkelstein, M. L., & Schwartz, P. (2009). *Buku ajar: Keperawatan pediatrik*. Edisi 6. (Alih bahasa: Hartono. A., Kurnianingsih. S., & Setiawan). Jakarta: EGC.

LEMBARAN PENJELASAN PENELITIAN

Kepada
Yth
Di.....

Dengan hormat,
Saya **Fitria Masulili**, **NPM: 0906504751**, adalah mahasiswa **Program Pasca Sarjana Keperawatan Kekhususan Anak Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**, mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dalam penelitian saya dengan judul **“Pengaruh Metode Bimbingan Imajinasi Rekaman Audio pada Anak Usia Sekolah terhadap Stres Hospitalisasi di Rumah Sakit di Kota Palu”**

Partisipasi ini sepenuhnya sukarela. Adik/orang tua boleh memutuskan untuk berpartisipasi atau menolak kapanpun adik/orang tua kehendaki tanpa ada konsekuensi atau dampak tertentu. Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk meningkatkan pelayanan keperawatan pasien pada pasien anak yang sakit dan dirawat di rumah sakit. Oleh karena itu diharapkan partisipasi dari adik/orang tua.

Penelitian ini tidak menimbulkan resiko apapun terhadap adik/orang tua. Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi dan menghargai hak adik/orang tua dengan cara menjamin kerahasiaan identitas dan data yang diperoleh baik dalam pengumpulan data, pengolahan, maupun dalam penyajian laporan penelitian. Data yang diperoleh dari hasil penelitian ini tidak akan saya gunakan untuk kepentingan lain, hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian ini. Saya sangat menghargai kesediaan adik/orang tua menjadi responden dalam penelitian ini.

Untuk itu saya mohon kesediannya untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi responden. Atas perhatian, kerjasama dan kesediannya menjadi responden saya ucapkan terima kasih.

Peneliti

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(Informed Consent)

Setelah membaca dan memahami surat saudara Fitria Masulili, NPM 0906504751, mahasiswa Program Pasca Sarjana Keperawatan Kekhususan Anak Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia serta mendapat penjelasan maksud penelitiannya, maka saya/anak saya bersedia menjadi responden penelitian dengan judul :

“Pengaruh Metode Bimbingan Imajinasi Rekaman Audio pada Anak Usia Sekolah terhadap Stres Hospitalisasi di Rumah Sakit di Kota Palu”

Demikian pernyataan persetujuan ini saya tanda tangani dengan sukarela tanpa ada paksaan dari siapapun.

Palu, 2011

Responden/Orang tua

Peneliti

.....

**KUESIONER RESPONDEN
STRES HOSPITALISASI
(PRE)**

A. IDENTITAS RESPONDEN

No. Responden:

Umur:.....tahun

Jenis kelamin:

Tanggal masuk RS:

Pernah dirawat: Ya TidakJika Ya: 1 kali 2 kali >3 kali**B. PETUNJUK PENGISIAN**

Beri tanda (V) pada kolom yang tersedia sesuai dengan jawaban anak.

1. Selalu artinya jika anak selalu (76-100%) menunjukkan respon perilaku tersebut
2. Sering artinya jika anak sering (56-75%) menunjukkan respon perilaku tersebut
3. Kadang-kadang artinya jika anak kadang-kadang (26-55%) menunjukkan perilaku tersebut
4. Tidak pernah artinya jika anak tidak pernah (0-25%) menunjukkan perilaku tersebut

NO.	PERNYATAAN	JAWABAN			
		Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
1	Saya merasa jauh dari teman-teman saat saya berada di rumah sakit				
2	Berada di rumah sakit membuat saya tidak punya teman				
3	Saat perawat atau dokter mendekati saya, saya merasa takut				
4	Saya tidak mampu makan sendiri saat saya berada di rumah sakit				
5	Saya tidak dapat belajar selama berada di rumah sakit				
6	Saya sedih jika orang tua (mama dan papa) tidak berada setiap saat di ruang rawat (rumah sakit)				
7	Saya takut jika orang tua (mama dan papa) tidak berada di ruang rawat (rumah sakit)				

NO.	PERNYATAAN	JAWABAN			
		Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
8	Saya tidak akan menangis jika orang tua (mama dan papa) tidak menemani saya di rumah sakit				
9	Jika saya makan dibantu oleh orang tua (mama atau papa) atau saudara saya				
10	Saya tidak mau dibantu untuk ke kamar mandi				
11	Di rumah sakit saya tidak ingin bermain dengan anak lain yang juga dirawat				
12	Saya takut mati karena sakit dan berada di rumah sakit				
13	Berada di rumah sakit membuat saya tidak bisa belajar				
14	Saya mampu pakai baju sendiri saat berada di rumah sakit				
15	Di rumah sakit saya masih bisa bermain				
16	Saya takut jika suster menyuntik saya				
17	Saya takut sakit bekas suntikan tidak hilang				
18	Saya takut tangan saya bengkak jika disuntik				
19	Saya takut jika setelah disuntik saya tidak bisa bergerak				
20	Saya akan berpegangan pada orang tua (papa atau mama) saat suster menyuntik saya				
21	Saya tidak akan memegang tangan orang tua (mama atau papa) saat suster atau dokter memeriksa saya				
22	Saya berani jika perawat mengambil darah saya dengan suntikan				
	TOTAL				

Palu.....

(.....)

PROSEDUR BIMBINGAN IMAJINASI REKAMAN AUDIO

A. Persiapan pasien dan tempat

Pasien siap, tidak diwaktu makan, tidur, dan pelaksanaan tindakan keperawatan/ medis. Dan tempat disiapkan yaitu tempat yang tenang, nyaman, dan tidak ada orang lalu lalang.

B. Pengkajian awal

Riwayat perkembangan (pendidikan,), pengalaman trauma atau dirawat di RS, tujuan responden

C. Relaksasi

1. Atur posisi yang nyaman (tidur atau berbaring)
2. Minta anak untuk memilih gambar yang disenangi
3. Anjurkan anak untuk membuka mata atau menutup mata
4. Ajarkan anak teknik relaksasi nafas dalam dan rileks
5. Setelah anak merasa rileks/santai

D. Bimbingan Imajinasi Rekaman Audio

1. Beritahu anak bahwa sambil mendengarkan musik dan melihat gambar anak akan menghayal/atau membayangkan hal-hal yang indah/ menyenangkan terkait gambar yang dilihat selama 15 menit
2. Pasang MP4 (earphone)
3. Anjurkan anak menghayal/berimajinasi
4. Setelah 15 menit minta anak untuk menceritakan kembali khayalannya atau apa yang anak bayangkan terkait gambar yang dilihat
5. Anjurkan pada anak untuk menulis jam, tanggal, hari, dan menempelkan stiker pada kalender kegiatan

Depok,2011

Peneliti,

**KALENDER KEGIATAN BIMBINGAN IMAJINASI REKAMAN AUDIO
PADA ANAK USIA SEKOLAH**

Nomor responden:

NO.	HARI, JAM, TANGGAL	TEMPELAN STIKER	KETERANGAN
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Palu.2011

(.....)

**CATATAN PENELITI TENTANG INTERVENSI BIMBINGAN IMAJINASI
REKAMAN AUDIO**

No. Responden:

No.		Catatan
<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan responden: 2. Respon anak saat akan dilakukan tindakan: 3. Gambar yang dipilih anak: 4. Minat anak saat akan dilakukan intervensi: 5. Respon anak setelah intervensi: 		Tgl.....jam.....
<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan responden: 2. Respon anak saat akan dilakukan tindakan: 3. Gambar yang dipilih anak: 4. Minat anak saat akan dilakukan intervensi: 5. Respon anak setelah intervensi: 		Tgl.....jam.....
<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan responden: 2. Respon anak saat akan dilakukan tindakan: 3. Gambar yang dipilih anak: 4. Minat anak saat akan dilakukan intervensi: 5. Respon anak setelah intervensi: 		Tgl.....jam.....

Palu,..... 2011
Peneliti

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Biodata

Nama : Fitria Masulili
Tempat Tanggal Lahir : Pagimana, 03 Desember 1978
Pekerjaan : Dosen Tidak Tetap di Poltekkes Depkes Palu
Jurusan Keperawatan Prodi Keperawatan Palu
Alamat Rumah : BTN Palupi Permai Blok BS-3 No. 12 Palu
Sulawesi Tengah
Alamat Kantor : Jl. Lentora No. 25 KM 13 Mamboro Palu Barat
Sulawesi Tengah
No. Hp. : 085241393996

B. Riwayat Pendidikan

1. Program Pascasarjana Kekhususan Keperawatan Anak Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, 2009 – sekarang
2. Program Ekstensi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, 2004 – 2007
3. Akademi Keperawatan Departemen Kesehatan Palu, 1996 – 1999
4. SMAN Pagimana, 1993 – 1996
5. SMPN 1 Pagimana, 1990 – 1993
6. SDN II Pagimana, 1984 – 1990
7. Taman Kanak-Kanak Pertiwi Pagimana, 1982 – 1984

C. Riwayat Pekerjaan

1. Perawat Pelaksana Tenaga Honorer di Ruang Rawat VIP Anggrek RSUD Undata Palu, 2000
2. Guru Bantu Sementara di Akademi Keperawatan Departemen Kesehatan Palu, 2000 – 2001
3. Staf di Akademi Keperawatan Departemen Kesehatan Palu, 2001 – 2002
4. Dosen Tidak Tetap di Poltekkes Depkes Palu Jurusan Keperawatan Prodi Palu, 2002 – sekarang

D. Pelatihan Yang Diikuti

1. Pelatihan Implementasi Kurikulum Berbasis Kompetensi di Poltekkes Departemen Kesehatan Palu, 2007
2. Pelatihan Deteksi Dini Tumbuh Kembang di Jakarta, 2010
3. Pelatihan Vaksinologi di Jakarta, 2010
4. Pelatihan Penyakit Tropis Pada Anak, 2010
5. Pelatihan Metode Kanguru di Jakarta, 2011
6. Pelatihan Resusitasi Bayi di Depok, 2011
7. Pelatihan *Hypnotherapy* di Jakarta, 2011