



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS DETERMINAN KEJADIAN TAKUT PADA ANAK
PRA SEKOLAH DAN SEKOLAH YANG MENGALAMI
HOSPITALISASI DI RUANG RAWAT ANAK
RSU BLUD DR. SLAMET GARUT**

TESIS

**SRI RAMDANIATI
0906574732**

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



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS DETERMINAN KEJADIAN TAKUT PADA ANAK
PRA SEKOLAH DAN SEKOLAH YANG MENGALAMI
HOSPITALISASI DI RUANG RAWAT ANAK
RSU BLUD DR. SLAMET GARUT**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan

**SRI RAMDANIATI
0906574732**

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

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

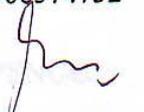
Tesis ini diajukan oleh

Nama : Sri Ramdaniati
NPM : 0906574732

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

Nama : Sri Ramdaniati

NPM : 0906574732

Tanda tangan : 

Tanggal : 30 Juni 2011

Pembimbing : Nani Nurhidani, SKp, MRS

Pembimbing : Happy Hayati, SKp, M.Kes, Sp.Kep.An.

Pengaji : Nur Agustina, SKp, Ns

Prognis : Ns. Nyimas Hasyah Nurrahmah, M.Kep.Sp.Sig, Ant.

Dimajukan di : Depok

Tanggal : 30 Juni 2011

HALAMAN PENGESAHAN

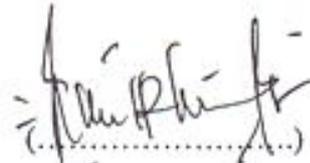
Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Sri Ramdaniati
NPM : 0906574732
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Analisis Determinan Kejadian Takut Pada Anak Usia Pra Sekolah Dan Sekolah Yang Mengalami Hospitalisasi Di Ruang Rawat Anak RSUD Dr. Slamet Garut

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

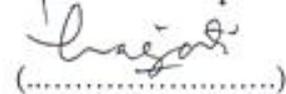
DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Nani Nurhaeni, SKp. MN.



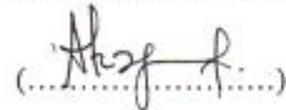
(.....)

Pembimbing : Happy Hayati, SKp. M.Kep.Sp.Kep.An.



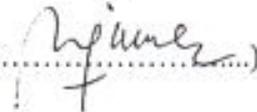
(.....)

Penguji : Nur Agustini, SKp. M.Si



(.....)

Penguji : Ns. Nyimas Heny Purwati, M.Kep.Sp.Kep.An. (.....)



(.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 30 Juni 2011

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkah dan karunia-Nya, akhirnya penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul "Analisis Determinan Kejadian Takut pada Anak Usia Pra Sekolah dan Sekolah yang Mengalami Hospitalisasi di Ruang Rawat Anak Rumah Sakit Umum BLUD Dr. Slamet Garut". Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi syarat untuk memperoleh gelar magister ilmu keperawatan.

Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu pada kesempatan ini, penulis menyampaikan rasa hormat dan terima kasih kepada:

1. Nani Nurhaeni, SKp. MN, sebagai Pembimbing I yang telah meluangkan waktu untuk memberikan masukan dan arahan selama penyusunan proposal tesis.
2. Happy Hayati, SKp. M.Kep. Sp. Kep. An sebagai Pembimbing II yang juga telah meluangkan waktu dan tenaganya untuk memberikan koreksi, masukan dan arahan selama penyusunan proposal tesis ini.
3. Nur Agustini, SKp. M.Si selaku penguji pada saat proposal tesis, sidang hasil maupun sidang tesis yang banyak memberikan masukan berharga bagi kesempurnaan tesis ini.
4. Ns. Nyimas Heny Purwati, M.Kep Sp. Kep.An selaku penguji tesis yang telah memberikan kontribusi dalam perbaikan tesis ini..
5. Astuti Yuni Nursasi SKp, MN., selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
6. Dewi Irawaty, M.A, PhD. selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
7. Staf non-akademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah menyediakan fasilitas demi kelancaran penyusunan proposal tesis.

8. Dr. H. Maskut Farid, MM. selaku Direktur RSUD dr. Slamet Garut yang telah memberikan ijin melakukan penelitian di rumah sakit yang dipimpinnya.
9. Yeni Mariam, SKep. Ners. selaku Kepala Bidang Keperawatan RSUD dr. Slamet Garut beserta staf yang telah memfasilitasi pelaksanaan penelitian.
10. Kepala Ruang Ners I dan II beserta staf yang telah membantu pelaksanaan penelitian.
11. In-In Indrayani, SKep. dkk yang telah membantu peneliti dalam proses pengumpulan data.
12. Keluarga tercinta, suami E. Kusnadi dan anak-anakku Ivanna Fauziyah Kusnadi, dan Natasha Kamila Kusnadi atas cinta dan dukungannya.
13. Kedua orang tua yang tiada henti memanjatkan doa di setiap sujudnya.
14. Rekan-rekan seangkatan, khususnya Program Magister Keperawatan Anak yang telah bersama saling membantu, dan saling mendukung.
15. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu dan ikut berperan dalam penelitian ini.

Selanjutnya demi kesempurnaan dalam penyusunan tesis ini, penulis sangat mengharapkan masukan, saran dan kritik yang bersifat membangun.

Semoga Allah SWT senantiasa menambah ilmu dan melimpahkan kasih sayang-Nya bagi hamba-hambanya yang senantiasa memberikan ilmu yang bermanfaat bagi orang lain. Amin.

Depok, Juni 2011

Peneliti

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

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

Nama : Sri Ramdaniati
NPM : 0906574732
Program Studi : Magister Keperawatan
Departemen : Keperawatan Anak
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

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

Analisis Determinan Kejadian Takut pada Anak Usia Pra Sekolah dan Sekolah yang Mengalami Hospitalisasi di Ruang Rawat RSUD. Dr. Slamet Garut.

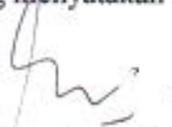
Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), merawat dan memublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada Tanggal : 30 Juni 2011

Yang menyatakan



Sri Ramdaniati

ABSTRAK

Nama : Sri Ramdaniati
Program Studi : Magister Keperawatan Fakultas Ilmu keperawatan
Judul : Analisis Determinan Kejadian Takut pada Anak Usia Pra Sekolah dan Sekolah yang Mengalami Hospitalisasi di Ruang Rawat Anak RSUD dr. Slamet Garut.

Takut pada anak yang mengalami hospitalisasi merupakan fenomena yang sering ditemui dan berdampak terhadap penolakan tindakan. Penelitian ini untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian takut anak usia pra sekolah dan sekolah yang mengalami hospitalisasi. Desain *cross sectional*, dengan sampel 100 responden melalui *purposive sampling*. Analisa menggunakan *chi square* dan regresi logistik ganda. Hasil menunjukkan takut dialami oleh 53 % responden, selanjutnya terdapat hubungan signifikan antara karakteristik anak, keluarga dan lingkungan dengan kejadian takut. Kesimpulan bahwa usia dan kecemasan keluarga merupakan determinan kejadian takut anak usia pra sekolah dan sekolah yang mengalami hospitalisasi, maka disarankan bagi perawat untuk meningkatkan pemberian dukungan emosional kepada keluarga, serta mengatur situasi ruangan yang kondusif dan tidak menakutkan bagi anak.

Kata kunci:
Takut, Hospitalisasi

ABSTRACT

Name : Sri Ramdaniati
Study Program: Graduate Program Nursing Faculty
Title : Analysis of the Determinant of the Fear Incident in the Pre School
and School Age Children who have Hospitalization in Children
Ward RSU BLUD Dr. Slamet Garut

Fear of children experiencing hospitalization is a common phenomenon. This study aimed to identify factors associated with the incidence of fear in pre-school and school age children who experience hospitalization. The design used *cross-sectional* with sample of 100 respondents by *purposive sampling*. The results showed that the fear experienced by 53% of respondents, and a significant relationship between children, family and environment characteristics with incidence of fear. The study concluded that age and family anxiety is determinant of the incidence of fear in pre-schools and school age children that have experienced hospitalization. The researcher suggests that pediatric nurse should give emotionally support for family and make room situation setting that is conducive and less frightened for children.

Key words:
Fear, hospitalization

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	vi
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR DIAGRAM	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR SKEMA.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
BAB I : PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	7
1.3. Tujuan	8
1.4. Manfaat Penelitian.....	9
BAB II : TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Konsep Anak	10
2.1.1 Definisi Anak	10
2.1.2 Anak Usia Pra Sekolah.....	10
2.1.3 Anak Usia Sekolah	12
2.2 Konsep Hospitalisasi	13
2.2.1 Definisi Hospitalisasi	13
2.2.2 Stressor dan Reaksi Anak Pra Sekolah dan Sekolah terhadap Hospitalisasi	14
2.2.3 Dampak Hospitalisasi.....	20
2.2.4 Manfaat Hospitalisasi	21
2.3 Konsep Ketakutan pada Hospitalisasi	22
2.3.1 Pengertian	22
2.3.2 Hubungan Takut dengan Hospitalisasi.....	22
2.3.3 Penyebab Takut	23
2.3.4 Perkembangan Takut Berdasarkan Usia	24
2.3.5 Reaksi Ketakutan pada Anak	25
2.3.6 Neurobiologi Takut	26
2.3.7 Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Ketakutan	27
2.3.8 Pengukuran Takut pada Anak	32
2.4 Aplikasi Teori Adaptasi dan Teori <i>Caring</i> pada Anak yang Mengalami Hospitalisasi	34
2.4.1 Teori Adaptasi Roy	34
2.4.2 Teori <i>Caring</i> Swanson	36
2.5 Kerangka Teoritis	38

BAB III :KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL	40
3.1 Kerangka Konsep	40
3.2 Hipotesis	41
3.3 Definisi Operasional	42
BAB IV : METODOLOGI PENELITIAN	46
4.1 Desain Penelitian	46
4.2 Populasi dan Sampel	46
4.2.1 Populasi	46
4.2.2 Sampel	46
4.3 Tempat Penelitian	46
4.4 Waktu Penelitian	48
4.5 Etika Penelitian	49
4.6 Alat Pengumpulan Data	49
4.7 Validitas dan Reliabilitas.....	51
4.7.1 Validitas	54
4.7.2 Reliabilitas	54
4.8 Prosedur Pengumpulan Data	55
4.8.1 Prosedur Administratif	57
4.8.2 Prosedur teknis	57
4.9 Pengolahan dan Analisis Data	57
4.9.1 Pengolahan Data	58
4.9.2 Analisis Data	58
	59
BAB V : HASIL PENELITIAN.....	62
5.1 Analisis Univariat	62
5.1.1 Variabel <i>Independent</i>	62
5.1.2 Variabel <i>Dependent</i>	63
5.2 Analisis Bivariat	66
5.3 Analisis Multivariat	66
	73
BAB VI : PEMBAHASAN	81
6.1 Interpretasi dan Hasil Diskusi	81
6.2 Keterbatasan Penelitian	81
6.3 Implikasi Keperawatan	94
	96
BAB VII : SIMPULAN DAN SARAN	98
7.1 Simpulan	98
7.2 Saran	98
	99
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

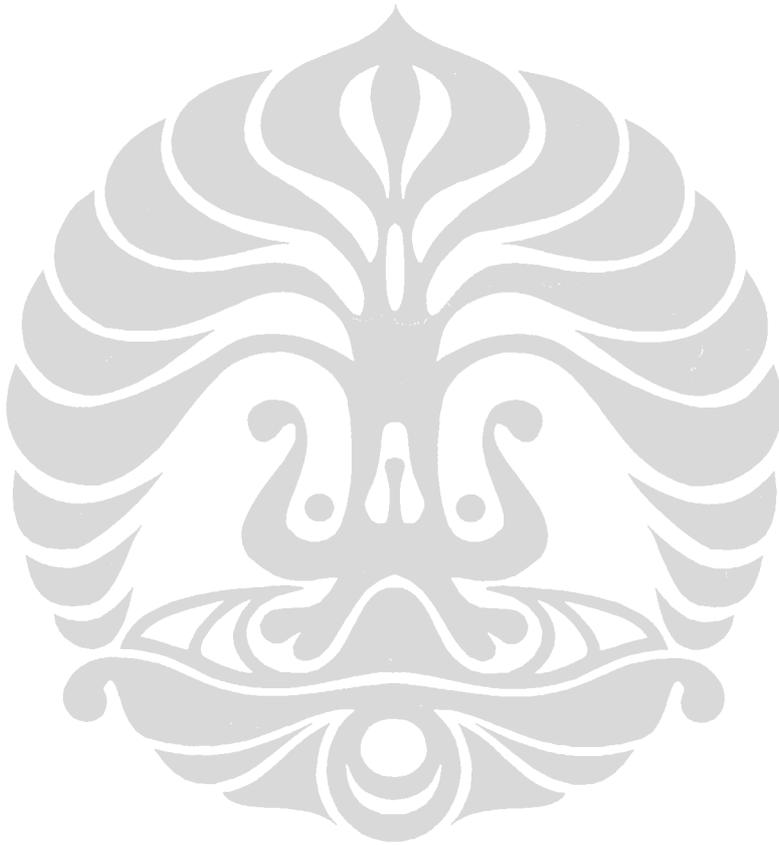
DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Tiga Pola Umum Temperamen Anak	32
Tabel 3.1	Definisi Operasional Variabel Penelitian	43
Tabel 4.1	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian	56
Tabel 4.2	Analisis Data	61
Tabel 5.1	Distribusi Usia dan Lama Hari Rawat Responden di RSUD dr. Slamet Garut Bulan April-Mei 2011 (n = 100)	63
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Responden Menurut Karakteristik Anak di RSUD dr. Slamet Garut Bulan April-Mei 2011(n= 100)	63
Tabel 5.3	Distribusi Frekuensi Responden Menurut Karakteristik Keluarga di RSUD dr. Slamet Garut Bulan April-Mei 2011 (n = 100)	64
Tabel 5.4	Distribusi Frekuensi Responden Menurut Karakteristik Lingkungan Rumah Sakit Di RSUD dr. Slamet Garut Bulan April-Mei 2011 (n = 100)	65
Tabel 5.5	Distribusi Rata-rata Usia Responden dan Lama Dirawat di Rumah Sakit Menurut Kejadian Takut Di RSUD dr. Slamet Garut Bulan April-Mei 2011 (n = 100)	67
Tabel 5.6	Distribusi Responden Menurut Karakteristik Anak dan Kejadian Takut di RSUD dr.Slamet Garut Bulan April-Mei 2011 (n = 100)	68
Tabel 5.7	Distribusi Responden Menurut Karakteristik Keluarga dan Kejadian Takut di RSUD dr.Slamet Garut Bulan April-Mei 2011 (n = 100)	70
Tabel 5.8	Distribusi Responden Menurut Karakteristik Lingkungan dan Kejadian Takut Rumah Sakit di RSUD dr.Slamet Garut Bulan April-Mei 2011 (n = 100)	72
Tabel 5.9	Hasil Seleksi Bivariat Uji Regresi Logistik Analisis Determinan Kejadian Takut Pada Anak Yang Mengalami Hospitalisasi di RSUD dr. Slamet Garut Bulan April-Mei 2011.....	73

Tabel 5.10	Model I (<i>Full Model</i>) Analisis Multivariat Analisis Determinan Kejadian Takut Pada Anak di RSUD dr. Slamet Garut Bulan April-Mei 2011	74
Tabel 5.11	Model II : Analisis Multivariat Variabel Umur, Jenis Kelamin, Pengalaman Dirawat, Lama Dirawat, Pengalaman Mendapatkan Tindakan <i>Invasive</i> , Temperamen, Tingkat Sosial Ekonomi, Kecemasan, Ketersediaan Sistem pendukung dan Lingkungan yang menakutkan Pada Responden Di RSUD dr Slamet Garut Bulan April-Mei 2011	75
Tabel 5.12	Perbandingan <i>Odds Ratio</i> (OR) Sebelum dan Sesudah Variabel pendidikan Dikeluarkan Pada Responden Di RSUD dr. Slamet Garut	76
Tabel 5.13.	Model III: Analisis Multivariat Variabel Umur, Jenis Kelamin, Pengalaman Dirawat, Lama Dirawat, Temperamen, Tingkat Sosial Ekonomi, Kecemasan, Ketersediaan Sistem Pendukung, Lingkungan yang Menakutkan dan Pendidikan Ibu Pada Responden Di RSUD dr Slamet Garut Bulan April-Mei 2011	77
Tabel 5.14	Perbandingan <i>Odds Ratio</i> (OR) Sebelum dan Sesudah Variabel Pengalaman Mendapatkan Tindakan <i>Invasive</i> Dikeluarkan Pada Responden Di RSUD dr. Slamet Garut.....	78
Tabel 5.15.	Model Akhir : Analisis Multivariat Variabel Umur, Pendidikan Ibu, Tingkat Sosial Ekonomi, Pengalaman Dirawat, Lingkungan yang Menakutkan, Lama Dirawat, Temperamen, Ketersediaan Sistem Pendukung, Kecemasan, dan Jenis Kelamin Responden Di RSUD dr Slamet Garut Bulan April-Mei 2011.....	79

DAFTAR DIAGRAM

- Diagram 5.1 Distribusi Responden Menurut Kejadian Takut Di RSU
BLUD dr. Slamet Garut Bulan April-Mei 2011 (n = 100)..... 66



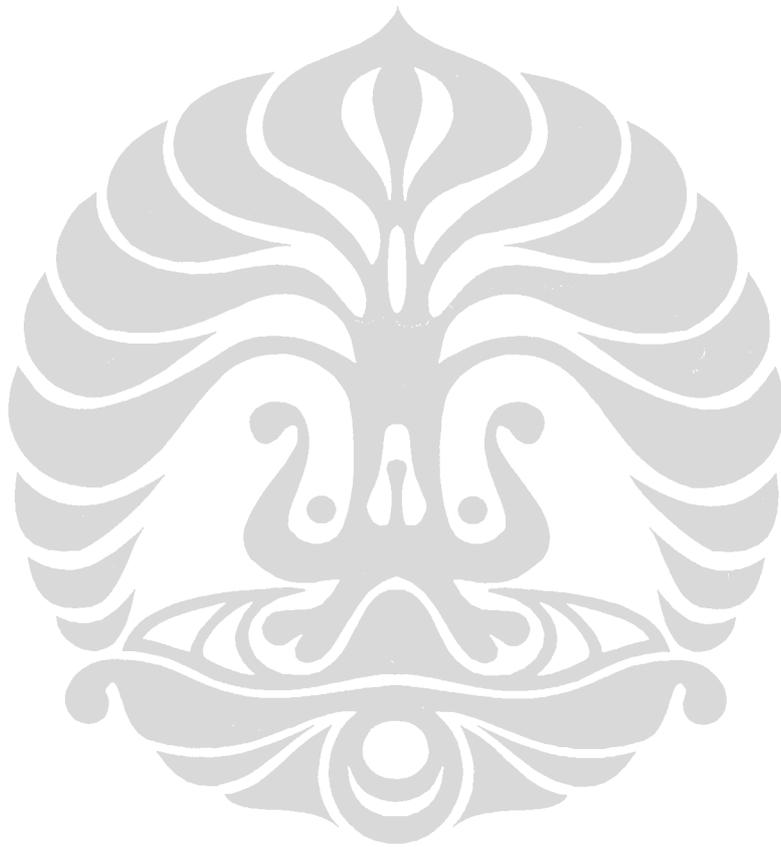
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Amigdala	26
Gambar 2.2	Anterior Cingulated Cortex	27
Gambar 2.3	Manusia Sebagai Sistem Adaptif	34



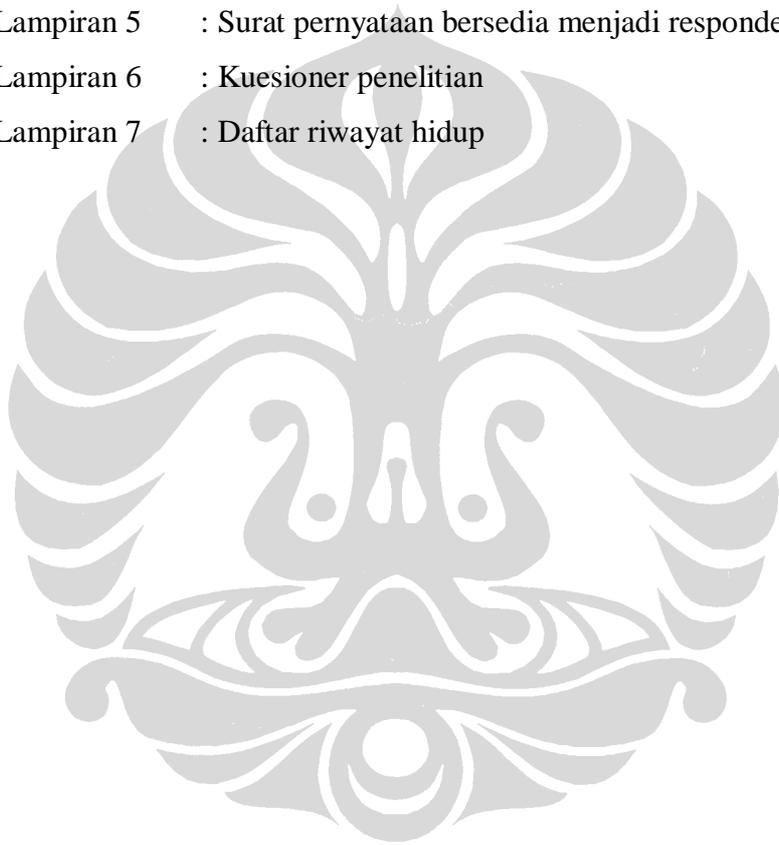
DAFTAR SKEMA

Skema 2.1	Kerangka Teori Penelitian	39
Skema 3.1	Kerangka Konsep Penelitian	41



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Surat rekomendasi *research/survey* dari Kantor Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kabupaten Garut
- Lampiran 2 : Surat ijin penelitian dari RSUD dr. Slamet Garut
- Lampiran 3 : Surat keterangan lolos kaji etik dari Komite Etik Penelitian Keperawatan FIK UI.
- Lampiran 4 : Penjelasan penelitian
- Lampiran 5 : Surat pernyataan bersedia menjadi responden penelitian
- Lampiran 6 : Kuesioner penelitian
- Lampiran 7 : Daftar riwayat hidup



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Anak adalah anugerah, karunia dan amanah dari Tuhan Yang Maha Esa, yang dalam dirinya melekat harkat dan martabat sebagai manusia seutuhnya. Selain itu anak juga merupakan tunas, potensi dan generasi muda penerus cita-cita perjuangan bangsa yang memiliki peran strategis dan ciri serta sifat khusus yang menjamin kelangsungan kehidupan bangsa dan negara di masa depan. Berdasarkan survey antar sensus penduduk pada tahun 2005 yang dilakukan oleh Badan Pusat Statistik, jumlah anak dan remaja yang berusia 0-19 tahun berkisar antara 81,7 juta jiwa atau hampir 38 % dari jumlah penduduk Indonesia secara keseluruhan yaitu 213,3 juta jiwa (Badan Pusat Statistik, 2005). Jumlah ini jauh lebih besar dibandingkan dengan jumlah penduduk negara Malaysia yang pada tahun 2007 hanya berjumlah 27,2 juta jiwa (Depkes, 2008). Kondisi anak Indonesia yang cukup besar ini akan menjadi modal bagi pembangunan negara di kemudian hari jika mereka tumbuh dan berkembang secara optimal, baik fisik, mental maupun sosial, dan berakhlak mulia. Akan tetapi jika mereka dalam keadaan sakit yang berkepanjangan, terlantar atau mengalami masalah kesehatan lainnya seperti kecacatan dan disabilitas, maka mereka akan menjadi hal yang memberatkan bagi pembangunan bangsa.

Sehat dan sakit merupakan sebuah rentang yang dapat dialami oleh semua manusia, tidak terkecuali oleh anak. Anak dengan segala karakteristiknya memiliki peluang yang lebih besar untuk mengalami sakit jika dikaitkan dengan respon imun dan kekuatan pertahanan dirinya yang belum optimal. Keadaan sakit pada anak dipengaruhi oleh berbagai hal yang cukup kompleks, mulai dari faktor fisik, sosial, budaya dan ekonomi, sehingga tidak ada intervensi tunggal yang secara sukses mampu menghentikan siklus mortalitas dan morbiditas pada anak (Markum, 2002). Keadaan sakit maupun sehat pada

anak sangat menentukan kesejahteraan anak, dan jika kesejahteraan anak dapat terjamin maka akan menghasilkan anak-anak yang berkualitas (Markum, 2002). Kesejahteraan anak dipengaruhi oleh pola asuh, gaya hidup, pola penyakit, keadaan sosial ekonomi, lingkungan dan pelayanan kesehatan (Behrman, Kliegman, & Arvin, 2000; Markum, 2002; Soetjiningsih, 1998). Pelayanan kesehatan yang diberikan dalam rangka meningkatkan kesejahteraan kepada anak meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Pelayanan kesehatan yang diberikan pada anak sakit dapat berupa pengobatan dan perawatan yang dilakukan baik di unit rawat jalan maupun di unit rawat inap. Jika dalam suatu prosedur pengobatan dan atau perawatan mengharuskan mereka untuk tinggal di rumah sakit maka anak-anak tersebut akan berada dalam situasi hospitalisasi. Saat ini pola penyakit di Indonesia yang menyebabkan seseorang harus menjalani rawat inap atau hospitalisasi ditempati oleh penyakit diare (7,95 %) di urutan pertama dan demam berdarah dengue (3,64%) di urutan kedua (Departemen Kesehatan RI, 2008).

Hospitalisasi adalah suatu proses dirawat atau tinggal di rumah sakit yang dapat merupakan pengalaman baru dan seringkali menakutkan bagi seorang anak (Turkington & Tzeel, 2004). Hospitalisasi merupakan hal yang dapat menyebabkan timbulnya stres bagi anak berkaitan dengan adanya perubahan lingkungan dan status kesehatan yang mereka alami. Menurut Hockenberry, Wilson dan Winkelstein (2005), hal utama yang dapat menyebabkan stres dari proses hospitalisasi adalah perpisahan dari orang tua, kehilangan kontrol, serta takut akan cedera tubuh dan nyeri. Hal tersebut didukung oleh Lau (2002) yang menjelaskan bahwa sumber stres yang seringkali terjadi pada anak adalah bolos sekolah, hubungan interpersonal, kemiskinan, penyakit kronis, prosedur medis dan hospitalisasi.

Selain stres, hospitalisasi juga menyebabkan ketakutan pada anak usia 4-6 tahun (Salmela, Salanterä & Aronen, 2009). Di dalam penelitiannya dijelaskan

bahwa perawatan di rumah sakit menyebabkan takut dan kecemasan pada 91 % anak usia sekolah. Berbeda dengan anak usia 6-12 tahun yang telah mampu mengungkapkan perasaan takutnya kepada orang lain, anak usia 3-6 tahun hanya berani mengungkapkan rasa takut pada orang tuanya (Salmela, Salanterä & Aronen, 2009). Berdasarkan hasil wawancara dengan orang tua, dijelaskan bahwa hampir 83 % anak usia sekolah mengalami berbagai gejala kecemasan berkaitan dengan ketakutan di rumah sakit (Rossen & Mc Keever, 1996).

Anak yang mengalami sakit dan dirawat di rumah sakit memiliki beberapa kondisi dan masalah yang harus mereka hadapi, diantaranya adalah penyesuaian terhadap lingkungan baru beserta orang-orang yang terlibat di dalamnya, penerimaan terhadap berbagai prosedur medis dan keperawatan serta hubungan dengan pasien-pasien lainnya. Kondisi tersebut akan menyebabkan cemas dan takut pada anak yang bila tidak ditangani segera akan mengakibatkan penolakan pada tindakan atau prosedur perawatan dan medis yang harus mereka jalani. Dampak yang terjadi jika hal tersebut berlanjut adalah kemungkinan bertambahnya hari rawat dan bertambah beratnya kondisi kesehatan (Shields, 2001).

Ketakutan yang dialami oleh seorang anak yang dirawat di rumah sakit dapat beraneka ragam, seperti yang diungkapkan oleh Salmela, Salanterä dan Aronen (2009) bahwa perasaan takut yang dialami oleh seorang anak berusia 4-6 tahun ketika dirawat di rumah sakit berasal dari beberapa hal, yaitu kurangnya informasi yang adekuat, lingkungan yang asing dan tidak sesuai perkembangan anak, tim pemberi pelayanan kesehatan (dokter, perawat, atau petugas laboratorium) serta intervensi keperawatan. Sedangkan penelitian yang dilakukan sebelumnya terhadap anak usia sekolah (6-12 tahun) menjelaskan bahwa terdapat empat hal utama yang menyebabkan rasa takut pada anak yang dirawat di rumah sakit, yaitu takut bolos sekolah, takut disuntik, takut jauh dari keluarga dan takut diambil darah (Mahat & Scoloveno, 2006).

Takut adalah reaksi terhadap stimulus external yang muncul secara episodik dan berkaitan dengan kesadaran otonom ketika individu terpapar oleh suatu stimulus (Schroeder, 2002), sedangkan takut menurut Shives (2005) adalah respon emosional dan psikologis terhadap bahaya yang diketahui atau telah dikenali. Takut merupakan respon adaptif yang biasa terhadap situasi yang mengancam dan terjadi secara tiba-tiba (Pavuluri, Henry & Allen, 2002). Peneliti yang telah mencoba mengidentifikasi faktor yang dapat mempengaruhi rasa takut pada anak yang dirawat di rumah sakit adalah Murriss dan Broeren (2009) serta Burkhardt, Loxton dan Murriss (2003) yang menjelaskan bahwa usia, dan jenis kelamin memiliki pengaruh terhadap ketakutan anak. Ketakutan pada anak juga sangat bervariasi tergantung dari tingkat perkembangan kognitif. Anak usia pra sekolah mengalami takut terhadap kegelapan, kesendirian (terutama saat tidur), binatang, hantu serta objek atau orang yang berkaitan dengan nyeri (Hockenberry & Wilson, 2009). Anak usia sekolah sering menghadapi ketakutan yang dirasakan terhadap bahaya fisik, kerusakan badan, atau prestasi di sekolah, tetapi ketakutan ini berbeda pula pada anak remaja dimana mereka sering melaporkan ketakutan berkaitan dengan hubungan sosial, kematian dan penyakit (Murriss et al, 2000).

Respon ketakutan anak terhadap prosedur hospitalisasi dipengaruhi oleh tingkat perkembangan, pengalaman sakit dan dirawat sebelumnya, perpisahan dari orang tua dan keluarga, kemampuan koping, kegawatan penyakit serta ketersediaan sistem pendukung (Hockenberry & Wilson, 2009). Selain faktor-faktor tersebut di atas, Shields (2001) menjelaskan bahwa kepribadian anak yang terdiri atas temperamen, penguasaan diri dan koping juga turut mempengaruhi respon anak. Pernyataan tersebut didukung oleh beberapa penelitian terdahulu yang juga telah menjelaskan bahwa terdapat hal-hal yang turut mempengaruhi takut pada anak yang mengalami hospitalisasi. Ollendick, King dan Frary (1989) yang mengungkapkan bahwa takut sering terjadi pada anak di semua tingkat usia, dimana anak perempuan memperlihatkan rasa takut yang lebih besar dari anak laki-laki dan anak kecil mengalami rasa takut yang lebih spesifik dibanding anak yang besar. Jenis

kelamin juga memiliki pengaruh terhadap koping mekanisme anak-anak yang mengalami hospitalisasi, dimana dikatakan bahwa anak perempuan cenderung lebih emosional dibandingkan anak laki-laki (Caffo, Forresi & Lievers, 2005). Selain dari faktor – faktor yang berkaitan dengan karakteristik anak seperti usia, jenis kelamin, temperamen, dan kemampuan koping, faktor keluarga dan lingkungan rumah sakit juga dapat mempengaruhi ketakutan anak seperti tindakan keperawatan atau medis, kurangnya informasi yang adekuat, lingkungan yang asing dan tidak sesuai perkembangan anak, serta tim pemberi pelayanan kesehatan (dokter, perawat, dan petugas laboratorium).

Penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan ketakutan pada anak di Indonesia belum banyak dilakukan seperti halnya di luar negeri, tetapi penelitian tentang dampak hospitalisasi dan upaya penanganannya telah banyak dilakukan. Penelitian-penelitian yang berkaitan dengan hal tersebut adalah penelitian yang dilakukan oleh Purwandari, Mulyono dan Sucipto (2007) serta Pelitawati (2009). Purwandari, Mulyono dan Sucipto (2007) menjelaskan bahwa permainan terapeutik dengan menggunakan jenis permainan pengobatan dan pohon keluarga dapat menurunkan kecemasan perpisahan pada anak usia pra sekolah, sedangkan hasil penelitian Pelitawati (2009) tentang pengaruh permainan terapeutik terhadap kecemasan, kehilangan kontrol dan ketakutan anak pra sekolah selama dirawat di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung menjelaskan bahwa penurunan ketakutan terhadap cedera pada anak usia pra sekolah setelah permainan terapeutik pada kelompok intervensi lebih besar daripada kelompok kontrol.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di Rumah Sakit Umum BLUD dr. Slamet Garut Provinsi Jawa Barat pada Bulan November 2010 didapatkan data bahwa rumah sakit tersebut memiliki 3 (tiga) ruang perawatan anak. Rata-rata jumlah pasien rawat inap di ruang tersebut setiap bulannya adalah 126 orang anak yang sebagian besar menderita penyakit akut yaitu pneumonia di urutan pertama (25,7 %) dan diare pada urutan kedua (24 %). Penyakit akut erat kaitannya dengan takut pada anak

sebagai respon emosional terhadap perubahan status kesehatan yang terjadi secara tiba-tiba. Berbeda dengan anak yang mengidap penyakit kronis, dimana kondisi tersebut memungkinkan anak untuk beradaptasi dengan keadaan sakit dan rumah sakit. Hasil pengamatan yang dilakukan di ruangan dapat dijelaskan bahwa orang tua ikut terlibat dalam perawatan anaknya terutama dalam pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* dan nutrisi seperti memandikan, membantu saat buang air besar dan buang air kecil juga menyuapi serta dalam pemenuhan rasa aman dan nyaman.

Studi pendahuluan kedua yang dilakukan peneliti pada Bulan Januari 2011 melalui teknik wawancara memperlihatkan hasil bahwa 60 % anak mengatakan takut sekali untuk dirawat, 20 % sedikit takut dan 20 % tidak takut. Hasil wawancara lainnya menunjukkan bahwa 53 % takut sekali untuk disuntik dan 80 % takut sekali berpisah dari orang tuanya. Respon ketakutan anak yang berhasil diobservasi saat anak dirawat antara lain adalah menangis saat didekati oleh perawat (33 %), menjerit saat dilakukan pemeriksaan (27 %), menolak untuk diperiksa (14 %) atau berdiam diri ketika ditanya oleh perawat atau dokter (50 %). Selain hal tersebut di atas, hasil observasi secara umum tentang upaya perawat dalam mengurangi respon hospitalisasi di ruang anak di RSUD dr. Slamet Garut didapatkan bahwa tidak adanya upaya yang secara khusus dilakukan oleh perawat untuk mengurangi respon ketakutan pada anak berkaitan dengan proses hospitalisasi yang dialaminya.

Berdasarkan uraian di atas, dapat diketahui bahwa ketakutan pada anak yang mengalami hospitalisasi cukup besar dan memberikan dampak terhadap proses asuhan keperawatan. Hal tersebut perlu mendapatkan perhatian serius dari para perawat, khususnya perawat anak. Perawat anak perlu mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian takut pada anak, sehingga dapat melakukan tindakan yang tepat untuk meminimalkan atau menurunkan kejadian takut pada anak yang dirawat di rumah sakit. Pentingnya perawat mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian takut pada anak

yang mengalami hospitalisasi sehingga dapat meminimalkan dampak negatif terhadap proses asuhan menjadi latar belakang dilakukannya penelitian ini.

1.2 Rumusan Masalah

Hospitalisasi merupakan sebuah hal yang dapat menimbulkan terjadinya stres bagi semua orang tidak terkecuali juga pada anak. Pada saat anak mengalami hospitalisasi, mereka akan menghadapi lingkungan dan rutinitas baru, perpisahan dari orang-orang yang dicintai serta tindakan medis dan perawatan. Hal tersebut akan menyebabkan kecemasan dan ketakutan. Kecemasan dan ketakutan yang dialami oleh anak dapat mengganggu proses tumbuh kembang dan kelancaran pelaksanaan asuhan sehingga bisa berdampak terhadap lamanya waktu rawat serta tingkat keseriusan penyakit. Respon emosional, fisik dan psikologis yang sering diperlihatkan oleh seorang anak ketika ketakutan sangat beragam, tergantung dari karakteristik anak, keluarga dan lingkungan yang menyertainya.

Penelitian terdahulu yang mengungkapkan ketakutan pada anak menyatakan bahwa takut sering terjadi pada anak di semua tingkat usia, dimana anak perempuan memperlihatkan rasa takut yang lebih besar dari anak laki-laki dan anak kecil mengalami rasa takut yang lebih spesifik dibanding anak yang besar (Ollendick, King & Frary, 1989). Selain itu hasil penelitian lain menyatakan bahwa terdapat perbedaan rasa takut di antara anak-anak pada ras yang berbeda, dalam penelitian itu dijelaskan bahwa anak yang berkulit hitam (Bangsa Afrika) dan anak dengan kulit berwarna memiliki rasa takut yang lebih tinggi daripada anak yang berkulit putih (Burkhardt, Loxton & Muris, 2003).

Saat ini belum ada penelitian di Indonesia yang mengungkap tentang fenomena takut pada anak yang mengalami hospitalisasi. Penelitian yang telah banyak dilakukan hanya berkaitan dengan hospitalisasi dan hubungannya dengan kecemasan serta upaya penanganan kecemasan tersebut. Hal itu terjadi dimungkinkan karena kecemasan dan ketakutan sering diartikan

sebagai suatu hal yang sama, tetapi pada dasarnya takut dan cemas adalah dua hal yang sangat berbeda dan memungkinkan untuk diteliti lebih jauh.

Para perawat di RSUD dr. Slamet Garut yang merawat pasien anak umumnya menghadapi berbagai respon ketakutan anak terhadap hospitalisasi. Anak usia pra sekolah menunjukkan ketakutannya dengan menangis, tidak mau lepas dari orang tua atau menolak tindakan, sedangkan pada anak usia sekolah cenderung menarik diri sebagai respon dari rasa takutnya terhadap proses hospitalisasi. Keberagaman respon tersebut berkaitan dengan usia perkembangan sebagai karakteristik yang dimiliki anak-anak.

Berdasarkan kondisi di atas, maka peneliti merasa tertarik untuk mengetahui lebih jauh tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan ketakutan anak yang dirawat di rumah sakit dalam sebuah penelitian yang berjudul “Analisis Determinan Kejadian Takut pada Anak Pra Sekolah dan Sekolah yang Mengalami Hospitalisasi di Ruang Rawat Anak RSUD dr. Slamet Garut”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian takut pada anak yang mengalami hospitalisasi

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Teridentifikasinya kejadian takut pada anak yang mengalami hospitalisasi
- b. Teridentifikasinya karakteristik anak, karakteristik keluarga dan karakteristik lingkungan rumah sakit.
- c. Teridentifikasinya hubungan antara karakteristik anak dengan kejadian takut pada anak yang mengalami hospitalisasi
- d. Teridentifikasinya hubungan antara karakteristik keluarga dengan kejadian takut pada anak yang mengalami hospitalisasi

- e. Teridentifikasinya hubungan antara karakteristik lingkungan rumah sakit dengan kejadian takut pada anak yang mengalami hospitalisasi.
- f. Teridentifikasinya faktor yang paling berhubungan terhadap kejadian takut pada anak yang mengalami hospitalisasi.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Pelayanan Keperawatan dan Masyarakat

- a. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai sumber informasi atau masukan bagi perawat anak tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian takut pada anak usia pra sekolah dan sekolah yang mengalami hospitalisasi. Selanjutnya hal tersebut dapat dijadikan dasar pertimbangan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada anak dalam rangka mengurangi dampak hospitalisasi.
- b. Hasil penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi masyarakat terutama keluarga pasien untuk mengenali faktor-faktor yang dapat mempengaruhi rasa takut pada anak sebagai akibat hospitalisasi sehingga dapat dilakukan modifikasi terhadap faktor-faktor yang memungkinkan sebagai tindakan antisipasi rasa takut.

1.4.2 Bagi Pendidikan dan Perkembangan Ilmu Keperawatan

- a. Penelitian ini dapat memberikan justifikasi bahwa hospitalisasi dapat mengakibatkan ketakutan pada anak sekaligus memberikan gambaran dan informasi tentang faktor yang berpengaruh terhadap kejadian takut pada anak yang mengalami hospitalisasi.
- b. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi data dasar bagi penelitian selanjutnya dan dapat dikembangkan dengan penelitian lain yang lebih bervariasi dari segi metodologi ataupun desainnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan dijelaskan tentang konsep anak, konsep hospitalisasi, konsep takut, aplikasi teori keperawatan serta kerangka teoritis yang menjadi dasar penelitian ini.

2.1 Konsep Anak

2.1.1 Definisi Anak

Anak menurut Undang-Undang nomor 23 tahun 1992 tentang perlindungan anak adalah seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas tahun) termasuk anak yang masih dalam kandungan. Definisi lain menyebutkan bahwa anak adalah individu yang masih bergantung pada orang dewasa (Supartini, 2004). Berdasarkan dua definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa anak adalah seseorang yang belum berusia 18 tahun dan masih bergantung pada orang dewasa. Menurut Muscari (2005), tahapan usia anak dibagi atas lima, yaitu tahap prenatal (konsepsi sampai lahir), masa bayi (lahir sampai usia 12 bulan), masa kanak-kanak awal (usia 1 tahun sampai 6 tahun), tahap kanak-kanak pertengahan (usia 6 tahun sampai 12 tahun) dan tahap remaja (usia 12 sampai 18 tahun). Pada penelitian ini peneliti membatasi pembahasan anak hanya pada usia pra sekolah dan sekolah, disebabkan respon ketakutan yang lebih besar pada kelompok usia tersebut jika dibandingkan dengan tahapan usia lainnya.

2.1.2 Anak Usia Pra Sekolah

Anak usia pra sekolah adalah anak yang berusia 3 sampai dengan 5 tahun (Hockenberry & Wilson, 2009), sedangkan Muscari (2005) serta Ball dan Bindler (2003) menjelaskan bahwa anak usia pra sekolah adalah anak yang berusia 3 tahun sampai 6 tahun. Di Indonesia batasan usia anak pra sekolah umumnya mengacu pada peraturan pemerintah nomor 27 tahun 1990 tentang pendidikan pra sekolah yaitu usia 4 sampai 6 tahun.

Pada usia pra sekolah ini pertumbuhan fisik mulai melambat dan stabil dengan penambahan berat badan rata-rata 2-3 kg dan tinggi badan 6,5-9 cm pertahun (Hockenberry & Wilson, 2009; Muscari, 2005). Selain pertumbuhan fisik, kemampuan motorik juga berkembang pada usia ini. Kemampuan motorik kasar yang dimiliki anak pra sekolah antara lain melompat, menangkap dan melempar bola, serta mengendarai sepeda roda tiga (Hockenberry & Wilson, 2009; Muscari, 2005). Sedangkan kemampuan motorik halus meliputi menggunakan pensil, mewarnai, menggambar, memotong dengan gunting, mengikat tali sepatu, dan memasang kancing baju (Hockenberry & Wilson, 2009; Muscari, 2005; Ball & Bindler, 2003)

Selain pertumbuhan fisik dan perkembangan motorik, perkembangan psikososial anak usia pra sekolah juga turut meningkat. Menurut Erickson dalam Hockenberry dan Wilson (2009) anak pra sekolah berada pada tahap *initiative versus guilty*, dimana pada tahap ini anak mulai giat belajar, bermain, dan merasa mampu menyelesaikan tugas dan puas terhadap aktivitas yang dilakukannya. Orang terdekat pada anak usia ini adalah orang tua. Rasa bersalah pada anak biasanya muncul jika imajinasi dan aktivitasnya tidak dapat diterima atau tidak sesuai dengan harapan orang tuanya (Bruck & Mayer, 2005; Muscari, 2005).

Selain rasa bersalah, terdapat juga respon emosi yang muncul sangat kuat pada masa pra sekolah yaitu perasaan takut (Hurlock, 1998). Takut yaitu perasaan terancam oleh suatu objek yang dianggap membahayakan (Yusuf, 2011). Pengalaman takut yang terjadi pada periode ini umumnya lebih besar dibandingkan pada periode usia lainnya (Hockenberry & Wilson, 2009; Muscari, 2005). Rasa takut muncul biasanya berkaitan dengan kondisi sendirian terutama saat menjelang tidur, keadaan gelap, binatang (terutama binatang besar), hantu, mutilasi tubuh, darah, serta objek atau orang-orang yang berhubungan dengan pengalaman yang menyakitkan (Hockenberry & Wilson, 2009; Bruck & Mayer, 2005;

Muscari, 2005). Pada mulanya reaksi anak terhadap takut adalah panik, kemudian menjadi lebih khusus seperti lari, menghindar dan bersembunyi, menangis dan menghindari situasi yang menakutkan (Hurlock, 1998).

Pengalaman takut anak dipengaruhi oleh perkembangan kognitif (Muris, Merckelbach, & Luijten, 2002). Perkembangan kognitif pada masa pra sekolah menurut Piaget dalam Hockenberry dan Wilson (2009) berada pada fase pra operasional. Fase ini terbagi atas dua yaitu fase pra konseptual (usia 2-4 tahun) dan fase intuitif (usia 4-7 tahun). Di dalam fase intuitif, anak telah mampu menunjukkan proses berfikir intuitif, yaitu anak menyadari bahwa sesuatu adalah benar tetapi ia tidak dapat mengatakan alasannya (Muscari, 2005). Selain itu anak pada usia ini juga dapat membuat klasifikasi sederhana, menggunakan banyak kata dengan tepat namun tanpa memahami makna yang sebenarnya, dan sering memperlihatkan pemikiran yang egosentris, yaitu pemikiran yang berdasarkan perasaan dan pengalamannya saja daripada perasaan orang lain (Bruck & Mayer, 2005).

2.1.3 Anak Usia Sekolah

Tahapan selanjutnya setelah anak melewati usia pra sekolah adalah tahapan usia sekolah yang sering disebut dengan *school age* atau *school years* (Hockenberry & Wilson, 2009). Tahapan ini berlangsung sejak anak berusia 6 tahun sampai dengan 12 tahun. Pertumbuhan fisik pada masa ini relatif lambat dibandingkan dengan periode sebelumnya, dimana rata-rata penambahan berat badan sebesar 2,5 kg per tahun dengan peningkatan rata-rata tinggi badan sepanjang 5 cm per tahun (Hockenberry & Wilson, 2009; Muscari, 2005; Ball & Bindler, 2003).

Perkembangan psikososial pada anak usia sekolah menurut Erickson dalam Hockenberry dan Wilson (2009) berada dalam tahapan *sense of industry* atau *stage of accomplishment*. Pada tahap ini hubungan dengan

orang terdekat meluas hingga mencakup teman sekolah dan guru (Muscari, 2005). Anak bersemangat untuk mengembangkan keterampilan dan ikut serta dalam aktivitas sosial (Hockenberry & Wilson, 2009). Selain itu anak juga berkeinginan besar untuk menghasilkan sesuatu, dan menyelesaikan tugas-tugas. Perasaan *inferiority* atau menurunnya kepercayaan diri dapat tumbuh dari harapan yang tidak realistis atau perasaan gagal dalam memenuhi standar yang telah ditetapkan orang lain untuk anak (Muscari, 2005).

Bersekolah dan belajar dipandang oleh anak pada tahapan usia sekolah sebagai suatu pengalaman yang menyenangkan (Bruck & Mayer, 2005). Menurut Piaget dalam Hockenberry & Wilson (2009) hal ini dikarenakan anak telah berada pada fase *concrete-operations* yang ditandai dengan penalaran induktif, tindakan logis dan pikiran nyata yang reversibel. Selain itu, pada periode ini anak telah dapat menggunakan proses berfikir untuk memahami dan menghubungkan antara kenyataan dan ide serta sudah tidak bersifat egosentris dan dapat melihat sesuatu dari sudut pandang orang lain (Muscari, 2005)

2.2 Konsep Hospitalisasi

2.2.1 Definisi Hospitalisasi

Hospitalisasi didefinisikan sebagai suatu proses dirawat atau tinggal di rumah sakit yang dapat merupakan pengalaman baru dan seringkali menakutkan bagi seorang anak (Turkington & Tzeel, 2004), sedangkan Costello (2008) mendefinisikan hospitalisasi sebagai sebuah proses masuknya seseorang ke rumah sakit sebagai seorang pasien karena berbagai alasan. Berdasarkan dua pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa hospitalisasi adalah suatu proses masuk dan dirawatnya seorang individu di rumah sakit karena berbagai alasan dan bagi anak hal tersebut dapat merupakan pengalaman baru yang seringkali menakutkan.

2.2.2 *Stressor* dan Reaksi Anak Usia Pra Sekolah & Sekolah Terhadap

Hospitalisasi

Penyakit dan hospitalisasi seringkali merupakan krisis pertama yang harus dihadapi anak (Hockenberry & Wilson, 2009). Anak-anak terutama pada usia awal sangat rentan untuk mengalami krisis akibat sakit dan dirawat di rumah sakit. Krisis tersebut disebabkan oleh stres karena perubahan status kesehatan dan lingkungan sehari-hari, serta keterbatasan mekanisme koping terhadap *stressor* yang dimiliki. Reaksi terhadap krisis-krisis tersebut akan dipengaruhi oleh usia perkembangan anak, pengalaman anak sebelumnya terhadap penyakit, perpisahan atau hospitalisasi, kemampuan koping yang anak miliki atau dapatkan, keparahan penyakit dan ketersediaan sistem pendukung (Hockenberry & Wilson, 2009). Adapun *stressor* dan reaksi anak usia pra sekolah dan sekolah terhadap perpisahan adalah sebagai berikut :

a. Cemas akibat perpisahan (*Separation anxiety*)

Kecemasan pada anak yang terjadi akibat perpisahan dengan orang tua atau orang yang menyayangi merupakan sebuah mekanisme pertahanan dan karakteristik normal dalam perkembangan anak (Mendez et al., 2008). Kecemasan akibat perpisahan merupakan stres terbesar yang ditimbulkan oleh hospitalisasi selama masa kanak-kanak awal. Frekuensi terjadinya kecemasan akibat perpisahan yang muncul pada anak tanpa disertai tanda-tanda klinik mencapai lebih dari 50 % (Kaschani & Overschel, 1990 dalam Mendez et al, 2008). Kecemasan ini mulai muncul pada saat anak berusia 8 bulan, mencapai puncaknya pada usia 12-24 bulan dan menurun pada saat anak berusia 2-3 tahun (Watkins, 2001). Jika perpisahan itu dapat dihindari, maka anak-anak akan memiliki kemampuan yang besar untuk menghadapi stres lainnya. Perilaku utama yang ditampilkan anak sebagai respon dari kecemasan akibat perpisahan ini terdiri atas tiga fase, yaitu fase protes (*protest*), putus asa (*despair*) dan menolak atau menyesuaikan diri (*denial/detachment*) (Hockenberry & Wilson, 2009).

Pada fase protes, anak-anak bereaksi secara agresif terhadap perpisahan dengan orang tua. Anak menangis dan berteriak memanggil orang tuanya, menolak perhatian dari orang lain, dan sulit dikendalikan. Selama fase putus asa, tangisan berhenti dan mulai muncul depresi. Anak menjadi kurang aktif, tidak tertarik untuk bermain atau terhadap makanan dan menarik diri dari orang lain. Pada fase ketiga yaitu menolak atau menyesuaikan diri, anak secara sederhana sudah mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan dan kehilangan yang dihadapi. Anak menjadi lebih tertarik pada lingkungan sekitar, bermain dengan orang lain dan tampak membentuk hubungan baru. Hal tersebut merupakan upaya anak untuk melepaskan diri dari perasaan yang kuat terhadap keinginan akan keberadaan orang tuanya.

Pada usia pra sekolah, anak cenderung lebih aman secara interpersonal daripada anak usia 1-3 tahun, maka anak dapat mentoleransi perpisahan singkat dengan orang tua anak dan lebih cenderung membangun rasa percaya pada orang dewasa lain yang bermakna untuknya. Akan tetapi stres karena penyakit biasanya membuat anak pra sekolah menjadi kurang mampu menghadapi perpisahan, akibatnya anak banyak menunjukkan perilaku cemas meskipun lebih samar daripada anak usia *toddler* (Hockenberry & Wilson, 2009). Anak usia pra sekolah memperlihatkan kecemasan akibat perpisahan melalui penolakan makan, sulit untuk tertidur, bertanya terus menerus tentang keberadaan orang tuanya atau menarik diri dari orang lain.

Kecemasan akibat perpisahan (*separation anxiety*) pada anak usia sekolah bukan merupakan sebuah masalah lagi, karena pada dasarnya anak telah terbiasa untuk berpisah dengan orang tuanya ketika berada di lingkungan sekolah (Kyle & Ricci, 2009). Pada usia ini kedudukan kelompok memiliki makna yang sangat penting bagi anak. Anak akan

lebih bereaksi terhadap perpisahan dari aktivitas sehari-hari dan kelompoknya daripada perpisahan dengan orang tuanya. Pada saat anak sakit, anak tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari dan anak khawatir tidak dapat kembali seperti semula dan melakukan aktivitas di sekolah (Hockenberry & Wilson, 2009). Perasaan yang sering dialami oleh anak usia sekolah berkaitan dengan kecemasan akibat perpisahan adalah bosan, kesepian, dan depresi.

b. Kehilangan kontrol (*Loss of control*)

Anak yang mengalami hospitalisasi biasanya mengalami kehilangan kontrol (Rennick et al., 2002, dalam Bowden & Greenberg, 2008). Tidak seperti cemas akibat perpisahan yang berkurang seiring dengan meningkatnya usia, kontrol diri ini bersifat menetap karena anak berada di luar lingkungan normalnya. Kehilangan kontrol dapat menyebabkan perasaan tidak berdaya sehingga dapat memperdalam kecemasan dan ketakutan (Monaco, 1995). Anak usia *toddler* dan pra sekolah memiliki risiko tertinggi untuk kehilangan kontrol (Bowden & Greenberg, 2008).

Anak usia pra sekolah sering menderita kehilangan kontrol yang disebabkan oleh pembatasan fisik, perubahan rutinitas dan ketergantungan yang harus anak patuhi. Egosentris dan pemikiran magis anak usia pra sekolah membatasi kemampuan anak untuk memahami berbagai peristiwa, karena anak memandang semua pengalaman dari sudut pandang anak sendiri. Salah satu khayalan khas untuk menjelaskan alasan sakit atau hospitalisasi adalah bahwa peristiwa tersebut merupakan hukuman bagi kesalahan baik yang nyata ataupun khayalan. Respon terhadap kehilangan kontrol pada usia ini berupa perasaan malu, takut dan rasa bersalah (Hockenberry & Wilson, 2009).

Berbeda dengan anak usia pra sekolah, anak usia sekolah rentan terhadap kejadian yang mengurangi kontrol dan kekuatan, karena anak berada pada tahap kemandirian dan produktivitas. Ketidakmampuan fisik, ketakutan akan kematian, luka yang menetap dan berkurangnya produktivitas dapat menjadi penyebab kehilangan kontrol anak pada usia ini. Pembatasan aktivitas yang anak senangi serta ketidakmampuan untuk merawat dirinya sendiri menyebabkan anak depresi dan frustrasi (Hockenberry & Wilson, 2009).

c. Cedera tubuh dan nyeri (*bodily injury and pain*)

Ketakutan terhadap cedera tubuh dan nyeri sering terjadi diantara anak-anak. Konsekuensi rasa takut ini dapat sangat mendalam. Anak-anak yang mengalami lebih banyak rasa takut dan nyeri karena pengobatan akan merasa lebih takut terhadap nyeri di masa dewasa dan cenderung menghindari perawatan medis (Pate et al., 1996 dalam Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2005).

Selama dilakukan masa perawatan, anak akan mendapatkan berbagai tindakan medis dan keperawatan. Menurut Mitchel dan Whitney (2001), injeksi atau pemberian suntikan merupakan salah satu prosedur *invasive* yang menyebabkan ketidaknyamanan, nyeri dan takut pada anak. Hal tersebut juga didukung oleh hasil penelitian Kose dan Mandiracioglu (2006) terhadap 1500 orang dewasa yang terdiri atas 267 orang sakit dan 1233 orang sehat. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa ketakutan karena nyeri akibat injeksi dialami oleh 30,1 % orang. Berdasarkan hal tersebut di atas dapat diidentifikasi bahwa ketakutan karena nyeri akibat prosedur medis yang dilakukan selama hospitalisasi tidak hanya dimiliki oleh anak saja tetapi juga oleh orang dewasa.

Nyeri dan ketidaknyamanan secara fisik yang terjadi pada anak yang mengalami hospitalisasi merupakan salah satu kondisi yang mungkin

akan dihadapi selain perpisahan dengan rutinitas dan orang tua, lingkungan yang asing, serta kehilangan kontrol (Pilliteri, 2009). Konsep nyeri dan penyakit yang dimiliki oleh seorang anak akan berbeda tergantung dari tingkat perkembangannya begitu juga dengan responnya terhadap nyeri. Perkembangan kognitif anak menentukan pola pikir dan konsep terhadap sakit dan rasa nyeri. Semakin tinggi perkembangan kognitif anak maka semakin tinggi pula tingkat pemahamannya terhadap penyakit dan nyeri (Hockenberry et al., 2003).

Pemahaman anak terhadap penyakit dan nyeri muncul pada usia pra sekolah. Pada usia ini anak berada pada fase pra operasional dalam kemampuan kognitifnya. Anak pra sekolah sulit membedakan antara diri anak sendiri dan dunia luar. Pemikiran anak tentang penyakit difokuskan pada kejadian eksternal yang dirasakan dan hubungan sebab akibat dibuat berdasarkan kedekatan antara dua kejadian. Akibatnya anak-anak mendefinisikan penyakit berdasarkan apa yang diinformasikan seperti “kamu sakit karena kamu menderita demam”. Selain itu penyebab penyakit dilihat sebagai sebuah akibat tindakan nyata yang dilakukan atau tidak dilakukan seorang anak, misalnya “sakit perut karena anak tidak cuci tangan”. Sedangkan pemahaman anak terhadap nyeri dihubungkan sebagai sebuah hukuman atas kesalahan yang dilakukan (Hockenberry et al., 2003).

Pengetahuan dan pemahaman terhadap nyeri dan penyakit berkembang pada usia sekolah. Pada usia ini, ketakutan anak terhadap nyeri lebih rendah dibandingkan dengan ketakutan karena penyakit yang diderita, kecacatan, pemulihan yang tidak jelas atau kemungkinan kematian. Anak perempuan cenderung mengekspresikan ketakutan yang lebih banyak dan lebih kuat dibandingkan anak laki-laki. Selain itu, hospitalisasi sebelumnya tidak berdampak pada frekuensi atau intensitas ketakutan yang anak

alami (Hockenberry et al., 2003). Namun hal ini bertentangan dengan pendapat Ollendick et al. (2001) yang menjelaskan bahwa pengalaman yang lalu terutama pengalaman buruk akan berpengaruh terhadap ketakutan seorang anak. Anak usia sekolah telah mampu mendefinisikan penyakit sebagai suatu rangkaian gejala nyata dan mulai memperlihatkan ketertarikan terhadap keuntungan dan dampak dari berbagai prosedur yang akan dilakukan. Anak dapat mentoleransi berbagai tindakan pemeriksaan fisik kecuali untuk area genital terutama pada anak yang mendekati usia remaja berhubungan dengan mulainya masa pubertas.

d. Lingkungan yang asing

Studi yang dilakukan oleh Coyne (2006) pada anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi menemukan bahwa lingkungan yang asing dengan anak dianggap sebagai salah satu *stressor* di rumah sakit. Anak selama di rumah sakit akan terpapar dengan situasi baru yang menimbulkan rasa tidak aman pada anak. Di rumah sakit, anak akan menemukan berbagai peralatan kesehatan yang tidak ditemui selama di rumah, situasi ruangan yang berbeda dengan ruangan lain di rumah, anak akan bertemu dengan pasien lain, serta petugas kesehatan dari berbagai profesi yang belum dikenal secara baik oleh anak.

Selain lingkungan yang asing, situasi ruangan rawat di rumah sakit juga seringkali menakutkan bagi anak. Hal tersebut dapat terjadi karena anak usia pra sekolah sering mengalami takut berkaitan dengan mutilasi tubuh, dan objek serta orang-orang yang berhubungan dengan pengalaman yang menyakitkan (Muscari, 2005). Situasi lingkungan di ruang rawat anak yang ramai karena tangisan anak yang kesakitan saat disuntik atau diambil darah akan membuat anak lain menjadi ketakutan, karena salah satu penyebab rasa takut adalah pemodelan (Rachman, 1977 dalam Ollendick et al., 2001).

2.2.3 Dampak Hospitalisasi

Hospitalisasi bagi seorang anak tidak hanya akan berdampak pada anak, tetapi kepada orang tua serta saudara-saudaranya. Berikut ini adalah dampak hospitalisasi terhadap anak dan orang tua :

a. Anak

Perubahan perilaku merupakan salah satu dampak hospitalisasi pada anak. Anak bereaksi terhadap stres pada saat sebelum, selama dan setelah hospitalisasi. Perubahan perilaku yang dapat diamati pada anak kecil setelah keluar dari rumah sakit adalah merasa kesepian, tidak mau lepas dari orang tua, menuntut perhatian dari orang tua dan takut perpisahan.

Menurut Hockenberry dan Wilson (2009) terdapat beberapa faktor risiko yang dapat meningkatkan kerentanan anak terhadap stres hospitalisasi dibandingkan anak yang lainnya. Faktor risiko tersebut adalah temperamen yang sulit, ketidaksesuaian antara anak dan orang tua, usia (terutama antara 6 bulan sampai dengan 5 tahun), jenis kelamin laki-laki, kecerdasan di bawah rata-rata serta stres yang kompleks dan berkelanjutan karena sering dirawat di rumah sakit. Selain itu dampak negatif hospitalisasi juga berkaitan dengan lamanya dirawat, kompleksnya prosedur *invasive* yang dilakukan serta kecemasan orang tua. Respon yang biasa muncul pada anak akibat hospitalisasi antara lain regresi, cemas karena perpisahan, apatis, takut dan gangguan tidur yang terutama terjadi pada anak yang berusia kurang dari 7 tahun (Melnyk, 2000).

b. Orang tua

Hospitalisasi pada anak akan menyebabkan kecemasan pada orang tua. Reaksi kecemasan orang tua terhadap penyakit anak bergantung pada keberagaman faktor-faktor yang mempengaruhinya, antara lain adalah tingkat sosial ekonomi, jumlah anak dalam keluarga, lamanya anak dirawat dan tingkat pendidikan orang tua (Shields, 2001). Hampir semua orang tua berespon terhadap penyakit dan hospitalisasi

anak dengan reaksi yang konsisten. Pada awalnya orang tua akan bereaksi dengan tidak percaya, terutama jika penyakit tersebut tiba-tiba dan serius. Selanjutnya orang tua akan bereaksi dengan marah, merasa bersalah, kehilangan kontrol dan takut. Orang tua dapat menyalahkan dirinya sendiri atas penyakit yang diderita anaknya atau marah pada orang lain karena beberapa kesalahan (Kennedy, 2004; Hockenberry & Wilson, 2009).

Takut, cemas dan frustrasi merupakan perasaan yang banyak diungkapkan oleh orang tua. Takut dan cemas dapat berkaitan dengan keseriusan penyakit dan jenis prosedur medis yang dilakukan. Sering kali kecemasan yang paling besar berkaitan dengan trauma dan nyeri yang terjadi pada anak. Perasaan frustrasi sering berhubungan dengan kurangnya informasi tentang prosedur dan pengobatan, ketidaktahuan tentang peraturan rumah sakit, rasa tidak diterima oleh petugas, prognosis yang tidak jelas atau takut mengajukan pertanyaan (Kristjansdottir, 1991; Miles et al., 1989; Shields, 2001; Hockenberry & Wilson, 2009).

Setelah orang tua mengalami perasaan takut, cemas dan frustrasi, orang tua akhirnya dapat bereaksi dengan beberapa tingkat depresi. Depresi biasanya terjadi ketika krisis akut sudah berlalu, seperti setelah pemulangan atau pemulihan yang sempurna. Ibu sering mengungkapkan perasaan kelelahan fisik dan mental setelah semua anggota keluarga beradaptasi dengan krisis. Alasan lain untuk cemas dan depresi berkaitan dengan kekhawatiran akan masa depan anak, termasuk dampak negatif dari hospitalisasi dan beban keuangan akibat hospitalisasi (Hockenberry & Wilson, 2009).

2.2.4 Manfaat Hospitalisasi

Hospitalisasi pada anak merupakan sebuah proses yang dapat menimbulkan tekanan serta berdampak negatif seperti telah dijelaskan

sebelumnya, tetapi selain itu hospitalisasi juga memiliki manfaat. Manfaat utama yang dapat dirasakan anak berkaitan dengan hospitalisasi adalah penyembuhan dari penyakit, disamping itu hospitalisasi juga dapat memberikan kesempatan kepada anak untuk belajar menghadapi stress dan merasa kompeten dengan kemampuan koping yang ia miliki. Lingkungan rumah sakit mampu memfasilitasi anak untuk mengenal pengalaman baru bersosialisasi yang dapat memperluas hubungan interpersonal anak (Hockenberry & Wilson, 2009).

2.3 Konsep Ketakutan Pada Hospitalisasi

2.3.1 Pengertian

Ketakutan merupakan suatu hal yang berbeda dengan kecemasan. Stuart dan Laraia (2005) menyatakan bahwa ketakutan adalah tampilan atau respon intelektual terhadap suatu stimulus yang mengancam, sedangkan kecemasan adalah sebuah respon emosional yang ditampilkan tanpa adanya objek yang spesifik. Ketakutan dapat disebabkan oleh paparan fisik atau psikologis yang mengancam, dan ketakutan dapat mengakibatkan terjadinya kecemasan. Ketakutan juga memiliki sumber yang spesifik atau objek yang dapat dijelaskan dan diidentifikasi. Definisi lain tentang takut dijelaskan oleh Shives (2005; 591), yang menyebutkan bahwa "*fear is the body's physiologic and emotional response to a known or recognized danger*" atau diterjemahkan sebagai respon emosi dan fisiologis tubuh terhadap bahaya yang telah diketahui atau dikenali.

2.3.2 Hubungan Takut dengan Hospitalisasi

Shives (2005) menjelaskan bahwa sakit dan dirawat di rumah sakit atau hospitalisasi merupakan sebuah pengalaman yang mengancam serta menimbulkan berbagai respon emosional dari orang yang mengalaminya. Respon emosional yang timbul tersebut antara lain adalah kecemasan, ketakutan, kesepian, ketidakberdayaan dan putus asa. Ketakutan yang terjadi akibat suatu proses hospitalisasi berkaitan dengan

sumber bahaya yang telah pasien kenali, misalnya takut untuk disuntik, takut tidak bisa bangun lagi saat dilakukan anestesi atau takut berdarah. Perawat dapat berupaya untuk mengeksplorasi alasan takut pada pasien dan merencanakan berbagai upaya untuk mengurangi ketakutan tersebut. Ketakutan yang dialami oleh seorang anak yang dirawat di rumah sakit, menurut Salmela, Salanterä dan Aronen (2009) adalah takut menjadi pasien, takut berhubungan dengan orang dan lingkungan asing, ketakutan dalam menghadapi tindakan serta takut yang berkaitan dengan tingkat perkembangannya.

Takut berhubungan dengan hospitalisasi juga diuraikan oleh Potts dan Mandleco (2007) yang menjelaskan bahwa ketakutan dan respon emosional pada anak dapat bertambah seiring dengan meningkatnya lama hospitalisasi. Selain itu Vessey (2005) dalam Potts dan Mandleco (2007) menegaskan bahwa terdapat tiga faktor yang berkontribusi terhadap respon emosi dan psikologis anak yang mengalami hospitalisasi yaitu variabel kematangan dan kognitif (tingkat perkembangan anak, pengalaman dan coping), variabel ekologi (keluarga dan lingkungan rumah sakit) serta variabel biologis (patofisiologi penyakit). Di samping itu dijelaskan juga bahwa anak yang mengalami hospitalisasi akan menjadi lebih cemas dan ketakutan jika anak berfikir tentang nyeri, kekerasan dan perpisahan dengan orang yang disayangi.

2.3.3 Penyebab Takut

Penyebab pasti tentang rasa takut yang dimiliki oleh seorang anak untuk saat ini masih kurang dipahami. Beberapa ahli teori tentang proses pembelajaran menyatakan bahwa kondisi yang dialami oleh anak dalam lingkungan kehidupannya dapat menjelaskan tentang timbulnya takut yang spesifik. Rachman (1977) dalam Ollendick et al., (2001) menjelaskan tentang tiga hal yang menjadi penyebab rasa takut pada anak yaitu kondisi langsung, pemodelan dan informasi. Kondisi langsung dalam hal ini contohnya seorang anak yang mengalami situasi

menyakitkan atau mengerikan seperti mendapatkan suntikan atau pernah dikejar anjing. Pemodelan dihasilkan oleh kegiatan anak yang secara sengaja atau tidak sengaja melihat dan mengobservasi situasi menyakitkan atau menakutkan yang dialami oleh teman, atau saudaranya. Penyebab yang ketiga yaitu informasi yang didapatkan seorang anak dari orang lain tentang hal yang menakutkan, misalnya anak sering mendengar cerita atau membaca buku tentang pengalaman anak lain yang dirawat di rumah sakit dengan berbagai tindakan medis.

2.3.4 Perkembangan Takut Berdasarkan Usia

Kecemasan dan rasa takut yang normal pada anak menunjukkan sebuah pola perkembangan yang jelas. Marks (1987) menjelaskan pola tersebut sebagai sebuah "*ontogenetic parade*" yang diartikan sebagai muncul dan hilangnya rasa takut dalam tahapan waktu yang dapat diprediksi selama masa pertumbuhan dan perkembangan anak. Sebagai contoh, seorang anak usia pra sekolah mengalami ketakutan berkaitan dengan makhluk imajinasi seperti hantu atau penyihir, binatang dan lingkungan alam (kegelapan dan petir), binatang terutama binatang besar, mutilasi tubuh, nyeri dan objek serta orang-orang yang berhadapan dengan pengalaman yang menyakitkan. Pengalaman anak selama periode pra sekolah ini umumnya lebih menakutkan dibandingkan dengan periode usia lainnya (Muscari, 2005). Anak usia sekolah menghadapi ketakutan karena bahaya fisik, perlukaan tubuh dan prestasi sekolah, sedangkan selama masa remaja anak lebih sering memperlihatkan dan menceritakan ketakutan seputar hubungan sosial, kematian dan penyakit (Muris et al., 2000).

Perbedaan rasa takut pada berbagai usia pada dasarnya dipengaruhi oleh tingkat perkembangan kognitif. Hal tersebut berkaitan dengan kemampuan anak untuk mengkonseptualisasikan stimulus-stimulus yang anak hadapi berkaitan dengan ketakutan yang dirasakannya.

Konseptualisasi atas suatu kondisi tergantung dari kemampuan kognitif seseorang (Flavell et al., 2002 dalam Muris & Broeren, 2009).

Bukti empiris yang menyatakan hubungan antara kemampuan kognitif dan tingkat takut seorang anak dijelaskan oleh Muris, Merckelbach dan Luijten (2002). Penelitiannya bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan antara perkembangan kognitif dan ketakutan pada anak normal dan anak yang mengalami retardasi mental. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa anak dengan gangguan intelektual memiliki intensitas dan variasi rasa takut yang lebih besar dibandingkan dengan anak yang kemampuan intelektualnya normal. Selain itu isi atau bentuk ketakutan yang dialami anak dengan gangguan intelektual lebih jelas dibandingkan anak normal pada usia yang sama.

2.3.5 Reaksi Ketakutan Pada Anak

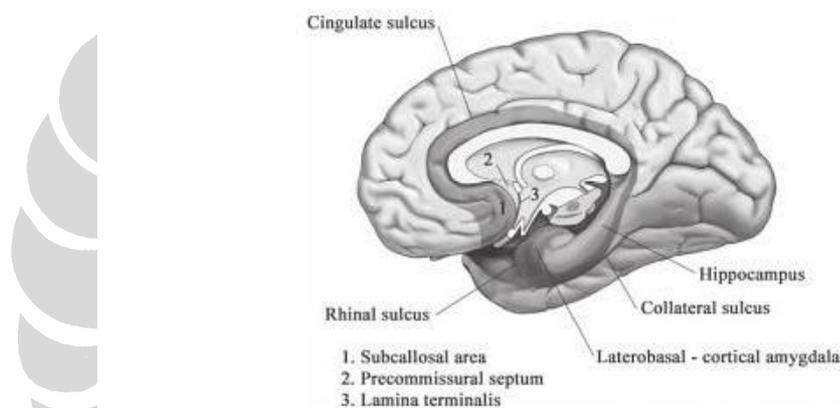
Sebagian besar anak memperlihatkan frekuensi dan intensitas takut yang tinggi berkaitan dengan pengalaman medis (Aho & Erickson, 1985 dalam Nelson & Allen, 2000). Selama anak dirawat dan menjalani berbagai prosedur di rumah sakit, anak dengan rasa takut yang tinggi lebih banyak memperlihatkan perilaku negatif seperti menolak prosedur, menjerit keras dan menyerang orang lain daripada anak yang memiliki rasa takut yang rendah (Broome, 1986 dalam Nelson & Allen, 2000). Selain perilaku tersebut, anak yang ketakutan selama dirawat di rumah sakit juga sering memperlihatkan berbagai perilaku yang lain seperti gangguan tidur, gangguan nafsu makan dan perilaku regresi (Martin & Haley, 1990 dalam Nelson & Allen, 2000)

Selain reaksi yang diperlihatkan lewat perilaku, ketakutan juga menimbulkan reaksi fisik seperti peningkatan detak jantung, peningkatan tekanan darah, produksi keringat, penegangan otot, penajaman sensasi, dan dilatasi pupil (Lewis & Haviland, 2000). Ekspresi muka yang dapat diidentifikasi pada individu yang mengalami takut antara lain mata

melebar sebagai upaya antisipasi terhadap apa yang akan terjadi, dilatasi pupil untuk mendapatkan lebih banyak cahaya, bibir atas terangkat, alis terangkat bersamaan dan bibir melebar secara horizontal. Efek fisiologis terhadap takut tersebut terjadi sebagai respon dari saraf simpatis.

2.3.6 Neurobiologi Takut

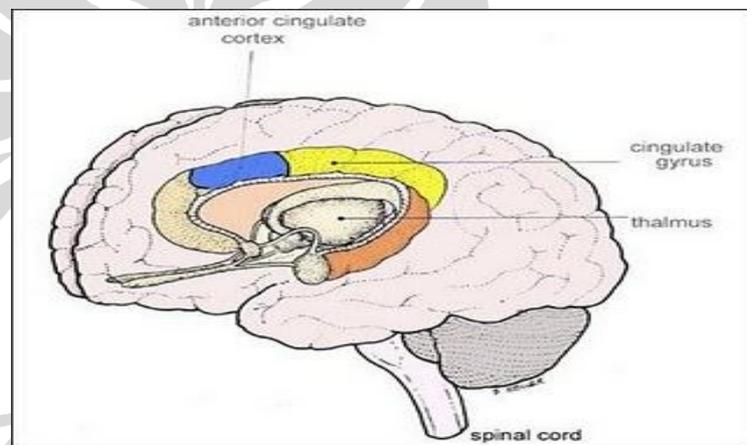
Amigdala merupakan struktur kunci otak dalam neurobiologi takut. Amigdala berasal dari bahasa latin *amygdalae* adalah sekelompok saraf yang berbentuk kacang almond. Pada otak *vertebrata* terletak pada bagian *medial temporal lobe*, secara anatomi amigdala dianggap sebagai bagian dari basal ganglia.



Gambar 2.1 Amigdala
Sumber: Heimer, L (2008)

Fungsi amigdala berhubungan dengan perasaan cemas, takut dan ingatan terhadap reaksi emosi (Allison & Clikeman, 2007). Hal tersebut termasuk dalam pemrosesan emosi negatif seperti takut dan marah. Para peneliti telah mengobservasi adanya hiperaktivitas dalam amigdala ketika pasien memperlihatkan ketakutan terhadap suatu situasi. Pasien dengan *phobia* sosial telah memperlihatkan sebuah korelasi dengan peningkatan respon dalam amigdala (Monash University, 2006). Penelitian tersebut juga menjelaskan bahwa ketika seseorang terpapar oleh gambar atau objek yang menakutkan maka terdapat peningkatan aktivitas amigdala.

Respon takut yang dihasilkan oleh amigdala dapat diturunkan oleh bagian lain dalam otak yang dinamakan *anterior cingulated cortex* yang berlokasi pada lobus frontalis. Pada tahun 2006, sebuah penelitian di Universitas Colombia yang dilakukan oleh Etkin telah menemukan bahwa seseorang yang secara sadar menerima stimulus menakutkan memiliki aktivitas amigdala yang lebih rendah dibandingkan dengan orang yang menerima stimulus takut yang tidak disadari. Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh peneliti yang sama juga menemukan sebuah fakta bahwa *rostral anterior cingulated cortex* menekan aktivitas amigdala sehingga dapat menentukan tingkat kontrol emosional (Etkin, 2006).



Gambar 2.2. Anterior Cingulated Cortex

Sumber : Heimer L, 2008.

2.3.7 Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Ketakutan

Beberapa pakar telah mencoba mengidentifikasi faktor-faktor yang kemungkinan berhubungan dengan kejadian takut yang dimiliki oleh seorang anak, seperti yang dikemukakan oleh Ollendick et al. (2001), yaitu :

a. Kejadian buruk dalam kehidupan (*negative life events*)

Pengalaman buruk yang dialami oleh seorang anak dalam kehidupannya dapat merupakan sebuah *stressor* yang bila terjadi secara berulang akan membuat seorang anak menjadi lebih rentan

untuk mengalami takut ketika berhadapan dengan pengalaman lainnya. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa kejadian buruk dalam kehidupan memiliki hubungan yang cukup besar dengan kejadian takut pada anak terutama pada ibu yang memiliki tingkat pendidikan rendah.

b. Pola koping

Pola koping yang dipergunakan oleh seorang anak dalam menghadapi suatu situasi seringkali berbeda. Pola koping yang tidak efektif berkaitan dengan perkembangan rasa takut yang dimiliki terutama dalam kejadian dan ekspresi menghadapi ketakutan. Pola koping yang bersifat menghindar (*avoidance coping*) berisiko untuk timbulnya ketakutan yang berlebih atau *phobia*. Tetapi hal tersebut tidak sama dengan hasil penelitian Mahat dan Scoloveno (2003) yang menjelaskan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara takut dengan pola koping anak-anak di Nepal.

c. Tingkat pendidikan ibu

Tingkat pendidikan ibu berkaitan erat dengan tingkat sosial ekonomi keluarga yang memiliki hubungan dengan efek kejadian buruk dalam kehidupan anak (Werner, 1993). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ollendick et al. (2001) menyebutkan bahwa gaya koping memiliki hubungan yang cukup besar dengan kejadian takut pada anak dengan ibu-ibu yang tingkat pendidikannya rendah.

Selain faktor-faktor di atas, Muris dan Broeren (2009) menjelaskan bahwa terdapat faktor lain yang berhubungan dengan takut, yaitu usia. Pada anak yang berusia 4-5 tahun, rasa takut akan sesuatu yang tidak diketahui (*fear of unknown*) lebih tinggi intensitasnya daripada anak yang usianya lebih besar. Hubungan perkembangan usia dengan rasa takut juga dilaporkan dalam penelitian lain yang dilakukan oleh Muris (2000) bahwa ketakutan yang spesifik terutama *infantile fear* akan berkurang intensitasnya seiring dengan peningkatan usia anak, tetapi

sebaliknya pada respon kecemasan secara umum akan terjadi peningkatan seiring dengan bertambahnya usia.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Burkhardt, Loxton dan Muris (2003) melaporkan bahwa faktor jenis kelamin, ras dan budaya, serta tingkat sosial ekonomi juga mempengaruhi ketakutan anak. Anak yang berasal dari keluarga dengan tingkat sosial ekonomi yang rendah lebih banyak mengalami ketakutan dibandingkan anak dari kelas sosial ekonomi tinggi (Fonseca, Yule & Erol, 1994 dalam Burkhardt, Loxton & Muris, 2003). Hal tersebut didukung oleh hasil penelitian Meltzer et al. (2008) yang melaporkan bahwa anak perempuan memiliki rasa takut yang lebih besar daripada laki-laki berkaitan dengan takut gelap, takut disuntik dan cedera tubuh serta takut binatang. Hal tersebut disebabkan karena anak perempuan merasa lebih bebas untuk mengekspresikan ketakutan dibandingkan anak laki-laki (Meltzer, 2008). Namun hasil penelitian-penelitian tersebut berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Mahat, Scovoleno dan Canella (2004) yang menjelaskan bahwa tidak ada perbedaan rasa takut pada anak laki-laki dan perempuan di Amerika sedangkan rasa takut pada anak perempuan di Nepal lebih tinggi daripada anak laki-laki. Selain itu anak-anak yang berkulit sawo matang dan hitam seperti anak-anak yang bangsa Hispanik dan Afrika memiliki rasa takut yang lebih besar dari pada anak-anak yang berkulit putih dari benua Eropa atau Amerika (Meltzer, 2008; Burnham & Lomax, 2009). Hasil seperti itu kemungkinan disebabkan oleh karena anak-anak Afrika lebih sering terpapar oleh kekerasan dibanding anak-anak di Amerika.

Ngastiyah (2005) dan Supartini (2004) juga mengidentifikasi kemungkinan faktor lain yang dapat mempengaruhi ketakutan dan kecemasan anak, yaitu kecemasan keluarga, pengalaman di rumah sakit sebelumnya, serta sistem pendukung yang tersedia. Keluarga yang terlalu cemas, khawatir dan stres terhadap keadaan anaknya akan

menyebabkan anak menjadi semakin takut dan stres juga. Apabila seorang anak memiliki pengalaman yang tidak menyenangkan selama dirawat sebelumnya akan menyebabkan anak takut dan trauma terhadap perawatan saat ini, tetapi sebaliknya jika pengalaman sebelumnya menyenangkan maka ia akan memiliki rasa takut yang lebih rendah sehingga lebih kooperatif selama dirawat. Ketersediaan sistem pendukung bagi seorang anak yang dirawat di rumah sakit akan sangat penting. Anak yang berada dalam keadaan tertekan akibat sakit yang dialami akan mencari dukungan dari orang tuanya, sehingga jika orang tua selalu berada di samping anak maka rasa takut anak akan berkurang.

Selain faktor-faktor di atas yang menjelaskan tentang hubungannya dengan takut, masih terdapat riset lain yang telah berhasil mengidentifikasi faktor yang berhubungan dengan takut yaitu penelitian tentang karakteristik temperamen anak yang dikaitkan dengan *dental fear* (Su et al., 2007). Penelitian yang dilakukan terhadap 254 anak berusia 4 sampai dengan 6 tahun tersebut menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna antara jenis temperamen anak dengan kejadian takut pada anak, sehingga dapat disimpulkan bahwa ketakutan anak terhadap dokter gigi berhubungan dengan temperamennya. Hal tersebut juga didukung oleh penelitian Shields (2001) yang menjelaskan tentang hubungan antara temperamen anak dengan responnya terhadap hospitalisasi.

Temperamen didefinisikan oleh Chess dan Thomas (1985) dalam Hockenberry dan Wilson (2009) sebagai suatu cara berfikir, berperilaku atau karakteristik bereaksi seorang individu. Terdapat sembilan atribut temperamen yang telah berhasil diidentifikasi yaitu aktivitas, irama, mendekat-menjauh, adaptabilitas, ambang batas responsivitas, intensitas reaksi, alam perasaan dan distraktibilitas (Hockenberry & Wilson, 2009; Muscari, 2005; Ball & Bindler, 2003). Berikut ini adalah penjelasan dari atribut-atribut tersebut:

- a. Aktivitas, yaitu tingkat pergerakan motorik dan pengeluaran energi seperti tidur, makan, bermain, berpakaian dan mandi.
- b. Irama/Ritmisitas, adalah keteraturan atau kemampuan memperkirakan waktu fungsi fisiologis seperti rasa lapar, tidur dan buang air besar.
- c. Mendekat-menjauh adalah respon awal yang alamiah terhadap stimulus baru seperti terhadap orang asing, situasi, tempat, makanan, mainan dan prosedur. Respon menghampiri adalah positif sedangkan respon menarik diri/menjauh merupakan ekspresi yang negatif.
- d. Adaptabilitas adalah kemampuan yang dimiliki anak dalam beradaptasi atau menyesuaikan diri dengan lingkungan baru.
- e. Ambang batas responsivitas adalah sejumlah stimulus seperti suara atau cahaya yang dibutuhkan untuk membangun suatu respons.
- f. Intensitas reaksi yaitu tingkat respon anak terhadap situasi.
- g. Alam perasaan adalah sejumlah perilaku yang mendominasi aktivitas harian anak yang berkisar dari perilaku yang senang, gembira sampai perilaku yang tidak akrab, atau tidak senang.
- h. Distraktibilitas yaitu kemampuan stimulus eksternal untuk mengalihkan perhatian atau perilaku anak.
- i. Rentang perhatian dan *persistence* (ketekunan) adalah lamanya waktu seorang anak mengikuti aktivitas yang diberikan (perhatian) dan melanjutkan aktivitas walaupun mendapat rintangan (*persistence*).

Berdasarkan sembilan atribut di atas, temperamen anak dapat dikategorikan menjadi 3 tipe (Hockenberry & Wilson, 2009; Muscari, 2005; Ball & Bindler, 2003) yaitu :

- a. Tipe temperamen tenang/mudah, yaitu anak yang berwatak tenang, teratur dalam aktivitas, mudah beradaptasi dan memiliki alam perasaan yang positif dan mendekati stimulus baru dengan positif juga.

- b. Tipe temperamen sulit adalah anak yang peka, sangat aktif, bereaksi terhadap stimulus baru dengan menarik diri dan tidak memiliki pola aktivitas yang teratur.
- c. Tipe temperamen lambat memanas (*slow to warm up*) adalah anak dengan alam perasaan yang mudah berubah, tidak aktif dan umumnya tidak teratur, mampu beradaptasi dengan perlahan serta bereaksi sedikit terhadap stimulus baru.

Adapun pola umum atau tipe dari temperamen anak beserta atributnya digambarkan dalam tabel di bawah ini :

Tabel 2.1.
Tiga Pola Umum Temperamen Anak

Pola temperamen	Variabel Temperamen					
	Aktivitas	Ritmisitas	Mendekat/ menarik diri	Kemampuan adaptasi	Intensitas	Alam perasaan
Mudah	Sedang	Tinggi	Mendekat	Tinggi	Rendah	Positif
Sulit	Tinggi	Sedang	Menarik diri	Rendah	Tinggi	Negatif
Lambat memanas	Rendah	Rendah	Menarik diri	Rendah	Rendah	Negatif

Sumber : Hockenberry, M.J. (2006)

2.3.8 Pengukuran Takut Pada Anak

a. *Child Medical Fear Questionnaire (CMFQ)*

Kuisisioner ini pertama kali diperkenalkan oleh Aho dan Erickson pada tahun 1985 (Nelson & Allen, 2000) yang terdiri atas enam puluh satu item pertanyaan yang dirancang untuk mendapatkan informasi dari anak tentang frekuensi dan intensitas takut berkaitan dengan perasaan sakit, berobat ke dokter serta pergi ke rumah sakit. Anak merespon pertanyaan dengan menggunakan format Skala Likert dari rentang 0 (tidak takut), 1 (sedikit takut) dan 2 (takut sekali). Berdasarkan hasil uji validitas dan reliabilitas, kuisisioner ini cocok untuk digunakan pada anak usia sekolah (Nelson & Allen, 2000).

b. Child Medical Fear Scale (CMFS)

Child Medical Fear Scale (CMFS) merupakan salah satu alat yang dikembangkan oleh Broome dan Mobley pada tahun 1988 (Strickland & Dilorio, 2003) melalui beberapa penelitian kualitatif dan kuantitatif. Pada saat ini CMFS sudah diterjemahkan ke dalam tiga bahasa yaitu Belanda, Thailand dan Cina.

CMFS terdiri atas tujuh belas item pertanyaan yang mengungkap rasa takut anak berkaitan dengan perawatan di rumah sakit. Alat ini sebaiknya diberikan pada anak yang berusia lebih dari enam tahun, tetapi dapat juga dilakukan pada anak usia pra sekolah dengan beberapa modifikasi (Beyer & Knott, 1998 dalam Strickland & Dilorio, 2003). Setiap pertanyaannya dijawab dengan tiga pilihan jawaban yaitu tidak takut dengan skor 0, sedikit takut memiliki skor 1 dan takut sekali memiliki skor 2 sehingga rentang skor CMFS ini berkisar antara 0 sampai dengan 34. Semakin sedikit nilai menunjukkan rasa takut yang lebih sedikit dan semakin besar nilai menunjukkan rasa takut yang semakin besar pula. CMFS telah banyak digunakan di berbagai penelitian, tesis dan juga disertasi dalam bidang keperawatan atau bidang lain yang dilakukan di berbagai negara sejak tahun 1992 sampai dengan 1999 (Broome, 1999 dalam Strickland & Dilorio, 2003). Pada penelitian-penelitian tersebut, CMFS secara konsisten telah dapat menunjukkan *validitas dan reliabilitasnya* sebagai sebuah alat ukur untuk mengetahui pengalaman takut anak berkaitan dengan kesehatan dan hospitalisasi.

c. Hospital Fear Questionnaire (HFQ)

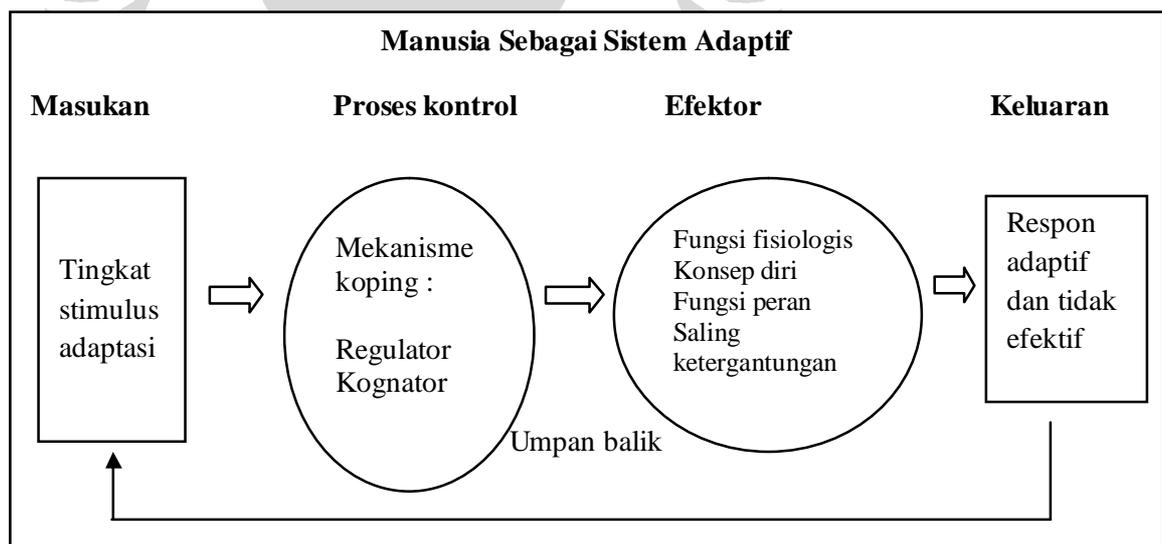
Kuesioner ini terdiri atas lima item pertanyaan tentang takut berkaitan dengan hospitalisasi dan pengalaman medis. Anak diminta untuk menjawab pertanyaan terkait dengan takut menggunakan skala Likert dari rentang 1 (tidak takut) sampai dengan 5 (takut sekali). Total skor untuk HFQ ini berkisar antara 5 sampai dengan 25 untuk rasa takut

yang paling tinggi. HFQ ini telah banyak digunakan pada penelitian-penelitian yang sebagian besar mengkaji tentang kesiapan anak yang sehat dalam menghadapi prosedur hospitalisasi (Robert, 1981 dalam Nelson & Allen, 2000).

2.4 Aplikasi Teori Adaptasi dan Teori *Caring* pada Anak yang Mengalami Hospitalisasi

2.4.1 Teori Adaptasi Roy

Hockenberry dan Wilson (2009) menjelaskan bahwa hospitalisasi pada seorang anak adalah sebuah *stressor*. Setiap *stressor* akan direspon oleh tubuh baik secara fisik maupun psikologis (Selye, 1999 dalam Tomey & Aligood, 2006). Respon tubuh terhadap suatu *stressor* dapat terjadi dalam batas kewajaran jika anak memiliki mekanisme adaptasi. Roy sebagai salah seorang ahli keperawatan menggambarkan dengan jelas tentang manusia sebagai makhluk bio psikososial spiritual yang selalu berinteraksi dan menyesuaikan diri dengan lingkungan sehingga manusia dikatakan sebagai "*adaptive system*" (Tomey & Aligood, 2006) seperti terlihat dalam gambar di bawah ini :



Gambar 2.3. Manusia Sebagai Sistem Adaptif

Sumber : Roy (1984) dalam Tomey dan Alligood (2006)

Teori adaptasi sebagai salah satu model keperawatan adalah sebuah deskripsi konseptual keperawatan yang didasari oleh asumsi filosofi dan prinsip pengetahuan (*philosophic assumptions and scientific principles*). Asumsi keilmuan dalam model ini didasari oleh teori sistem dan teori tingkat adaptasi. Kontribusi teori sistem terhadap dasar keilmuan model Roy dibuktikan dalam penjelasan manusia sebagai sistem adaptif. Roy memandang sistem adaptif manusia sebagai sebuah fungsi dengan bagian-bagian yang bertindak secara interdependen dalam sebuah kesatuan untuk beberapa tujuan. Mekanisme kontrol adalah pusat dari fungsi sistem manusia. Konsep teori sistem berkaitan dengan *input* (stimulus) dan *output* (perilaku) yang berkontribusi penting terhadap konsep model. Teori tingkat adaptasi Helson membentuk induk teori bagi konsep adaptasi Roy dan penjelasan tentang manusia sebagai sistem adaptif yang memiliki kemampuan untuk beradaptasi dan menciptakan perubahan dalam suatu lingkungan.

Roy adaptation model (RAM) dikembangkan oleh Sister Callista Roy dan dipublikasikan untuk pertama kali pada tahun 1970. Selama 40 tahun, berbagai macam penelitian, praktek, dan pendidikan telah menggunakan teori ini sebagai petunjuk kerjanya. RAM mendefinisikan adaptasi sebagai suatu proses dan hasil yang berkaitan dengan pemikiran dan perasaan manusia secara sadar dan pemilihan untuk menciptakan integrasi antara manusia dengan lingkungannya (Roy, 1997). RAM merupakan sebuah model sistematis yang mengontrol hubungan (*interrelation*) antara proses, cara adaptasi dan hasil. Pada individu, proses kontrol adalah pada subsistem regulator dan kognator. Sistem regulator memproses impuls melalui saluran saraf, kimia dan endokrin sedangkan sistem kognator menggunakan saluran kognitif seperti persepsi, proses informasi, pembelajaran, penilaian dan emosi (Buckner et al., 2007).

Stimulus dari lingkungan diklasifikasikan atas stimulus fokal, kontekstual dan residual. Stimulus fokal adalah objek, kejadian atau

perasaan yang tiba-tiba dalam keadaan sadar. Stimulus kontekstual adalah semua hal yang berkontribusi terhadap dampak atau efek dan stimulus residual adalah hal-hal di luar lingkungan yang pengaruhnya tidak jelas (Buckner et al., 2007). Takut yang terjadi pada seorang anak yang sedang mengalami hospitalisasi merupakan sebuah sub sistem kognator yang dihasilkan dari pola pikir anak terhadap sebuah stimulus yang bersifat fokal atau kontekstual selama ia dirawat di rumah sakit. Selanjutnya anak harus mampu melakukan adaptasi agar ia mampu melewati rasa takutnya tersebut. Adapun faktor-faktor yang turut mempengaruhi keadaan takut pada anak merupakan sebuah stimulus residual dan kontekstual yang berada di luar dan di dalam lingkungan rumah sakit.

2.4.2 Teori *Caring* Swanson

Teori *caring* dari Kristen M. Swanson dapat menyediakan kerangka kerja untuk menemukan kebutuhan fisik dan psikologis anak yang berada dalam tatanan klinik. Menurut Swanson (1999) dalam Tomey dan Alligood (2006), komponen umum dan mendasar dari suatu keperawatan yang baik adalah merawat (*caring*) seluruh aspek yang dimiliki oleh klien yang terdiri atas biopsikososial dan spiritual untuk mencapai kesejahteraan. *Caring* itu sendiri didefinisikan oleh Swanson sebagai suatu cara pemeliharaan atau pengasuhan orang lain yang dilakukan oleh seseorang dengan penuh komitmen dan tanggung jawab.

Swanson menjelaskan bahwa dalam pelaksanaan *caring*, perawat melaksanakan *caring* kepada kliennya sebagai sebuah rangkaian proses-proses bertahap yang diciptakan oleh sikap filosofis perawat sendiri (*maintaining belief*), mengetahui (*knowing*), penyampaian pesan verbal dan non verbal kepada klien (*being with*), tindakan terapeutik (*doing for and enabling*) dan konsekuensi dari *caring* (*intended client outcome*). Tahapan *caring* yang dijelaskan oleh Swanson (1991) dalam Tomey dan Alligood (2006) selanjutnya teridentifikasi sebagai 4 konsep utama yang dibahas dalam teori ini, yaitu

a. *Maintaining belief* (Mempertahankan keyakinan)

Mempertahankan kepercayaan orang lain untuk tetap melanjutkan kehidupan, menghadapi masa depan dengan penuh makna dan harga diri yang tinggi, mempertahankan harapan, rasa optimis dan realistis, membantu menemukan makna dan selalu bersedia membantu dalam situasi apapun.

b. *Knowing* (mengetahui)

Berusaha untuk mengetahui dan memahami makna kejadian dalam kehidupan orang lain, menghindari asumsi, memfokuskan pada klien yang dirawat, mencari petunjuk, serta mengkaji hal-hal yang terkait dengan kliennya.

c. *Being with* (kesediaan/kebersamaan)

Kebersamaan berarti perawat berada secara emosional dengan kliennya. Hal tersebut meliputi keberadaan bersama klien, mengkomunikasikan keberadaannya, dan berbagai rasa tanpa menyusahkan kliennya.

d. *Doing for* (melakukan)

Doing for diartikan sebagai melakukan sesuatu untuk orang lain dalam hal ini adalah klien sesuai dengan kemampuan perawat, termasuk pemenuhan kebutuhan dasar, kenyamanan, melakukan sesuatu secara terampil dan kompeten serta melindungi klien dengan selalu mempertahankan harga dirinya.

e. *Enabling* (memberdayakan)

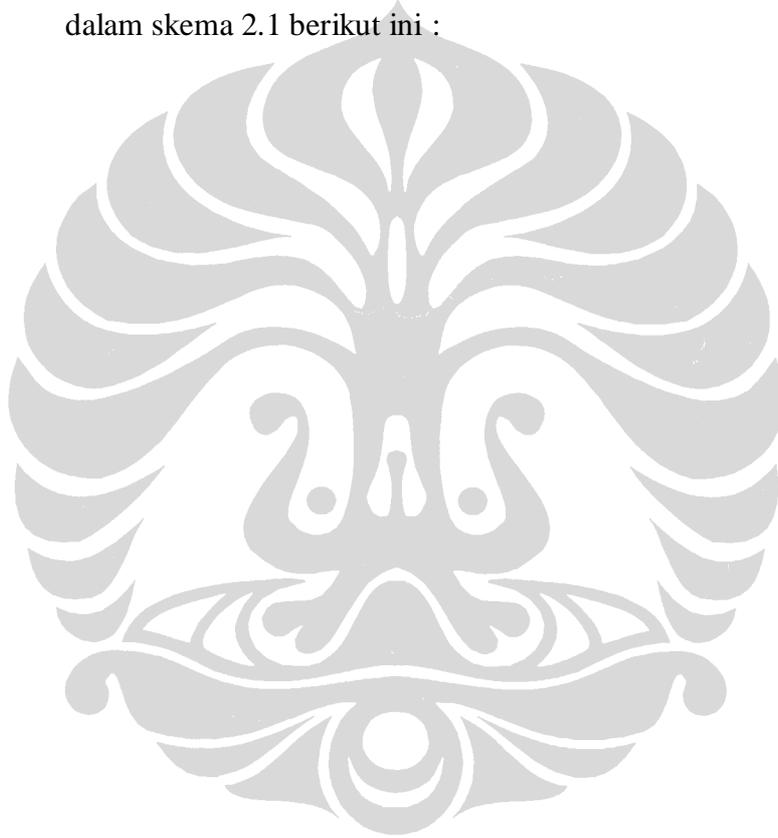
Enabling adalah memberdayakan kliennya dalam melewati transisi kehidupan dan kejadian baru dengan memfokuskan pada makna kejadian tersebut, memberikan informasi, menjelaskan, mendukung memvalidasi perasaan, mencari alternatif, berfikir fokus dan memberi umpan balik.

Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian takut pada anak yang mengalami hospitalisasi perlu diketahui oleh setiap perawat yang melakukan *caring* terhadap klien anak. Hal tersebut dilakukan sebagai langkah awal untuk melakukan intervensi lain dalam rangka

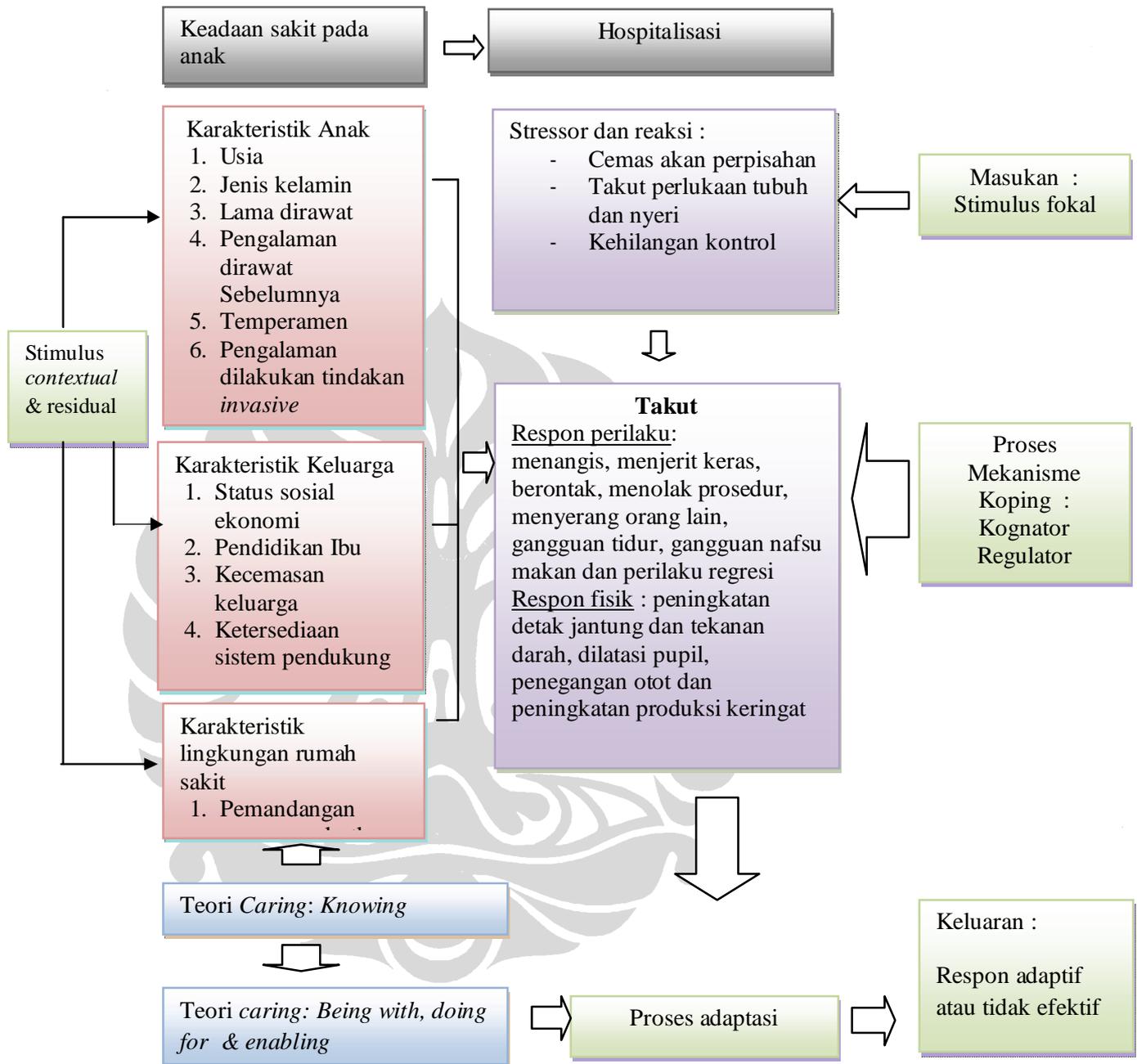
meminimalkan dampak dari hospitalisasi. Upaya pencarian faktor-faktor tersebut melalui penelitian ini merupakan salah satu cara perawat untuk mengetahui dan memahami (*knowing*) hal-hal yang berkaitan dengan takut pada anak yang mengalami hospitalisasi sehingga tahapan *doing for* dan *enabling* dapat dilakukan dengan tepat.

2.5 Kerangka Teoritis

Berdasarkan tinjauan pustaka dan aplikasi teori yang telah diuraikan di atas, maka secara sistematis kerangka teori pada penelitian ini dapat digambarkan dalam skema 2.1 berikut ini :



Skema 2.1 Kerangka Teori Penelitian



Sumber : Hockenberry & Wilson (2009); Tomey & Aligood (2006); Ollendick, Langley, Jones & Kephart (2001); Nelson & Allen (2000); Ngastiyah (2005); Supartini (2004) ; Burkhart, Loxton & Muris (2008) Muris & Broeren (2009); Salmela, Salanterä & Aronen (2009).

BAB III

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Pada bab ini diuraikan tentang kerangka konsep penelitian, hipotesis penelitian serta definisi operasional. Kerangka konsep merupakan kerangka yang menghubungkan beberapa konsep yang akan diteliti, digunakan sebagai kerangka pikir dalam penelitian dan merupakan pengembangan dari beberapa teori yang telah dibahas. Hipotesis adalah pernyataan atau jawaban sementara tentang hubungan yang diharapkan antara variabel penelitian yang dapat diuji secara empiris, sedangkan definisi operasional adalah penjelasan tentang batasan atau ruang lingkup variabel penelitian sehingga memudahkan pengukuran dan pengamatan serta pengembangan instrumen/alat ukur (Notoatmodjo, 2002).

3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan penelusuran kepustakaan, variabel yang diukur dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Variabel terikat (*Dependent variable*)

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kejadian takut pada anak yang mengalami hospitalisasi.

b. Variabel bebas (*Independent variable*)

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah karakteristik anak, karakteristik keluarga atau orangtuanya, dan karakteristik lingkungan rumah sakit.

Hubungan kedua variabel ini bersifat satu arah, dimana variabel *independent* memberi kontribusi kepada variabel *dependent*. Hubungan kedua variabel tersebut dapat dilihat dalam skema 3.1 di bawah ini :

Skema 3.1. Kerangka Konsep Penelitian

Variabel *Independent*

Karakteristik Anak

- Usia
- Jenis Kelamin
- Pengalaman dirawat sebelumnya
- Lama dirawat di rumah sakit
- Temperamen anak
- Pengalaman dilakukan tindakan *invasive*

Karakteristik keluarga:

- Status sosial ekonomi
- Pendidikan ibu
- Kecemasan keluarga
- Ketersediaan sistem pendukung

Karakteristik lingkungan rumah sakit :

- Pemandangan yang menakutkan (adanya luka, darah, anak lain yang menangis/menjerit ketakutan).

Variabel *Dependent*

Kejadian Takut

3.2 Hipotesis

Hipotesis yang dirumuskan dalam penelitian ini terdiri atas :

3.2.1 Hipotesis Mayor

- Terdapat hubungan antara karakteristik anak dengan kejadian takut pada anak yang mengalami hospitalisasi
- Terdapat hubungan antara karakteristik keluarga dengan kejadian takut pada anak yang mengalami hospitalisasi

- c. Terdapat hubungan antara karakteristik lingkungan rumah sakit dengan kejadian takut pada anak yang mengalami hospitalisasi

3.2.2 Hipotesis Minor

- a. Terdapat hubungan antara usia dengan kejadian takut pada anak yang mengalami hospitalisasi
- b. Terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian takut pada anak yang mengalami hospitalisasi
- c. Terdapat hubungan antara pengalaman dirawat sebelumnya dengan kejadian takut pada anak yang mengalami hospitalisasi
- d. Terdapat hubungan antara lama dirawat dengan kejadian takut pada anak yang mengalami hospitalisasi
- e. Terdapat hubungan antara temperamen dengan kejadian takut pada anak yang mengalami hospitalisasi
- f. Terdapat hubungan antara pengalaman dilakukan tindakan *invasive* dengan kejadian takut pada anak yang mengalami hospitalisasi
- g. Terdapat hubungan antara tingkat sosial ekonomi keluarga dengan kejadian takut pada anak yang mengalami hospitalisasi
- h. Terdapat hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan kejadian takut pada anak yang mengalami hospitalisasi
- i. Terdapat hubungan antara kecemasan keluarga dengan kejadian takut pada anak yang mengalami hospitalisasi
- j. Terdapat hubungan antara ketersediaan sistem pendukung dengan kejadian takut pada anak yang mengalami hospitalisasi
- k. Terdapat hubungan antara pemandangan yang menakutkan dengan kejadian takut pada anak yang mengalami hospitalisasi

3.3 Definisi Operasional

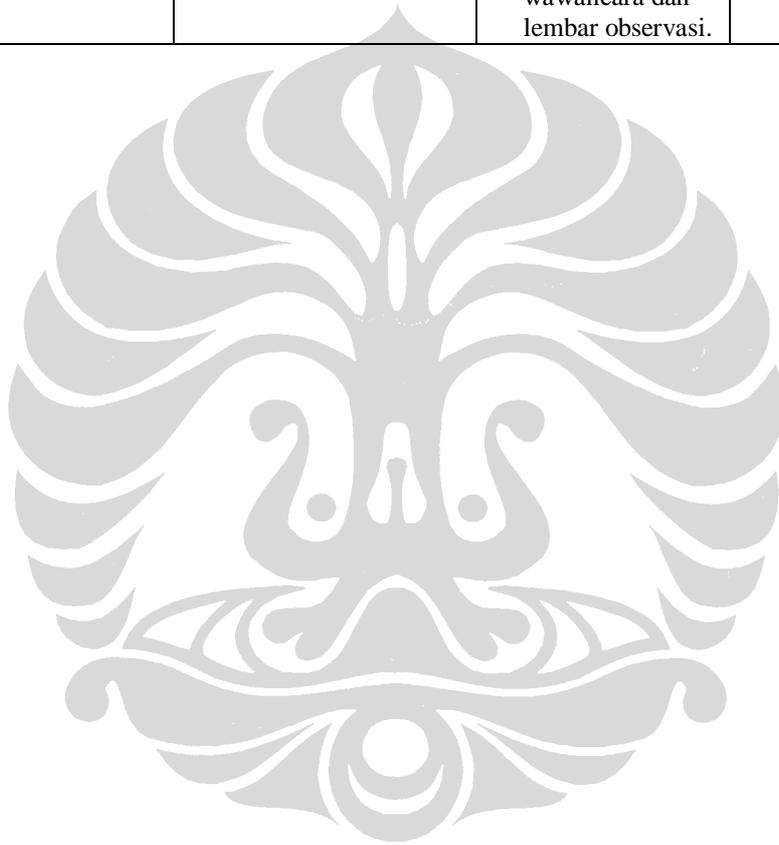
Definisi operasional merupakan batasan ruang lingkup suatu variabel yang diamati atau diukur. Definisi operasional dari variabel-variabel dalam penelitian ini dijelaskan dalam tabel 3.1 di bawah ini :

Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel Penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur & Alat ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel Independent				
Usia	Usia anak yang dihitung dari ulang tahun terakhir	<ul style="list-style-type: none"> • Cara : meminta keluarga untuk mengisi kuisisioner yang diberikan peneliti • Alat : kuesioner 	Jumlah waktu dalam tahun	Interval
Jenis kelamin	Perbedaan antara laki-laki & perempuan berdasarkan ciri fisik biologi yang tidak dapat tukar.	<ul style="list-style-type: none"> • Cara : meminta keluarga untuk mengisi kuisisioner yang diberikan peneliti • Alat : kuesioner 	1 : Perempuan 2 : Laki-laki	Nominal
Pengalaman dirawat sebelumnya	Pengalaman anak di rawat di rumah sakit minimal 1 hari rawat yang terjadi sebelum perawatan saat ini.	<ul style="list-style-type: none"> • Cara : meminta keluarga untuk mengisi kuisisioner yang diberikan peneliti • Alat : kuesioner 	1 : Pernah 2: Tidak pernah	Nominal
Lama dirawat	Jumlah hari rawat yang sedang dijalani sejak masuk ruang rawat inap sampai dengan saat pengisian kuisisioner.	<ul style="list-style-type: none"> • Cara: meminta keluarga untuk mengisi kuisisioner yang diberikan peneliti • Alat :Kuesioner 	Jumlah waktu dalam hari	Interval
Temperamen anak	Tampilan perilaku anak saat berinteraksi dalam kehidupan sehari-hari.	<ul style="list-style-type: none"> • Cara: melakukan observasi terhadap perilaku anak dalam 1 bulan terakhir yang didapatkan dari keluarga • Alat : lembar observasi yang terdiri atas 14 item pernyataan. 	1 = Sulit 2 = Lambat 3 = Mudah	Ordinal
Pengalaman dilakukan tindakan <i>invasive</i>	Pengalaman anak menjalani tindakan <i>invasive</i> seperti disuntik, dipasang infus, atau diambil darah selama di rawat di rumah sakit saat ini.	<ul style="list-style-type: none"> • Cara : Meminta orangtua untuk menjawab pertanyaan yang diberikan peneliti • Alat : kuesioner 	1 : Pernah 2: tidak pernah	Nominal

Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur & Alat ukur	Hasil Ukur	Skala
Status sosial ekonomi keluarga	Penghasilan total keluarga yang diperoleh dalam setiap bulannya	<ul style="list-style-type: none"> • Cara : Meminta keluarga untuk mengisi kuisisioner yang diberikan peneliti • Alat : kuisisioner 	1 : Rendah = penghasilan < 1 juta/bulan 2 : Tinggi = penghasilan keluarga > 1 juta/bulan	Nominal
Tingkat pendidikan Ibu	Jenjang pendidikan formal yang telah selesai ditempuh oleh ibu (orangtua) pasien.	<ul style="list-style-type: none"> • Cara : Meminta keluarga untuk mengisi kuisisioner yang diberikan peneliti • Alat : kuisisioner 	1 : SD 2 : SLTP 3 : SLTA 4 : PT	Ordinal
Kecemasan keluarga	Respon psikologis responden terhadap permasalahan/penyakit yang sedang dihadapi oleh anaknya	<ul style="list-style-type: none"> • Cara : Meminta orangtua (ayah atau ibu) untuk mengisi kuisisioner yang diberikan oleh peneliti. • Alat : kuisisioner kecemasan 	1 : Cemas berat 2 : Cemas ringan dan sedang	Ordinal
Ketersediaan sistem pendukung	Ketersediaan sistem pendukung yang berupa keberadaan orangtua atau orang terdekat selama anak dirawat di rumah sakit.	<ul style="list-style-type: none"> • Cara : melakukan observasi terhadap ketersediaan dukungan orangtua terhadap anak yang dilakukan oleh perawat • Alat : lembar observasi yang terdiri atas 8 item pernyataan. 	1:tidak terdapat dukungan dari keluarga 2:terdapat dukungan dari keluarga	Nominal
Pemandangan yang menakutkan	Keadaan lingkungan di rumah sakit yang menakutkan dan pernah dilihat anak (adanya luka, darah, anak lain yang menangis/menjerit ketakutan)	<ul style="list-style-type: none"> • Cara : menanyakan kepada orang tua tentang lingkungan yang menakutkan anak • Alat : kuisisioner 	1: Pernah 2: Tidak pernah	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur & Alat ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel <i>Dependent</i>				
Takut	Suatu respon psikologis dan emosional anak terhadap sesuatu yang nyata dan ditunjukkan melalui <i>self report</i> anak dan respon perilaku	<ul style="list-style-type: none"> • Cara : meminta anak untuk menjawab pertanyaan yang diajukan peneliti dan peneliti mengisi lembar observasi perilaku anak. • Alat : lembar wawancara dan lembar observasi. 	Kejadian takut: 1: takut 2: tidak takut	Nominal



BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

Pada bab ini dijelaskan tentang metode penelitian yaitu upaya-upaya yang telah dilakukan oleh peneliti dalam penelitian ini, berupa langkah-langkah teknis dan operasional pada penelitian yang telah dilaksanakan. Metode penelitian tersebut meliputi desain penelitian, populasi dan sampel, tempat dan waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, uji validitas dan reliabilitas instrumen, serta analisa data.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah penelitian non eksperimental (observasional) dengan pendekatan *cross sectional analitik*, dimana pengukuran variabel-variabelnya dilakukan hanya satu kali (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Studi *cross sectional* merupakan salah satu jenis penelitian dimana peneliti mencari hubungan antara variabel bebas (faktor risiko) dengan variabel tergantung (efek) dengan melakukan pengukuran sesaat (Sastroasmoro & Ismael, 2008).

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah sejumlah besar subjek yang mempunyai karakteristik tertentu (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien anak yang dirawat di ruang anak RSUD Garut yang rata-rata pada setiap bulannya merawat 126 orang anak dengan berbagai diagnosa medis.

4.2.2 Sampel

Sampel merupakan bagian populasi yang dipilih dengan cara tertentu sehingga dianggap mewakili populasinya (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Berkaitan dengan tidak terdapatnya kerangka sampel (*sampling of frame*) maka teknik pengambilan sampel dilakukan secara *non*

probability sampling yaitu melalui *purposive sampling*. *Purposive sampling* adalah teknik pengambilan sampel yang didasarkan atas pengetahuan peneliti dalam menilai kesesuaian kriteria populasi yang akan dijadikan sampel penelitian (Polit & Beck, 2006). Kriteria yang dimaksud dalam hal ini adalah kriteria inklusi dan eksklusi.

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum yang terdapat pada subyek penelitian, sedangkan kriteria eksklusi adalah kondisi dari populasi yang memenuhi kriteria inklusi tetapi tidak dapat dijadikan sampel berkaitan dengan berbagai sebab (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Adapun kriteria inklusi sampel penelitian ini adalah :

- a. Pasien anak yang berusia 4 tahun sampai dengan 12 tahun.
- b. Kesadaran *compos mentis* dan mampu berkomunikasi secara verbal atau non verbal
- c. Anak telah dirawat di rumah sakit minimal 1 hari
- d. Ibu/keluarga mampu membaca dan menulis huruf latin dalam Bahasa Indonesia
- e. Ibu/keluarga bersedia dan setuju anak menjadi responden penelitian serta bersedia menandatangani *informed consent*.

Sedangkan kriteria eksklusi dalam penelitian ini antara lain adalah:

- a. Anak usia pra sekolah atau sekolah yang tidak kooperatif.
- b. Anak usia pra sekolah atau sekolah yang memiliki gangguan sensori seperti buta, tuli atau bisu serta memiliki gangguan kognitif dan mental.
- c. Anak usia pra sekolah atau sekolah dengan ibu/keluarga yang tidak kooperatif.

Berdasarkan kerangka konsep dan desain penelitian yang telah disusun, besar sampel yang dibutuhkan dalam penelitian multivariat regresi logistik menurut Dahlan (2009) dapat dihitung dengan menggunakan rumus di bawah ini, yaitu :

$$= \frac{Z_{\alpha} + Z_{\beta}}{\ln} \frac{1}{(1 -) (1 -)}$$

Keterangan:

n = besarnya sampel

Z_{α} = deviat baku dari kesalahan tipe I

Z_{β} = deviat baku dari kesalahan tipe II

OR = *Odd ratio* minimal yang dianggap bermakna

P_x = Proporsi pajanan atau proporsi faktor risiko

P_y = Proporsi efek atau proporsi variabel terikat

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan derajat kepercayaan (Z_{α}) 95 % atau 1,96 dan Z_{β} 20 % atau 0,84 dengan OR yang dianggap bermakna = 2,25. Adapun proporsi faktor resiko (P_x) pada penelitian sebelumnya adalah sebesar 49 % atau 0,49 (Khatalae, 2007) dan proporsi variabel terikat sebesar 31% atau 0,31 (Salmela, Salantera & Aronen, 2009). Nilai-nilai tersebut kemudian dimasukkan ke dalam rumus di atas, seperti tertulis di bawah ini:

$$= \frac{1,96 + 0,84}{\ln 2,25} \frac{1}{0,49(1 - 0,49)0,31(1 - 0,31)}$$

maka berdasarkan perhitungan di atas didapatkan besar sampel minimal sebesar 65 orang anak.

Pada pelaksanaan penelitian, peneliti memutuskan untuk mengambil jumlah sampel yang lebih besar dari perhitungan besar sampel seperti yang telah tercantum di atas yaitu sebesar 100 orang responden. Hal tersebut dilakukan dalam rangka meningkatkan kemaknaan secara statistik pada hasil penelitian ini (Satroasmoro & Ismael, 2008).

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD dr. Slamet Garut, dengan pertimbangan bahwa: 1) lokasi penelitian memberikan kemudahan bagi

peneliti baik berupa kemudahan administrasi maupun fasilitas; 2) mudah dijangkau oleh peneliti; 3) jumlah responden yang sesuai kriteria inklusi dapat terpenuhi; 4) belum adanya riset keperawatan yang berkaitan dengan analisis faktor yang berhubungan dengan kejadian takut pada anak yang mengalami hospitalisasi. Adapun ruangan yang dipergunakan adalah ruang rawat anak kelas III yaitu Ruang Nusa Indah I dan Ruang Nusa Indah II.

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan sejak tanggal 23 Maret 2011 sampai dengan 23 Mei 2011.

4.5 Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti melindungi responden dengan memperhatikan aspek etika dan berpegang teguh pada prinsip-prinsip penelitian. Menurut Polit dan Beck (2006), prinsip-prinsip etika yang diperhatikan dalam melakukan penelitian adalah:

a. *Beneficence* (Kebaikan)

Beneficence adalah salah satu prinsip etik yang paling mendasar dalam suatu penelitian. Makna dari *beneficence* ini adalah meminimalkan kekerasan serta memaksimalkan manfaat dari penelitian yang dilakukan. Dalam prinsip ini terkandung hak-hak responden yang diperhatikan oleh peneliti, yaitu :

1) Hak untuk bebas dari kekerasan dan ketidaknyamanan (*The right to freedom from harm and discomfort*)

Penelitian yang dilakukan sebaiknya tidak mengakibatkan penderitaan kepada responden, baik fisik maupun psikis. Peneliti memberikan kesempatan kepada responden untuk menyampaikan ketidaknyamanan dan tidak melanjutkan pengisian kuesioner bila mengalami ketidaknyamanan atau penurunan kesehatan.

2) Hak terhadap perlindungan dari eksploitasi (*The right to protection from exploitation*)

b. Respect for human dignity (Penghargaan terhadap martabat manusia)

Prinsip etik yang kedua ini, mengandung pengertian akan perlindungan terhadap hak-hak responden, yaitu :

1) Hak untuk menentukan sendiri (*The right to self determination*)

Responden diberi kebebasan untuk menentukan turut serta atau tidak dalam penelitian tanpa memberikan sanksi apapun.

2) Hak untuk keterbukaan secara penuh (*The right to full disclosure*)

Berkaitan dengan hak ini, sebelum penelitian responden memiliki hak secara penuh untuk menerima informasi secara lengkap tentang penelitian yang dilakukan dan memberikan kebebasan untuk berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Jika responden bersedia maka responden diminta untuk menandatangani *Informed Consent*. Informasi yang diberikan sebaiknya meliputi tujuan penelitian, kegunaan dan manfaat penelitian, tanggung jawab peneliti serta resiko yang mungkin muncul.

c) Justice (Keadilan)

Yaitu berlaku adil untuk semua, yang merupakan prinsip moral dengan mementingkan *fairness* dan keadilan dalam bersikap maupun dalam mendistribusikan sumber daya. Di dalam prinsip ini terkandung hak-hak responden yaitu :

1) Hak terhadap keadilan tindakan (*The right to fair treatment*)

2) Hak untuk mendapatkan *privacy* (*The right to privacy*)

Peneliti menjamin *privacy* responden dan menjunjung tinggi harga diri responden. Peneliti dalam berkomunikasi dengan responden tidak menanyakan hal-hal yang dianggap sebagai *privacy* bagi responden, kecuali yang berkaitan dengan penelitian, namun tetap mengedepankan rasa penghormatan dan melalui persetujuan responden.

d) Anonymity and confidentiality

Prinsip *anonymity* dilakukan peneliti dengan tidak mencantumkan nama responden dalam kuesioner, dan prinsip *confidentiality* dilakukan peneliti dengan tidak mempublikasikan keterikatan informasi yang diberikan dengan

identitas responden, sehingga dalam analisis dan penyajian data hanya mendiskripsikan karakteristik responden.

4.6 Alat Pengumpulan Data

Alat atau instrumen yang digunakan untuk mengumpulkan data pada penelitian ini adalah kuesioner, lembar observasi yang ditujukan kepada anak dan orangtua serta pedoman wawancara untuk anak. Instrumen-instrumen ini sebagian dikembangkan oleh peneliti berdasarkan teori yang telah ada, dan sebagian lagi merupakan modifikasi dari instrumen yang telah ada. Secara garis besar instrumen ini terbagi atas dua, yaitu :

a. Untuk orangtua

Orangtua diberikan format isian yang berisi pertanyaan tentang karakteristik anak (umur, jenis kelamin, pengalaman dirawat, lama dirawat dan pengalaman dilakukan tindakan *invasive*), karakteristik keluarga (penghasilan keluarga, dan pendidikan ibu), karakteristik lingkungan rumah sakit (pemandangan yang menakutkan bagi anak), lembar observasi (laporan orangtua) tentang temperamen anak, dan kuesioner tentang kecemasan orangtua.

b. Untuk peneliti dan asisten peneliti (perawat ruangan)

Peneliti dan asisten peneliti yang bertugas menjadi pengumpul data diberikan lembar observasi tentang ketakutan anak, ketersediaan sistem pendukung serta pedoman wawancara tentang ketakutan pada anak.

Instrumen dikembangkan oleh peneliti berdasarkan variabel yang akan diukur tentang karakteristik anak dan karakteristik keluarga. Lembar observasi tentang temperamen anak menggunakan *Behavioral Style Questionnaire* untuk anak usia 3-7 tahun dari Carey dan McDevitt (1978) dalam Hockenberry (2004) yang telah dipergunakan oleh Pelitawati (2009). Sedangkan kuesioner kecemasan keluarga diukur dengan menggunakan 14 item pertanyaan yang berasal dari *Taylor Manifest Anxiety Scale* (TMAS) yang telah dimodifikasi oleh Rosdiana (2010) dan dikembangkan oleh peneliti sesuai dengan

kebutuhan penelitian. Selanjutnya lembar observasi tentang ketersediaan sistem pendukung dikembangkan dan dimodifikasi dari Pelitawati (2009). Adapun lembar observasi tentang ketakutan pada anak dikembangkan dan dimodifikasi dari Ulfa (2000) dan Pelitawati (2009) serta teori yang dijelaskan oleh Hockenberry dan Wilson (2007) tentang *stressor* dan respon anak usia pra sekolah dan sekolah yang mengalami hospitalisasi. Selain lembar observasi, ketakutan pada anak diukur juga dengan menggunakan pedoman wawancara langsung kepada anak yang dikembangkan oleh peneliti berdasarkan *Child Medical Fear Scale Revised* (CMFS-R).

Alternatif jawaban pada semua kuesioner dan lembar observasi berbentuk Skala Likert kecuali pada kuesioner kecemasan yang berbentuk 2 pilihan. Kuesioner kecemasan keluarga ini memiliki skor untuk pernyataan positif adalah satu (1), sedangkan untuk pernyataan negatif nol (0). Hasil pengukuran tingkat kecemasan ini akan dijumlahkan dalam bentuk data rasio dengan nilai 0 – 14, selanjutnya dikategorikan menjadi dua kategori, yaitu cemas ringan sedang dan cemas berat. Titik potong antara dua kategori ditentukan oleh *mean* jika data berbentuk normal dan menggunakan *median* jika data berbentuk tidak normal.

Pengkajian takut anak yang berupa wawancara dengan anak terdiri atas 10 item pertanyaan dengan pilihan jawaban dalam bentuk skala Likert dengan pilihan 0 untuk tidak takut, 1 untuk sedikit takut dan 2 untuk takut sekali. Selanjutnya nilai akhir dibagi menjadi dua kategori yaitu takut dan tidak takut menggunakan titik potong (*cut of point*) yang tergantung dari normalitas data hasil penelitian. Nilai rata-rata (*mean*) digunakan jika data berbentuk normal dan nilai tengah (*median*) jika data berbentuk tidak normal. Pada lembar wawancara ini, peneliti melampirkan lembar bantuan jawaban berisi skala gambar wajah anak yang mengalami ketakutan serta termometer takut yang dikembangkan dari Chapman dan Turner (2002). Hal tersebut dipergunakan jika anak mengalami kesulitan untuk mengidentifikasi tingkat takut yang dirasakan.

Pada lembar observasi ketakutan anak, terdiri atas 24 item dengan pernyataan positif pada item nomor 1, 2, 3, 13, 14, 15, 16, 21, 23 dan 24 serta pernyataan negatif untuk item nomor 4 sampai dengan 12, 17 sampai dengan 20, dan 22. Pernyataan positif diberi skor 1 untuk selalu (SL), 2 untuk sering (SR), 3 untuk kadang-kadang (KD) dan 4 untuk tidak pernah (TP), sedangkan pernyataan negatif dinilai sebaliknya. Hasil dari kedua penilaian ini (wawancara dan observasi) kemudian diambil rata-ratanya dan selanjutnya dikategorikan menjadi dua yaitu takut dan tidak takut berdasar atas titik potong yang ditentukan dari normalitas data. Observasi ini dilaksanakan selama 2 x 24 jam yang dicatat pada setiap shift oleh peneliti atau asisten peneliti dengan menggunakan lembar observasi harian.

Pada lembar observasi ketersediaan sistem pendukung terdapat 8 item pernyataan yang harus diobservasi, Penilaian yang digunakan adalah Skala Likert. Semua pernyataan pada instrumen ini bersifat positif dengan skor 4 untuk selalu (SL), 3 untuk sering (SR), 2 untuk kadang-kadang (KD) dan 1 untuk tidak pernah (TP). Semakin besar skor akan menunjukkan tersedianya sistem pendukung yang diberikan keluarga atau orangtua pada anak yang mengalami hospitalisasi. Skor yang didapatkan pada akhirnya tetap dikategorikan menjadi dua berdasar titik potong yang akan ditentukan berdasarkan normalitas data.

Tidak berbeda dengan instrumen sebelumnya yang menggunakan Skala Likert, lembar observasi temperamen anak yang terdiri atas 14 item ini juga menerapkan skor yang sama dengan instrument lainnya yaitu pernyataan positif pada item nomor 3, 5, 11, 12 dan 13 diberikan skor 4 untuk selalu (SL), 3 untuk sering (SR), 2 untuk kadang-kadang (KD) dan 1 untuk tidak pernah (TP). Selanjutnya untuk pernyataan negatif pada item nomor 1, 2, 4, 6 sampai 10 dan 14 mendapatkan skor sebaliknya. Skor akhir yang diperoleh akan dibagi menjadi 3 kategori berdasar atas prosentase sebagai berikut, yaitu: 76 % - 100 % untuk temperamen mudah, 56 %- 75 % untuk temperamen lambat memanas dan < 55 % untuk temperamen sulit.

4.7 Validitas dan Reliabilitas

4.7.1 Validitas

Validitas menunjukkan berapa dekat alat ukur menyatakan apa yang seharusnya diukur, untuk mendapatkan data yang relevan dengan apa yang sedang diukur (Dempsey & Dempsey, 2006; Sastroasmoro & Ismael, 2008). Validitas merupakan ciri instrumen pengukuran yang sangat penting. Terdapat 3 pendekatan utama untuk menilai validitas menurut Dempsey dan Dempsey (2006) yaitu :

- a. Validitas isi (*Content validity*)
- b. Validitas konsep (*Construct validity*)
- c. Validitas standar terkait (*Criterion related validity*)

Validitas isi sebuah instrumen pengukuran adalah sampai sejauh mana instrumen tersebut dapat mewakili faktor yang diteliti. Setiap area isi harus dipastikan, dan perilaku yang *representative* harus diidentifikasi. Beberapa pakar di lapangan yang menguasai topik tersebut kemudian diminta untuk menguji setiap poin dan menilai seberapa jauh poin dan instrumen secara keseluruhan mewakili area isi yang sudah ditetapkan (Dempsey & Dempsey, 2006).

Validitas konsep merupakan derajat yang dicapai saat pengukuran mengukur ciri atau konsep yang spesifik seperti intelegensi atau kesedihan. Penentuan validitas konsep ini merupakan proses yang rumit dan memakan waktu. Satu pendekatan dasar untuk menentukan validitas konsep adalah *known groups technique* yaitu pemberian instrumen pada beberapa kelompok yang diketahui dapat membedakan konsep tersebut (Dempsey & Dempsey, 2006).

Validitas standar terkait mengacu pada hubungan instrumen pengukuran dengan beberapa kriteria eksternal yang sudah dikenal atau instrumen valid lainnya. Instrumen dikatakan valid jika nilai korelasinya tinggi

dengan nilai pada kriteria eksternal yang telah ditentukan (Polit & Beck, 2008).

Pengujian validitas instrumen pada penelitian ini menggunakan 2 cara yaitu uji validitas isi dan uji validitas standar. Uji validitas isi dilakukan dengan konsultasi kepada para pakar bidang keperawatan anak berkenaan dengan isi dan kedalaman pertanyaan yang pada hal ini dilakukan kepada pembimbing, sedangkan uji validitas standar akan dilakukan dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor totalnya. Suatu variabel (pertanyaan) dikatakan valid jika skor variabel tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya. Teknik korelasi yang digunakan adalah korelasi *Pearson Product Moment*.

4.7.2 Reliabilitas

Reliabilitas atau keandalan dari suatu pengukuran didapatkan jika pengukuran tersebut memberikan nilai yang sama ataupun hampir sama pada pemeriksaan yang berulang-ulang (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Dempsey dan Dempsey (2006) mencantumkan salah satu uji reliabilitas adalah dengan *interrater reliability*. *Interrater reliability* atau disebut juga reliabilitas antar pengamat adalah sebuah pengujian reliabilitas yang dilakukan dengan menggunakan dua atau lebih pengamat yang berbeda secara independen mengamati dan mencatat hasil observasinya dengan menggunakan format catatan yang sama.

Instrumen pada penelitian ini telah dilakukan uji reliabilitas dengan *interrater reliability* terutama yang menggunakan metode observasi seperti ketakutan anak, dan ketersediaan sistem pendukung. Jenis uji ini merupakan jenis uji yang digunakan untuk menyamakan persepsi antara peneliti dan asisten peneliti. Alat yang digunakan untuk uji *interrater* ini adalah uji statistik Kappa. Prinsip ujinya menjelaskan bahwa bila hasil uji Kappa bermakna ($p \text{ value} < 0,05$), maka persepsi antara peneliti

dengan asisten peneliti sama, tetapi jika hasil uji Kappa tidak bermakna makna persepsi di antara peneliti dan asistennya tidak sama (Hastono, 2007). Selain pengujian reliabilitas dengan menggunakan *interrater*, instrumen lainnya yaitu kuesioner kecemasan orangtua telah diuji dengan rumus *Spearman Brown*, sedangkan instrumen tentang temperamen anak telah dilakukan pengujian reliabilitas dengan menggunakan *alpha cronbach's*. Prinsip pengujian pada *alpha cronbach's* ini adalah membandingkan nilai r hasil dengan r tabel. Jika r *Alpha* > r tabel, maka pernyataan tersebut reliabel.

Pengujian validitas dan reliabilitas *instrument* pada penelitian ini dilakukan terhadap 15 orang responden. Instrumen dikatakan valid dan reliabel jika nilai r lebih besar dari r tabel pada responden 15 orang yaitu 0,514 serta p value < dari 0,05 khusus untuk *interrater reliability*. Beberapa item yang tidak valid pada beberapa *instrument* dihilangkan atau diperbaiki. Hasil lengkap dari uji validitas dan reliabilitas adalah sebagai berikut :

Tabel 4.1.
Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian
Analisis Determinan Kejadian Takut Pada Anak Usia Pra Sekolah dan
Sekolah yang Mengalami Hospitalisasi di RSUD dr. Slamet Garut

No	Instrumen	Validitas			Reliabilitas		
		Nilai r	Kesimpulan	Tindak lanjut	Nilai r / p	Kesimpulan	Cara Uji
1.	Temperamen	0,521-0,786	valid	-	0,911	Reliabel	Alpha Cronbach
2.	Kecemasan	0,088-0,770	Item 7 tidak valid	Item 7 dihilangkan	0,905	Reliabel	Spearman Brown
3.	Dukungan Keluarga	0,175-0,707	Item 1 tidak valid	Item 1 diperbaiki	0,011	Reliabel	Kappa
4.	Takut 1	0,301-0,897	Item 7 tidak valid	Item 7 diperbaiki	0,912	Reliabel	Alpha Cronbach
5.	Takut 2	0,000-0,807	Item 6, 9, 12, 20 & 22 Tidak valid	Semua item yang tidak valid dihilangkan	0,016	Reliabel	Kappa

4.8 Prosedur Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data primer yang diperoleh dari hasil pengisian kuesioner dan lembar observasi pada anak dan orangtuanya. Langkah-langkah pengumpulan data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

4.8.1 Prosedur Administratif

- a. Mengajukan surat permohonan ijin melakukan penelitian dari dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang ditujukan kepada Direktur RSUD dr. Slamet Garut dan Kepala Kantor Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kabupaten Garut
- b. Menyerahkan proposal lengkap dengan daftar isian untuk mendapatkan surat keterangan lolos kaji etik internal dari FIK UI.
- c. Mengajukan permohonan ijin penelitian dari FIK UI kepada Kepala Kantor Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kabupaten Garut
- d. Mengajukan surat permohonan ijin melakukan penelitian di RSUD BLUD dr. Slamet Garut dengan melampirkan surat ijin penelitian dari Kantor Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kabupaten Garut

4.8.2 Prosedur Teknis

- a. Menghubungi Kepala Bidang Keperawatan untuk meminta bantuan penunjang 2 (dua) orang perawat pelaksana dengan pendidikan minimal sarjana keperawatan di tiap ruangan untuk ditunjuk sebagai asisten peneliti yang akan bekerja sama dengan peneliti dalam proses pengumpulan data.
- b. Mendatangi Kepala Ruangan Nusa Indah I dan II untuk menjelaskan tentang rencana penelitian serta rencana sosialisasi dan pelatihan singkat tentang konsep serta instrumen penelitian dengan asisten peneliti.
- c. Melaksanakan pelatihan singkat kepada asisten peneliti tentang konsep hospitalisasi pada anak, cara berkomunikasi pada anak dan

orangtua serta cara-cara pemilihan responden, cara pengisian lembar observasi dan lembar wawancara. Pelatihan ini juga disertai dengan simulasi mengenai cara melakukan wawancara dan observasi secara langsung pada anak sebagai upaya awal untuk menyamakan persepsi tentang instrumen.

- d. Melaksanakan uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian.
- e. Melakukan perbaikan instrumen berdasarkan hasil uji validitas dan reliabilitas.
- f. Menentukan responden yang memenuhi kriteria inklusi sesuai dengan teknik pengambilan sampel.
- g. Meminta kesediaan responden untuk menjadi sampel dengan terlebih dahulu menjelaskan maksud dan tujuan penelitian.
- h. Meminta dengan sukarela kepada responden untuk menandatangani lembar *informed consent*.
- i. Meminta responden mengisi kuesioner yang telah disiapkan
- j. Melakukan observasi terhadap anak dan orangtua.
- k. Mengumpulkan hasil pengumpulan data untuk selanjutnya diolah dan dianalisis.

4.9 Pengolahan dan Analisis Data

4.9.1 Pengolahan Data

Sebelum analisis data maka dilakukan pengolahan data melalui empat langkah (Hastono, 2007) yaitu *editing*, *coding*, *entry* data dan *cleaning*.

a. *Editing*

Editing data dilakukan untuk memastikan bahwa data yang diperoleh sudah terisi lengkap, tulisan cukup jelas terbaca, jawaban relevan dengan pertanyaan dan konsisten.

b. *Coding*

Merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan. Setiap data diberikan kode-kode tertentu agar memudahkan pengolahan data.

c. *Entry data*

Merupakan suatu proses memasukkan data ke dalam komputer untuk selanjutnya dilakukan analisis data dengan menggunakan program komputer.

d. *Cleaning*

Cleaning atau pembersihan data merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah dimasukkan apakah ada kesalahan atau tidak.

4.9.2 Analisis Data

Data yang telah melalui proses pengolahan selanjutnya dianalisis dengan bantuan perangkat lunak SPSS 13,0 yang meliputi:

a. Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk mengetahui frekuensi atau proporsi dari masing-masing variabel yang diteliti. Pada penelitian ini variabel yang akan dideskripsikan melalui analisis univariat adalah variabel *dependent* yaitu kejadian takut serta variabel *independent* yaitu faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian takut. Penyajian data pada analisis ini akan menggunakan tabel dan diagram.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat yang dilakukan disesuaikan dengan data yang ada pada variabel *independent* dan *dependent*. Variabel *independent* yang memiliki skala interval (umur dan hari rawat) menggunakan uji statistik *t test independent* sedangkan untuk variabel *independent* yang memiliki skala nominal menggunakan *Chi Square* untuk pengujian statistiknya.

c. Analisis Multivariat

Analisis multivariat digunakan untuk mengetahui pengaruh secara bersama-sama variabel bebas terhadap variabel terikat, dan variabel bebas mana yang paling besar pengaruhnya terhadap variabel terikat (Hastono, 2007; Sastroasmoro & Ismael, 2008). Uji yang telah

digunakan dalam penelitian ini adalah regresi logistik ganda. Di dalam regresi logistik ganda, variabel terikat berbentuk katagorik yang bersifat dikotom, sedangkan variabel bebasnya boleh campuran antara variabel katagorik dan numerik (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Prosedur yang dilakukan terhadap uji regresi logistik ganda pemodelan multivariat adalah sebagai berikut :

1) Seleksi Kandidat

Variabel kandidat dimasukkan ke dalam pemodelan multivariat jika hasil uji bivariat mempunyai nilai $p < 0.25$ atau bisa saja $p \text{ value} > 0.25$ tetap diikutkan ke multivariat bila variabel tersebut secara substansi dianggap penting.

2) Pemodelan Multivariat

Untuk mendapatkan pemodelan multivariat dilakukan dengan cara mempertahankan variabel bebas yang mempunyai $p \text{ value} \leq 0.05$ dan mengeluarkan variabel yang $p \text{ value}$ -nya > 0.05 . Pengeluaran variabel yang $p \text{ value}$ -nya > 0.05 dilakukan secara bertahap dimulai dari variabel yang mempunyai $p \text{ value}$ terbesar.

3) Identifikasi Linearitas

Identifikasi linearitas ditujukan untuk menentukan apakah variabel numerik dijadikan variabel katagorik atau tetap variabel numerik. Caranya dengan mengelompokkan variabel numerik ke dalam 4 kelompok berdasarkan nilai kuartilnya, kemudian dilakukan analisis logistik dan dihitung nilai *Odd Ratio* (OR)-nya. Bila nilai OR masing-masing kelompok menunjukkan bentuk garis lurus, maka variabel numerik dapat dipertahankan. Namun bila hasilnya menunjukkan adanya patahan maka dapat dipertimbangkan untuk diubah dalam bentuk katagorik.

4) Uji Interaksi

Uji interaksi dilakukan pada variabel yang diduga secara substansi terdapat interaksi. Jika memperlihatkan $p \text{ value} < 0.05$ artinya terdapat interaksi antara kedua variabel tersebut, sebaliknya jika $p \text{ value} > 0.05$ artinya tidak terdapat interaksi. Jika terdapat interaksi

antara variabel, maka variabel tersebut dimasukkan ke dalam model.

Untuk melihat variabel mana yang paling besar pengaruhnya terhadap variabel terikat dilihat dari *exponen* (B), semakin besar nilai *exponen* (B) berarti semakin besar pengaruhnya terhadap variabel terikat yang dianalisis.

Untuk memperjelas uraian di atas, maka analisis data dan pengujian statistiknya digambarkan dalam tabel 4.2. di bawah ini:

Tabel 4.2.
Analisis Data

No	Variabel	Uji Statistik		
		Univariat	Bivariat	Multivariat
1.	Variabel Bebas			
	Usia		<i>Test t</i>	
	Lama dirawat di rumah sakit		<i>independent</i>	
	Jenis kelamin			
	Pengalaman dirawat sebelumnya			
	Temperamen anak			
	Pengalaman dilakukan tindakan <i>invasive</i>			
	Status sosial ekonomi	Analisis deskriptif	<i>Chi square</i>	Regresi logistik
	Pendidikan Ibu			
	Kecemasan keluarga			
	Ketersediaan sistem pendukung			
	Lingkungan rumah sakit			
2.	Variabel terikat			
	Kejadian takut			

BAB V HASIL PENELITIAN

Bab ini akan menggambarkan dan menjelaskan tentang hasil penelitian yang berjudul analisis determinan kejadian takut pada anak pra sekolah dan sekolah yang mengalami hospitalisasi di ruang rawat anak RSUD dr. Slamet Garut. Penelitian ini dilaksanakan selama 2 (dua) bulan yaitu sejak tanggal 23 Maret 2011 sampai dengan tanggal 23 Mei 2011 terhadap 100 responden.

Beberapa hal yang akan dijelaskan dalam bab ini, yaitu : 1) hasil analisis univariat dari masing-masing variabel yang diteliti; 2) hasil analisis bivariat yang berupa korelasi antara masing-masing variabel *independent* dengan variabel *dependent* menggunakan *t test independent* untuk variabel numerik dan *chi square* untuk variabel kategorik 3) hasil analisis multivariat dengan menggunakan regresi logistik untuk menemukan faktor yang paling berhubungan dengan kejadian takut pada anak usia pra sekolah dan sekolah yang mengalami hospitalisasi.

5.1 Analisis Univariat

Analisis univariat ini dilakukan untuk menjelaskan gambaran masing-masing variabel yang terdapat dalam penelitian ini, yaitu variabel *independent* yang meliputi karakteristik anak, karakteristik orang tua dan karakteristik lingkungan rumah sakit serta variabel *dependent* berupa kejadian takut pada anak yang mengalami hospitalisasi. Karakteristik anak yaitu usia, jenis kelamin, pengalaman dirawat sebelumnya, lama dirawat di rumah sakit, temperamen dan pengalaman dilakukan tindakan *invasive*. Karakteristik keluarga meliputi status sosial ekonomi, pendidikan ibu, kecemasan keluarga serta ketersediaan sistem pendukung, dan karakteristik lingkungan rumah sakit yang digambarkan dengan pemandangan menakutkan bagi anak.

5.1.1 Variabel *Independent*

Tabel 5.1.
Distribusi Usia dan Lama Hari Rawat Responden
Di RSUD BLUD dr. Slamet Garut Bulan April-Mei 2011 (n = 100)

Variabel	Mean Median	SD	Min- Maks	CI 95%
Usia	7,06 7,00	2,58 5	4 – 12	6,55–7,57
Lama hari rawat	3,29 2,50	1,89 3	1 – 11	2,91-3,67

Berdasarkan tabel 5.1. didapatkan bahwa rata-rata usia anak adalah 7,06 tahun (95% CI : 6,55-7,57) dan standar deviasi 2,585 tahun dengan usia termuda adalah 4 tahun dan usia tertua 12 tahun. Dari hasil estimasi interval diyakini 95 % bahwa rata-rata usia anak adalah di antara 6,55 tahun sampai dengan 7,57 tahun. Sedangkan rata-rata lama hari rawat anak-anak di ruang rawat RSUD BLUD dr. Slamet Garut adalah 3,29 hari (95% CI: 2,91-3,67) dengan standar deviasi 1,893 hari dan jumlah hari rawat terlama selama 11 hari serta tersingkat 1 hari. Estimasi interval menyatakan bahwa diyakini 95 % rata-rata lama hari rawat berada pada 2,91 hari sampai dengan 3,67 hari.

Tabel 5.2.
Distribusi Responden Menurut Karakteristik Anak
Di RSUD BLUD dr. Slamet Garut Bulan April-Mei 2011 (n = 100)

Variabel	Uraian	
	Jumlah	Prosentase (%)
1. Jenis Kelamin		
Perempuan	45	45
Laki-laki	55	55
2. Pengalaman dirawat sebelumnya		
Pernah	42	42
Tidak pernah	58	58
3. Temperamen Anak		
Sulit	9	9
Lambat memanas	78	78
Mudah	13	13
4. Pengalaman dilakukan tindakan <i>invasive</i>		
Pernah	97	97
Tidak pernah	3	3

Dari tabel 5.2. di atas dapat dilihat bahwa karakteristik anak berdasarkan jenis kelamin hampir sama prosentasenya, hanya sedikit lebih besar pada jenis kelamin laki-laki yaitu sebesar 55%. Hal tersebut tidak jauh berbeda dengan karakteristik lainnya yaitu pengalaman dirawat di rumah sakit. Prosentase antara responden yang pernah dirawat sebelumnya dengan yang belum pernah dirawat tidak terpaut begitu jauh, yang ditunjukkan oleh prosentase sebesar 58 % untuk responden yang belum pernah dirawat. Menurut tipe temperamen yang dimiliki responden, sebagian besar memiliki temperamen lambat memanas dengan jumlah 78 responden, sedangkan untuk temperamen mudah sebanyak 13 responden serta temperamen sulit adalah 9 responden. Data selanjutnya memperlihatkan bahwa hampir seluruh responden (97 %) yang dirawat di ruang anak RSUD dr. Slamet Garut pernah mengalami tindakan *invasive*.

Tabel 5.3.
Distribusi Responden Menurut Karakteristik Keluarga
Di RSUD dr. Slamet Garut Bulan April-Mei 2011 (n = 100)

Variabel	Uraian	
	Jumlah	Prosentase (%)
1. Status sosial ekonomi keluarga		
Rendah	76	76
Tinggi	24	24
2. Tingkat pendidikan ibu		
SD	43	43
SLTP	31	31
SLTA	22	22
PT	4	4
3. Kecemasan keluarga		
Cemas berat	55	55
Cemas ringan dan sedang	45	45
4. Ketersediaan sistem pendukung		
Tidak terdapat dukungan keluarga	52	52
Terdapat dukungan keluarga	48	48

Tabel 5.3. memperlihatkan bahwa berdasarkan karakteristik keluarga, status sosial ekonomi keluarga responden sebagian besar rendah dengan jumlah 76 responden (76%). Sedangkan distribusi tingkat pendidikan ibu

sebagian besar berpendidikan SD yaitu 43 %, sedangkan untuk pendidikan SLTP, SLTA dan perguruan tinggi masing-masing 31 %, 22% dan 4 %.

Faktor lain yang diidentifikasi adalah faktor kecemasan keluarga. Prosentase keluarga yang mengalami kecemasan berat sebesar 55 % . Ketersediaan sistem pendukung merupakan faktor terakhir dari karakteristik keluarga yang telah diidentifikasi berkaitan dengan ketakutan anak. Lebih dari sebagian anak yang dirawat di RSUD dr. Slamet Garut (52%) tidak mendapatkan dukungan dari keluarga dan 48 % mendapatkan dukungan keluarga.

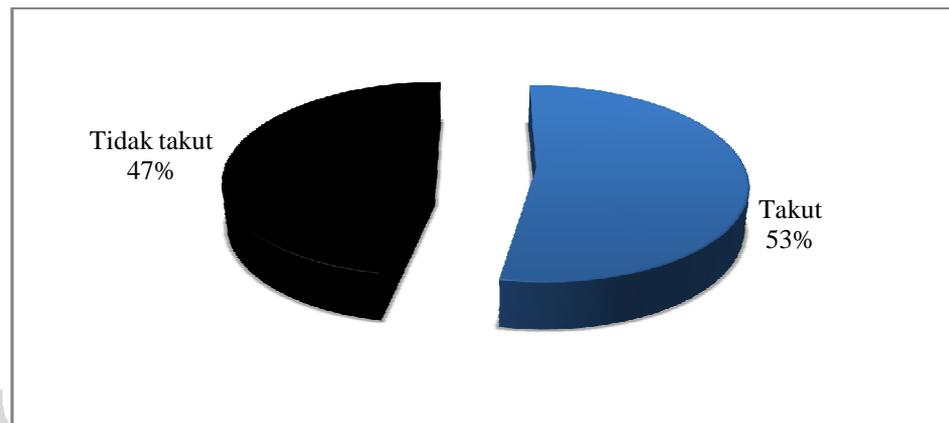
Tabel 5.4.
Distribusi Responden Menurut Karakteristik
Lingkungan Rumah Sakit Di RSUD dr. Slamet Garut
Bulan April-Mei 2011 (n = 100)

Variabel	Uraian	
	Jumlah	Prosentase (%)
1. Pemandangan yang menakutkan		
Pernah melihat	67	67
Tidak pernah melihat	33	33

Data pada tabel 5.4. memperlihatkan bahwa sebagian besar anak yang dirawat di RSUD dr. Slamet Garut (67%) pernah melihat pemandangan yang menakutkan di rumah sakit seperti melihat darah, luka, atau pasien lain yang menangis dan menjerit ketakutan.

5.1.2 Variabel *Dependent* : Kejadian Takut

Diagram 5.1.
Distribusi Responden Menurut Kejadian Takut
Di RSUD BLUD dr. Slamet Garut Bulan April-Mei 2011 (n = 100)



Dari diagram 5.1 terlihat bahwa jumlah responden yang mengalami takut berhubungan dengan hospitalisasi tidak jauh berbeda dengan jumlah responden yang tidak takut selama menjalani hospitalisasi. Hal tersebut ditunjukkan dengan prosentase sebesar 53 % untuk responden yang mengalami takut.

5.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat ini dilakukan untuk mengetahui gambaran hubungan antara masing-masing variabel *independent* dan *dependent*. Adanya hubungan antara faktor determinan dengan kejadian takut ditunjukkan dengan nilai $p < 0,05$ pada CI (*Confident Interval*) 95%.

5.2.1 Hubungan antara Usia dan Lama Dirawat dengan Kejadian Takut

Tabel 5.5.
Distribusi Rata-Rata Usia Responden dan Lama Dirawat di Rumah Sakit Menurut Kejadian Takut Di RSUD dr. Slamet Garut Bulan April-Mei 2011 (n = 100)

Variabel	Rerata	SD	SE	p Value	N
Usia					
Takut	5,85	2,116	0,291	0,00	53
Tidak Takut	8,40	2,438	0,356		47
Lama dirawat					
Takut	3,15	1,945	0,267	0,438	53
Tidak Takut	3,45	1,839	0,268		47

Rata-rata usia responden yang mengalami takut adalah 5,85 tahun dengan standar deviasi 2,116 tahun, sedangkan untuk responden yang tidak mengalami takut rata-rata usianya adalah 8,40 tahun dengan standar deviasi 2,438 tahun. Hasil uji statistik didapatkan adanya perbedaan yang signifikan rata-rata usia anak antara anak yang mengalami takut dengan yang tidak takut ($p = 0,00$; $\alpha: 5\%$). Sedangkan untuk faktor lama dirawat di rumah sakit yang dihubungkan dengan kejadian takut, rata-rata lama dirawat responden yang mengalami takut adalah 3,15 hari dengan standar deviasi 1,945 sedangkan responden yang tidak mengalami takut rata-rata lama hari rawatnya adalah 3,45 hari dengan standar deviasi 1,839 hari. Hasil uji statistik didapatkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara rata-rata lama dirawat responden yang takut dan responden yang tidak mengalami takut nilai ($p = 0,438$; $\alpha: 5\%$).

5.2.2 Hubungan antara Faktor Karakteristik Anak dengan Kejadian Takut

Tabel 5.6.
Distribusi Responden Menurut Karakteristik Anak dan Kejadian Takut Di RSUD dr Slamet Garut Bulan April-Mei (n=100)

Variabel <i>Independent</i>	Takut				Total		OR (95% CI)	P value
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%				
Jenis Kelamin								
• Perempuan	30	66,7	15	33,3	45	100	2,783	0,023
• Laki-laki	23	41,8	32	58,2	55	100	1,226-6,313	
Pengalaman dirawat sebelumnya								
• Pernah	19	45,2	23	54,8	42	100	0,583	0,263
• Tidak Pernah	34	58,6	24	41,4	58	100	0,262-1,300	
Temperamen Anak								
• Sulit	6	66,7	3	33,3	9	100	-	0,183
• Lambat memanas	43	55,1	35	44,9	78	100		
• Mudah	4	30,8	9	69,2	13	100		
Pengalaman dilakukan tindakan <i>invasive</i>								
• Pernah	52	53,6	45	46,4	97	100	2,311	0,599
• Tidak pernah	1	33,3	2	66,7	3	100	0,203-26,341	

a. Hubungan antara Jenis Kelamin dengan Kejadian Takut

Analisis hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian takut diperoleh hasil bahwa terdapat sebanyak 30 responden (66,7%) yang berjenis kelamin perempuan mengalami takut. Sedangkan diantara responden yang berjenis kelamin laki-laki, ada 23 responden (41,8%) yang mengalami takut. Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh kesimpulan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kejadian takut ($p = 0,023$; $\alpha: 5\%$). Selain itu hasil analisis selanjutnya diperoleh pula nilai OR = 2,783 yang artinya bahwa anak perempuan mempunyai peluang 2,783 kali lebih besar untuk mengalami takut dibanding anak laki-laki.

b. Hubungan antara Pengalaman Dirawat Dengan Kejadian Takut

Hasil analisis hubungan antara pengalaman dirawat dengan kejadian takut diperoleh bahwa ada sebanyak 19 responden (45,2%) yang pernah dirawat mengalami takut. Sedangkan diantara responden yang tidak pernah dirawat, ada 34 responden (58,6%) yang mengalami takut. Menurut hasil uji statistik dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang bermakna tentang proporsi kejadian takut antara responden yang pernah dirawat dengan yang belum pernah dirawat ($p = 0,263$; $\alpha: 5\%$).

c. Hubungan antara Temperamen dengan Kejadian Takut

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa berdasarkan hasil analisis hubungan antara temperamen dengan kejadian takut diperoleh data bahwa terdapat 6 responden (66,7%) yang memiliki temperamen sulit mengalami takut. Sedangkan diantara responden yang memiliki temperamen lambat memanas, ada 43 responden (55,1 %) yang mengalami takut dan responden yang memiliki temperamen mudah ada 4 responden (30,8) yang mengalami takut. Berdasarkan hasil uji statistic pada $\alpha = 5\%$ dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara temperamen dengan kejadian takut ($p = 0,183$).

d. Hubungan antara Pengalaman Dilakukan Tindakan *Invasive* dengan Kejadian Takut

Hasil analisis hubungan antara pengalaman dilakukan tindakan *invasive* dengan kejadian takut diperoleh bahwa ada sebanyak 52 responden (53,6 %) yang pernah dilakukan tindakan *invasive* mengalami takut. Sedangkan diantara responden yang belum pernah dilakukan tindakan *invasive* terdapat 1 responden (33,3%) yang mengalami takut. Hasil uji statistik diperoleh kesimpulan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pengalaman dilakukan tindakan *invasive* dengan kejadian takut ($p = 0,599$; $\alpha: 5\%$).

5.2.3 Hubungan Karakteristik Keluarga dan Lingkungan Rumah Sakit dengan Kejadian Takut

Tabel 5.7.
Distribusi Responden Menurut Karakteristik Keluarga dan Kejadian Takut di RSUD dr.Slamet Garut Bulan April-Mei 2011 (n = 100)

Variabel <i>Independent</i>	Takut				Total		OR (95% CI)	P <i>value</i>
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%				
Tingkat sosial ekonomi								
• Rendah	45	59,2	31	40,8	76	100	2,903	0,048
• Tinggi	8	33,3	16	66,7	24	100	1,107-7,614	
Pendidikan ibu								
• SD	26	60,5	17	39,5	43	100	-	0,173
• SLTP	18	58,1	13	41,9	32	100		
• SLTA	8	36,4	14	63,6	22	100		
• PT	1	25,0	3	75,0	4	100		
Kecemasan keluarga								
• Cemas berat	35	63,6	20	36,4	55	100	2,625	0,031
• Cemas ringan/sedang	18	40,0	27	60	45	100	1,167-5,906	
Ketersediaan sistem pendukung								
• Tidak tersedia	34	65,4	18	34,6	52	100	2,883	0,017
• Tersedia	19	39,6	29	60,4	48	100	1,279-6,501	

a. Hubungan antara Status Sosial Ekonomi Keluarga dengan Kejadian Takut

Analisis hubungan antara status sosial ekonomi keluarga dengan kejadian takut anak menunjukkan bahwa terdapat 45 responden (59,2%) yang memiliki status sosial ekonomi keluarga yang rendah mengalami takut. Sedangkan diantara responden yang memiliki status sosial ekonomi tinggi ada 8 responden (33,3 %) yang mengalami takut. Berdasarkan hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara status sosial ekonomi keluarga dengan kejadian takut pada anak ($p = 0,048$; $\alpha: 5\%$). Selain itu hasil analisis selanjutnya diperoleh pula nilai *odds ratio* (OR) = 2,903 yang artinya bahwa anak yang berasal dari status sosial ekonomi rendah mempunyai peluang 2,903 kali lebih besar untuk mengalami takut dibanding anak yang berasal dari status sosial ekonomi tinggi.

b. Hubungan antara Tingkat Pendidikan Ibu dengan Kejadian Takut

Analisa bivariat antara tingkat pendidikan ibu dengan kejadian takut yang menggunakan *chi square* menghasilkan data bahwa bahwa terdapat 26 responden (60,5%) yang memiliki ibu dengan pendidikan SD mengalami takut. Selain itu terdapat 18 responden (58,1%) dengan ibu yang berpendidikan SLTP mengalami kejadian takut. Sedangkan responden yang mengalami kejadian takut lainnya adalah responden dengan ibu yang berpendidikan SLTA sebanyak 8 orang (36,4 %) dan pendidikan perguruan tinggi sebanyak 1 orang (25 %). Berdasarkan hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan ibu dengan kejadian takut ($p = 0,173$; $\alpha: 5\%$).

c. Hubungan antara Kecemasan Keluarga dengan Kejadian Takut

Hasil analisis hubungan antara kecemasan keluarga dengan kejadian takut diperoleh data bahwa terdapat sebanyak 35 responden (63,6 %) yang keluarganya kecemasan berat mengalami takut. Sedangkan diantara responden yang keluarganya mengalami kecemasan ringan/sedang, ada 18 responden (40 %) yang mengalami takut.

Berdasarkan hasil uji statistik yang dilakukan dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kecemasan keluarga dengan kejadian takut ($p = 0,031$; $\alpha: 5\%$). Selain itu hasil analisis selanjutnya diperoleh pula nilai OR = 2,625 yang artinya bahwa anak yang keluarganya mengalami cemas berat mempunyai peluang 2,625 kali lebih besar untuk mengalami takut dibanding anak yang keluarganya cemas ringan/sedang.

d. Hubungan antara Ketersediaan Sistem Pendukung dengan Kejadian Takut

Hasil analisis hubungan antara ketersediaan sistem pendukung dengan kejadian takut diperoleh data bahwa terdapat sebanyak 34 responden (65,4 %) yang tidak mendapatkan dukungan keluarga mengalami takut. Sedangkan diantara responden yang memiliki dukungan keluarga, ada 19 responden (39,6 %) yang mengalami takut. Menurut hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara ketersediaan sistem pendukung dengan kejadian takut ($p = 0,017$). maka. Selain itu hasil analisis selanjutnya diperoleh pula nilai $OR = 2,883$ yang artinya bahwa anak yang tidak mendapatkan dukungan keluarga selama mengalami hospitalisasi mempunyai peluang 2,883 kali untuk mengalami takut dibanding anak yang mendapatkan dukungan keluarga.

Tabel 5.8.
Distribusi Responden Menurut Karakteristik Lingkungan dan Kejadian Takut Rumah Sakit di RSUD dr.Slamet Garut Bulan April-Mei 2011 (n = 100)

Variabel Independent	Takut				Total		OR (95% CI)	P value
	Tidak		Ya		n	%		
	n	%	n	%				
Pengalaman yang menakutkan								
• Pernah melihat	41	61,2	26	38,8	67	100	2,760	0,033
• Tidak pernah	12	36,4	21	63,6	33	100	1,164-6,540	

e. Hubungan antara Lingkungan yang Menakutkan dengan Kejadian Takut

Hasil analisis hubungan antara lingkungan yang menakutkan dengan kejadian takut diperoleh bahwa terdapat sebanyak 41 responden (61,2 %) yang pernah melihat pemandangan yang menakutkan di rumah sakit mengalami rasa takut. Sedangkan diantara responden yang tidak pernah melihat pemandangan/lingkungan yang menakutkan, ada 12 responden (36,4 %) yang mengalami takut. Berdasarkan hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara lingkungan yang menakutkan dengan kejadian takut ($p = 0,033$; $\alpha : 5\%$). Selain itu hasil analisis selanjutnya diperoleh pula

nilai OR = 2,760 yang artinya bahwa anak yang pernah berada atau melihat lingkungan yang menakutkan di rumah sakit mempunyai peluang 2,760 kali untuk mengalami takut dibanding anak yang belum pernah melihat pemandangan/lingkungan yang menakutkan.

5.3 Analisis Multivariat

5.3.1 Seleksi Kandidat

Masing-masing variabel *independent* dilakukan analisis bivariat dengan variabel *dependent*. Bila hasil analisis bivariat menghasilkan *p value* < 0,25, maka variabel tersebut langsung masuk tahap analisis multivariat. Hasil seleksi kandidat dapat dilihat pada tabel 5.9. di bawah ini :

Tabel 5.9.
Hasil Seleksi Bivariat Uji Regresi Logistik Analisis Determinan Kejadian Takut pada Anak yang Mengalami Hospitalisasi di RSU BLUD dr. Slamet Garut Bulan April-Mei 2011

No	Variabel	p Value
1.	Usia	0,000*
2.	Jenis kelamin	0,013*
3.	Pengalaman dirawat sebelumnya	0,185*
4.	Lama dirawat	0,433*
5.	Pengalaman mendapatkan tindakan <i>invasive</i>	0,486*
6.	Temperamen Anak	0,178*
7.	Status sosial ekonomi	0,026*
8.	Pendidikan ibu	0,163*
9.	Kecemasan keluarga	0,018*
10.	Ketersediaan sistem pendukung	0,009*
11.	Lingkungan yang menakutkan	0,019*

*masuk ke pemodelan berikutnya

Hasil analisis bivariat dengan regresi logistik pada tabel 5.9. diperoleh *p value* yang berkisar dari 0,00 sampai dengan 0,486. Dari 11 variabel tersebut semuanya dimasukkan ke dalam pemodelan multivariat meskipun untuk variabel lama dirawat dan pengalaman mendapatkan

tindakan *invasive* masing-masing nilai p-nya lebih dari 0,25. Hal itu dikarenakan bahwa dua faktor tersebut secara teori memiliki keterkaitan erat dengan kejadian takut.

5.3.2 Pemodelan Multivariat

Tabel 5.10.
Model I (*Full Model*) Analisis Multivariat Analisis Determinan Kejadian Takut Pada Anak di RSUD BLUD dr. Slamet Garut Bulan April-Mei 2011

No	Variabel	B	Wald	p Value	OR	95% CI
1.	Usia	0,583	16,545	0,000	1,792	1,353-2,373
2.	Jenis Kelamin	1,344	3,771	0,052	3,835	0,988-14,896
3.	Pengalaman dirawat sebelumnya	-0,391	0,404	0,525	0,676	0,203-2,258
4.	Lama dirawat	0,246	2,088	0,149	1,278	0,916-1,784
5.	Pengalaman tindakan <i>invasive</i> dilakukan	0,667	0,214	0,644	1,949	0,115-33,014
6.	Temperamen		1,847	0,397		
	Temperamen (1)	-0,101	0,009	0,924	0,904	0,114-7,174
	Temperamen (2)	1,100	0,689	0,406	3,003	0,224-40,272
7.	Tingkat sosial ekonomi	0,767	0,846	0,358	2,154	0,420-11,045
8.	Pendidikan		0,828	0,843		
	Pendidikan Ibu (1)	0,221	0,098	0,755	1,248	0,312-4,991
	Pendidikan Ibu (2)	0,447	0,263	0,608	1,563	0,284-8,612
	Pendidikan Ibu (3)	-0,974	0,288	0,592	0,377	0,011-13,281
9.	Kecemasan keluarga	1,359	4,627	0,031	3,894	1,128-13,436
10.	Ketersediaan pendukung sistem	1,071	2,851	0,091	2,919	0,842-10,123
11.	Lingkungan menakutkan yang	0,762	1,311	0,252	2,143	0,581-7,901
	Konstanta	-12,931	12,389	0,000	0,000	

Dari hasil analisis multivariat pada tabel 5. 10. terlihat hanya terdapat 2 (dua) variabel yang *p value*-nya $< 0,05$ yaitu usia, dan kecemasan keluarga, sedangkan 9 (sembilan) variabel lainnya memiliki nilai *p* yang $> 0,05$ sehingga harus dikeluarkan satu persatu dari model berdasarkan nilai *p* yang terbesar. Nilai *p* yang terbesar adalah variabel pendidikan ibu, oleh karena itu pada langkah selanjutnya variabel tersebut dikeluarkan sehingga didapatkan hasil seperti terlihat pada tabel 5.11. di bawah ini :

Tabel 5.11.

Model II : Analisis Multivariat Variabel Usia, Jenis Kelamin, Pengalaman Dirawat, Lama Dirawat, Pengalaman Mendapatkan Tindakan Invasive, Temperamen, Tingkat Sosial Ekonomi, Kecemasan, Ketersediaan Sistem Pendukung dan Lingkungan yang Menakutkan pada Responden Di RSUD dr Slamet Garut Bulan April-Mei 2011

No	Variabel	B	Wald	p Value	OR	95% CI
1.	Usia	0,578	16,758	0,000	1,782	1,351-2,349
2.	Jenis Kelamin	1,370	4,101	0,043	3,936	1,045-14,823
3.	Pengalaman dirawat sebelumnya	-0,415	0,484	0,487	0,660	0,205-2,128
4.	Lama dirawat	0,211	1,841	0,175	1,235	0,910-1,676
5.	Pengalaman dilakukan tindakan <i>invasive</i>	0,520	0,137	0,712	1,682	0,107-26,540
6.	Temperamen		2,100	0,350		
	Temperamen (1)	-0,192	0,035	0,852	0,825	0,109-6,230
	Temperamen (2)	1,061	0,676	0,411	2,890	0,230-36,287
7.	Tingkat sosial ekonomi	0,764	1,123	0,289	2,147	0,522-8,826
8.	Kecemasan keluarga	1,305	4,394	0,036	3,686	1,089-12,483
9.	Ketersediaan sistem pendukung	0,986	2,664	0,103	2,680	0,820-8,756
10.	Lingkungan yang menakutkan	0,802	1,563	0,211	2,229	0,634-7,831
	Konstanta	-12,270	13,618	0,000	0,000	

Setelah variabel pendidikan ibu dikeluarkan maka terdapat perubahan nilai OR yang lebih dari 10 % pada variabel pengalaman dilakukan tindakan *invasive*, sehingga dengan demikian variabel pendidikan ibu dimasukkan kembali ke dalam model. Perbandingan nilai OR sebelum dan sesudah variabel pendidikan ibu dikeluarkan dapat dilihat pada tabel 5.12.

Tabel 5.12
Perbandingan *Odd Ratio* (OR) Sebelum dan Sesudah Variabel Pendidikan Ibu Dikeluarkan Pada Responden Di RSUD dr. Slamet Garut

Variabel	Pendidikan Ibu		Perubahan Nilai OR (%)
	Sebelum Dikeluarkan	Sesudah dikeluarkan	
Usia	1,792	1,782	0.6
Jenis Kelamin	3,835	3,936	-2.6
Pengalaman dirawat sebelumnya	0,676	0,660	2.4
Lama dirawat	1,278	1,235	3.4
Pengalaman dilakukan tindakan <i>invasive</i>	1,949	1,682	13.7
Temperamen			
Temperamen (1)	0,904	0,825	8.7
Temperamen (2)	3,003	2,890	3.8
Tingkat sosial ekonomi	2,154	2,147	0.3
Pendidikan			
Pendidikan Ibu (1)	1,248		
Pendidikan Ibu (2)	1,563		
Pendidikan Ibu (3)	0,377		
Kecemasan keluarga	3,894	3,686	5.3
Ketersediaan sistem pendukung	2,919	2,680	8.2
Lingkungan yang menakutkan	2,143	2,229	-4.0

Selanjutnya variabel yang terbesar p *value*-nya adalah variabel pengalaman mendapatkan tindakan *invasive*, dengan demikian dikeluarkan dari model. Hasil analisisnya adalah pada tabel 5.13.

Tabel 5.13.
Model III: Analisis Multivariat Variabel Usia, Jenis Kelamin, Pengalaman Dirawat, Lama Dirawat, Temperamen, Tingkat Sosial Ekonomi, Kecemasan, Ketersediaan Sistem Pendukung, Lingkungan yang Menakutkan dan Pendidikan Ibu Pada Responden Di RSUD dr Slamet Garut Bulan April-Mei 2011

No	Variabel	B	Wald	p Value	OR	95% CI
1.	Usia	0,586	16,783	0,000	1,796	1,357-2,377
2.	Jenis Kelamin	1,354	3,821	0,051	3,872	0,996-15,049
3.	Pengalaman dirawat sebelumnya	-0,419	0,471	0,492	0,658	0,199-2,175
4.	Lama dirawat	0,242	2,036	0,154	1,273	0,914-1,775
5.	Temperamen		2,107	0,349		
	Temperamen (1)	-0,092	0,008	0,930	0,912	0,115-7,214
	Temperamen (2)	1,180	0,804	0,370	3,254	0,247-42,883
6.	Tingkat sosial ekonomi	0,725	0,761	0,383	2,065	0,405-10,532
7.	Kecemasan keluarga	1,292	4,436	0,035	3,640	1,094-12,113
8.	Ketersediaan sistem pendukung	1,077	2,899	0,089	2,935	0,850-10,137
9.	Lingkungan yang menakutkan	0,803	1,493	0,222	2,232	0,616-8,095
10.	Pendidikan ibu		0,745	0,863		
	Pendidikan ibu (1)	0,181	0,067	0,795	1,198	0,306-4,686
	Pendidikan ibu (2)	0,404	0,216	0,642	1,498	0,273-8,225
	Pendidikan ibu (3)	-0,971	0,284	0,594	0,379	0,011-13,452
	Konstanta	-12,118	14,749	0,000	0,000	

Setelah variabel pengalaman dilakukan tindakan *invasive* dikeluarkan, nilai OR untuk 10 (sepuluh) variabel yang lain tidak ada yang

mengalami perubahan lebih dari 10 %, sehingga variabel pengalaman dilakukan tindakan *invasive* tetap dikeluarkan. Perbandingan nilai OR sebelum dan sesudah variabel tersebut dikeluarkan dapat dilihat pada tabel 5.14.

Tabel 5.14.
Perbandingan *Odd Ratio* (OR) Sebelum dan Sesudah Variabel Pengalaman Mendapatkan Tindakan *Invasive* Dikeluarkan Pada Responden Di RSUD dr. Slamet Garut

Variabel	<i>Invasive</i>		Perubahan Nilai OR (%)
	Sebelum Dikeluarkan	Sesudah dikeluarkan	
Usia	1,792	1,796	-0.25
Jenis Kelamin	3,835	3,872	-0.96
Pengalaman dirawat sebelumnya	0,676	0,658	2.76
Lama dirawat	1,278	1,273	0.39
Pengalaman dilakukan tindakan <i>invasive</i>	1,949		
Temperamen		0,912	
Temperamen (1)	0,904	3,254	-0.92
Temperamen (2)	3,003	2,065	-8.33
Tingkat sosial ekonomi	2,154	3,640	4.10
Pendidikan			
Pendidikan Ibu (1)	1,248	2,935	3.96
Pendidikan Ibu (2)	1,563	2,232	4.18
Pendidikan Ibu (3)	0,377	1,198	-0.30
Kecemasan keluarga	3,894	1,498	6.52
Ketersediaan sistem pendukung	2,919	0,379	-0.55
Lingkungan yang menakutkan	2,143	1,796	-4.17

Berikutnya variabel yang dikeluarkan dari model secara berurutan dilihat dari *p value*-nya adalah variabel pengalaman dirawat, temperamen, tingkat sosial ekonomi, lingkungan yang menakutkan, lama

dirawat, ketersediaan sistem pendukung, jenis kelamin dan kecemasan keluarga,. Setiap variabel dikeluarkan satu persatu dengan melalui langkah yang sama dengan langkah sebelumnya, kemudian dilakukan perbandingan *odds ratio* (OR) antara sebelum dan sesudah variabel tersebut dikeluarkan. Hasil analisa multivariat dengan regresi logistik memperlihatkan bahwa pengeluaran variabel-variabel tersebut di atas menyebabkan perubahan nilai *odds ratio* (OR) yang lebih dari 10 %, sehingga semua variabel tersebut dimasukkan kembali ke dalam model. Adapun model akhir yang dihasilkan adalah sebagai berikut :

Tabel 5.15.
Model Akhir : Analisis Multivariat Variabel Usia, Pendidikan Ibu, Tingkat Sosial Ekonomi, Pengalaman Dirawat, Lingkungan yang Menakutkan, Lama Dirawat, Temperamen, Ketersediaan Sistem Pendukung, Kecemasan, dan Jenis Kelamin Responden Di RSUD dr Slamet Garut Bulan April-Mei 2011

No	Variabel	B	Wald	p Value	OR	95% CI
1.	Usia	0,586	16,783	0,000	1,796	1,357-2,377
2.	Pendidikan Ibu		0,745	0,863		
	Pendidikan Ibu (1)	0,181	0,067	0,795	1,198	0,306-4,868
	Pendidikan Ibu (2)	0,404	0,216	0,642	1,498	0,273-8,225
	Pendidikan Ibu (3)	-0,971	0,284	0,594	0,379	0,011-13,452
3.	Tingkat Sosial Ekonomi	0,725	0,761	0,383	2,065	0,405-10,532
4.	Pengalaman dirawat sebelumnya	-0,419	0,471	0,492	0,658	0,199-2,175
5.	Lingkungan yang menakutkan	0,803	1,493	0,222	2,232	0,616-8,095
6.	Lama dirawat	-0,242	2,036	0,154	1,273	0,914-1,775
7.	Temperamen		2,107	0,349		
	Temperamen (1)	-0,092	0,008	0,930	0,912	0,115-7,214
	Temperamen (2)	1,180	0,804	0,370	3,254	0,247-42,883
8.	Ketersediaan sistem pendukung	1,077	2,899	0,089	2,935	0,850-10,137

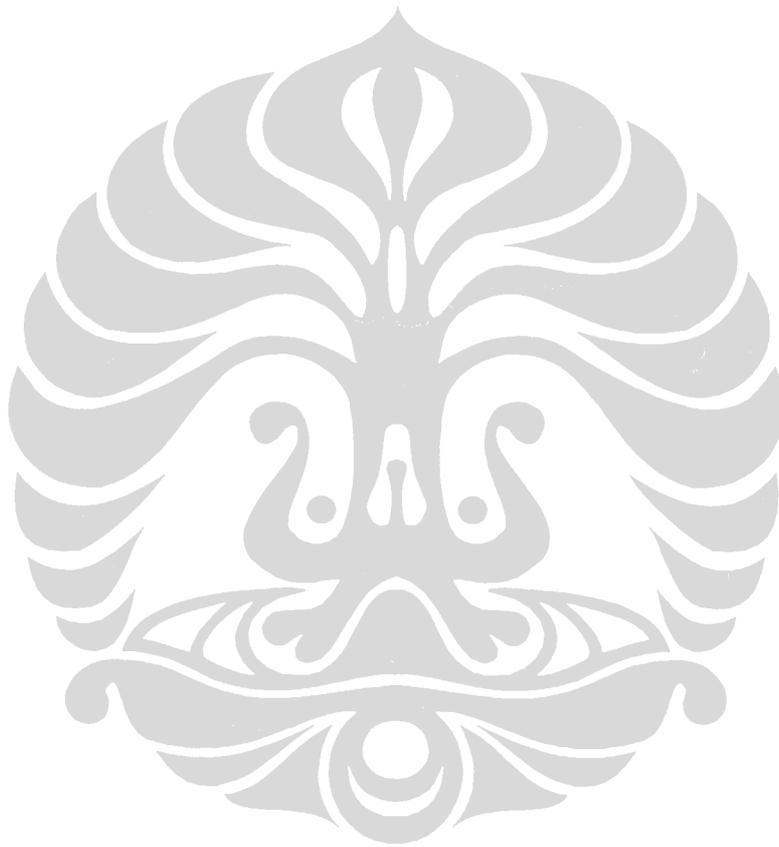
9.	Kecemasan keluarga	1,292	4,436	0,035	3,640	1,094-12,113
10.	Jenis kelamin	1,354	3,821	0,051	3,872	0,996-15,049
	Konstanta	-12,118	-14,749	0,000		

Berdasarkan analisis multivariat pada tabel 5.15. di atas menunjukkan bahwa variabel yang berhubungan secara bermakna dengan kejadian takut adalah variabel usia ($p = 0,00$; $OR = 1,796$) dan kecemasan keluarga ($p = 0,035$; $OR = 3,640$) sedangkan variabel lainnya sebagai variabel *konfounding*. Selain itu, dari hasil analisis di atas didapatkan juga nilai *odd ratio* (OR) pada variabel kecemasan keluarga adalah 3,640, yang artinya anak yang memiliki keluarga dengan kecemasan berat memiliki peluang untuk takut sebesar 3,640 kali lebih besar dibandingkan anak yang berasal dari keluarga dengan kecemasan ringan/sedang setelah dikontrol variabel jenis kelamin, ketersediaan sistem pendukung, lama dirawat, usia, pengalaman dirawat, temperamen, lingkungan yang menakutkan, tingkat sosial ekonomi, dan pendidikan ibu. Pada variabel umur, didapatkan bahwa setiap peningkatan usia 1 tahun terdapat penurunan peluang untuk terjadinya kejadian takut sebesar 1,796.

Untuk melihat variabel yang paling besar pengaruhnya terhadap kejadian takut, dapat dilihat dari nilai *Exponen B* pada variabel yang signifikan. Pada hasil analisis di atas, yang paling besar nilai *Exponen B* nya adalah kecemasan keluarga, sehingga dapat diartikan bahwa kecemasan keluarga merupakan variabel determinan yang paling besar pengaruhnya terhadap kejadian takut pada anak usia sekolah dan pra sekolah yang mengalami hospitalisasi.

Menurut Hastono (2007), model regresi logistik pada dasarnya hanya dapat dipergunakan untuk penelitian yang bersifat *kohort*, sedangkan untuk penelitian yang bersifat *cross sectional* atau *case control*

interpretasi yang dapat dilakukan hanya menjelaskan nilai OR (exp B) pada masing-masing variabel. Oleh karena penelitian ini merupakan penelitian *cross sectional*, maka tidak mempergunakan model regresi logistik tapi cukup dengan menjelaskan nilai OR seperti telah dijelaskan dalam interpretasi di atas.



BAB VI

PEMBAHASAN

Bab ini akan menguraikan tentang interpretasi hasil dan diskusi, keterbatasan penelitian serta implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan, penelitian keperawatan dan pendidikan keperawatan.

6.1 Interpretasi dan Hasil Diskusi

6.1.1 Kejadian Takut

Kejadian takut pada anak usia sekolah dan pra sekolah yang mengalami hospitalisasi dari hasil penelitian ini pada dasarnya cukup besar, yaitu 53 % dari 100 orang anak. Hal ini berarti bahwa lebih dari separuh responden mengalami kejadian takut. Hasil ini jauh lebih rendah dari hasil penelitian Salmela, Salanterä dan Aronen (2009) yang menyatakan bahwa kejadian ketakutan dan kecemasan dialami anak usia sekolah yang dirawat mencapai 91 %. Perbedaan ini sangat dimungkinkan, mengingat bahwa penelitian tersebut menggabungkan antara reaksi kecemasan dan ketakutan sehingga angka yang dihasilkan relatif akan menjadi lebih besar.

6.1.2 Hubungan Antara Karakteristik Anak Dengan Kejadian Takut

Karakteristik anak yang telah diidentifikasi berhubungan dengan kejadian takut sesuai kerangka konsep penelitian adalah umur, jenis kelamin, pengalaman dirawat, lama dirawat, temperamen dan pengalaman dilakukan tindakan *invasive*. Hal-hal tersebut akan dibahas di bawah ini berdasarkan hasil penelitian yang telah didapatkan serta penelitian-penelitian terdahulu dan konsep dan teori yang telah ada.

Berdasarkan hasil penelitian ini, didapatkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kejadian takut dengan usia ($p = 0,00$) dan jenis kelamin ($p = 0,023$), tetapi tidak ada hubungan yang bermakna antara kejadian takut dengan lama dirawat ($p = 0,438$), pengalaman dirawat

sebelumnya ($p = 0,263$), temperamen ($p = 0,183$) dan pengalaman dilakukan tindakan *invasive* ($p = 0,599$).

a. Hubungan Antara Usia dengan Kejadian Takut

Hasil analisis univariat memperlihatkan bahwa rata-rata usia responden dalam penelitian ini adalah 7,06 tahun dengan usia termuda 4 tahun dan tertua 12 tahun. Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa rata-rata usia responden berada dalam usia sekolah. Pada usia sekolah ini, sebagian besar anak mengalami rasa takut yang berkaitan dengan penyakit yang diderita, kecacatan, pemulihan yang tidak jelas atau kemungkinan kematian. (Muscari, 2005; Hockenberry et al., 2003).

Selain hasil analisa univariat di atas, hasil analisis bivariat dengan menggunakan *t test independent* telah menunjukkan signifikansi hubungan antara usia dengan kejadian takut ($p= 0,00$; $\alpha: 0,05$). Hasil penelitian memperlihatkan bahwa rata-rata usia anak yang mengalami ketakutan adalah 5,85 tahun sedangkan rata-rata anak yang tidak mengalami takut berusia 8,40 tahun. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian Muris dan Broeren (2009) yang menjelaskan bahwa usia merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan rasa takut. Pada anak yang berusia pra sekolah, rasa takut terhadap sesuatu yang tidak diketahui (*fear of unknown*) lebih tinggi intensitasnya daripada anak yang usianya lebih besar. Ketakutan terhadap sesuatu yang tidak diketahui berkaitan dengan hospitalisasi dapat diakibatkan oleh ketakutan karena tindakan medis atau keperawatan, para petugas kesehatan, dan ketakutan akan adanya rasa nyeri serta cedera tubuh.

Hubungan faktor usia dengan kejadian takut juga diperkuat oleh penelitian lain yang dilakukan oleh Muris (2000) yang menjelaskan bahwa ketakutan yang bersifat spesifik akan berkurang intensitasnya

seiring dengan peningkatan usia anak. Selain hasil penelitian-penelitian terdahulu, terdapat teori-teori yang juga turut memperkuat hasil penelitian ini, salah satunya yaitu teori yang dikemukakan oleh Marks (1987). Marks menjelaskan bahwa rasa takut yang normal pada seorang anak akan menunjukkan sebuah pola perkembangan yang jelas. Pola tersebut dinamakan sebagai sebuah “*ontogenic parade*” yang diartikan bahwa rasa takut dapat muncul dan hilang dalam tahapan waktu yang dapat diprediksi selama masa pertumbuhan dan perkembangan anak. Hurlock (1998) juga menegaskan bahwa perasaan takut merupakan respon emosional yang sangat kuat muncul pada masa pra sekolah, bahkan pengalaman takut yang terjadi pada masa ini umumnya lebih besar dibandingkan periode usia lainnya (Hockenberry & Wilson, 2009; Muscari, 2005).

Analisa multivariat yang dilakukan terhadap usia dan faktor-faktor lainnya telah memperlihatkan pula bahwa usia tetap merupakan faktor determinan yang berhubungan dengan kejadian takut setelah dikontrol oleh variabel-variabel lainnya. Nilai p yang didapatkan adalah 0,00 dengan *odds ratio* 1,796 (95% CI 1,288 - 2,254).

b. Hubungan Antara Jenis Kelamin dengan Kejadian Takut

Variabel kedua dari karakteristik anak adalah jenis kelamin. Hasil analisis univariat memperlihatkan bahwa lebih setengahnya dari responden adalah laki-laki (55 %). Sedangkan hasil analisis bivariat menyatakan bahwa didapatkan *odd ratio* (OR) sebesar 2,783 ($p=0,023$) yang diartikan bahwa anak perempuan memiliki peluang sebesar 2,783 kali lebih besar untuk mengalami takut dibandingkan dengan anak laki-laki. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Pate et al. (1996), Meltzer et al. (2008), Mansyi et al. (2007), Burnham dan Lomax (2009), serta Ollendick, King dan Frary, (1989) yang melaporkan bahwa anak perempuan memiliki rasa takut yang lebih besar daripada anak laki-laki berkaitan dengan takut

disuntik, takut kegelapan dan takut cedera tubuh. Hal tersebut disebabkan karena anak perempuan merasa lebih bebas untuk mengekspresikan rasa takutnya dan cenderung lebih emosional dibandingkan dengan anak laki-laki (Caffo, Forresi & Lievers, 2005) walaupun hal tersebut dibantah oleh penelitian Mahat, Scovoleni dan Canella (2004) yang menjelaskan bahwa tidak ada perbedaan rasa takut pada anak laki-laki dan perempuan di Amerika tetapi penelitian di Nepal mengatakan bahwa rasa takut anak perempuan lebih tinggi daripada anak laki-laki.

Perbedaan hasil penelitian-penelitian antara anak-anak di Amerika dan Nepal tersebut dimungkinkan karena terdapatnya perbedaan budaya antara negara-negara barat dan timur. Di Asia (Nepal, Mesir) anak laki-laki tidak mengungkapkan rasa takutnya dan mereka dituntut untuk tidak takut dan bersikap kuat pada segala situasi dan kondisi (Mansyi et al., 2007; Mahat, Scovoleni & Canella, 2004).

c. Hubungan Antara Lama Dirawat dengan Kejadian Takut

Selain variabel usia dan jenis kelamin, lama dirawat di rumah sakit merupakan salah satu faktor yang diidentifikasi dalam penelitian ini. Menurut hasil analisa univariat, didapatkan bahwa rata-rata lama dirawat responden adalah 3,29 hari dengan waktu rawat terlama 11 hari dan tersingkat 1 hari. Sedangkan dari hasil analisa bivariat didapatkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara rata-rata lama dirawat anak takut dengan anak yang tidak takut ($p=0,438$; $\alpha: 5\%$).

Pada dasarnya belum banyak penelitian terdahulu yang mencoba mengidentifikasi faktor lama dirawat ini, tetapi menurut teori adaptasi Roy manusia adalah “*adaptive system*” yang berupaya untuk selalu berinteraksi dan menyesuaikan diri dengan lingkungannya (Tomey & Alligood, 2006). Setiap stimulus yang

datang akan mengalami proses kontrol yang dilakukan sub sistem regulator dan kognator dalam tubuh. Semakin lama seorang anak dirawat di rumah sakit akan semakin banyak pula proses untuk menyesuaikan diri sehingga rasa takut yang muncul pada awal anak dirawat dapat diadaptasi oleh dirinya seiring berjalannya waktu. Tetapi pada dasarnya teori tersebut ternyata berbeda pada anak, terbukti bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara anak yang takut dan tidak takut dilihat dari lamanya dirawat. Hal tersebut terjadi karena proses adaptasi dan mekanisme koping anak usia pra sekolah terhadap lingkungan yang masih sangat terbatas (Hockenberry & Wilson, 2009).

Penelitian terdahulu yang telah mencoba mengangkat variabel lama dirawat yang dihubungkan dengan kejadian takut adalah penelitian Mansyi et al, (2007) yang menjelaskan adanya hubungan yang signifikan antara lama dirawat dengan kejadian takut pada anak usia sekolah. Hal tersebut disebabkan oleh kemampuan koping anak usia sekolah yang telah berkembang. Kemampuan koping yang baik ditunjukkan oleh anak usia sekolah dengan berbagai cara seperti berdoa, berbicara dengan pasien lain, berusaha melupakan ketakutannya, tidur atau bermain (Mansyi et al., 2007).

d. Hubungan Antara Pengalaman Dirawat Sebelumnya dengan Kejadian Takut

Variabel selanjutnya yang akan dibahas adalah pengalaman dirawat sebelumnya. Berdasarkan analisis univariat dapat dilihat bahwa responden yang pernah dirawat sebelumnya berjumlah 42 orang (42%) dan sisanya (58%) belum pernah dirawat. Sedangkan dari hasil analisis bivariat dapat terlihat bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pengalaman dirawat sebelumnya dengan kejadian takut ($p = 0,263$).

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan pendapat Supartini (2004) yang menjelaskan bahwa pengalaman dirawat di rumah sakit sebelumnya mempengaruhi kejadian takut seorang anak. Hal ini dapat terjadi karena pada dasarnya bukan pernah atau tidaknya seorang anak dirawat sebelumnya yang mempengaruhi kejadian takut, tetapi apakah pengalaman tersebut menyenangkan atau tidak menyenangkan. Di dalam penjelasan selanjutnya Supartini (2004) juga mengemukakan bahwa seorang anak yang memiliki pengalaman yang tidak menyenangkan selama dirawat di rumah sakit sebelumnya akan menyebabkan anak menjadi takut dan trauma terhadap perawatan saat ini, tetapi sebaliknya jika pengalaman dirawat sebelumnya itu menyenangkan maka ia akan memiliki rasa takut yang lebih rendah sehingga lebih kooperatif selama dirawat.

Pendapat tersebut juga diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh Ollendick et.al. (2001) yang telah mencoba mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian takut yang dimiliki oleh seorang anak. Ollendick et al. (2001) menyatakan bahwa kejadian buruk dalam kehidupan (*negative life events*) dapat merupakan sebuah *stressor* yang bila terjadi secara berulang akan membuat seorang anak menjadi lebih rentan untuk mengalami takut ketika berhadapan dengan pengalaman lainnya. Kejadian buruk dalam kehidupan ini bisa didapatkan oleh seorang anak yang pernah dirawat sebelumnya di rumah sakit. Adapun perbedaan antara hasil penelitian ini dengan penelitian dan teori di atas adalah bahwa dalam penelitian ini, peneliti hanya mencoba mengungkapkan tentang pernah tidaknya seorang anak dirawat di rumah sakit sebelumnya bukan dilihat dari isi pengalaman dirawatnya.

e. Hubungan Antara Temperamen dengan Kejadian Takut

Temperamen adalah salah satu faktor yang diidentifikasi berhubungan dengan kejadian takut. Hasil analisis univariat

memperlihatkan bahwa sebagian besar anak memiliki temperamen yang lambat memanas (78%), dan hanya sedikit saja yang memiliki temperamen sulit maupun mudah, yang masing-masing berjumlah 9 % dan 13 %. Sedangkan dari analisa bivariat didapatkan kesimpulan bahwa tidak adanya hubungan yang signifikan antara temperamen dengan kejadian takut ($p = 0,183$). Hal tersebut jelas berlawanan dengan penelitian Su et al. (2007) yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara ketakutan anak dengan temperamennya. Selain itu Pate et al. (1996) juga memperkuat pendapat tersebut yang menjelaskan bahwa temperamen anak yang sulit merupakan salah satu hal yang berkaitan dengan reaksi emosional pada anak termasuk rasa takut. Perbedaan tersebut dapat terjadi karena penelitian Su et al. (2007) tersebut hanya berkaitan dengan “*dental fear*” dan bukan rasa takut secara umum yang berkaitan dengan hospitalisasi, sedangkan penelitian Pate et al. (1996) merupakan penelitian *retrospektif* yang memungkinkan banyak terjadinya *bias recal*.

Hal lain yang dapat dianalisa dari hasil penelitian ini adalah hasil secara deskriptif. Berdasarkan tabel 5.6 dapat terlihat bahwa anak yang memiliki temperamen sulit dan mengalami ketakutan, cenderung lebih banyak daripada anak yang memiliki temperamen sulit tapi tidak takut, begitu juga untuk temperamen mudah. Sehingga dari hal tersebut dapat dijelaskan bahwa tidak bermaknanya hubungan temperamen dengan kejadian takut merupakan ketidakbermaknaan secara statistik yang dapat terjadi karena kurangnya jumlah sampel, tetapi bila dilihat secara kemaknaan substansial, masih terdapat hubungan antara variabel temperamen anak dengan kejadian takut.

f. Hubungan Antara Pengalaman Dilakukan Tindakan *Invasive* dengan Kejadian Takut.

Variabel lain dalam karakteristik anak adalah pengalaman dilakukan tindakan *invasive*. Hasil penelitian ini menjelaskan bahwa hampir sebagian besar responden mengalami tindakan *invasive* (97%). Tetapi dilihat dari analisis bivariat ternyata tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pengalaman dilakukan tindakan *invasive* dengan kejadian takut. Hal ini dapat dijelaskan penyebabnya yang hampir sama halnya dengan penjelasan karena pengalaman dirawat sebelumnya. Anak yang pernah mendapatkan tindakan *invasive* tapi tidak merasa trauma atau menyakitkan atau menganggap hal tersebut itu sebagai sebuah pengalaman yang menyenangkan tentu akan merasakan bahwa tidak ada hal lagi yang menyebabkan anak harus takut, tetapi sebaliknya jika pengalaman mendapatkan tindakan *invasive* tersebut dirasakan sebagai sebuah ancaman, tindakan yang menakutkan dan mengancam keselamatannya, maka perasaan takut yang dimilikinya akan lebih besar.

6.1.3 Hubungan Antara Karakteristik Keluarga Dengan Kejadian Takut

Karakteristik keluarga yang diidentifikasi berhubungan dengan kejadian takut pada anak sesuai kerangka konsep penelitian adalah status sosial ekonomi, pendidikan ibu, kecemasan keluarga dan ketersediaan sistem pendukung. Berdasarkan hasil penelitian ini dapat dikemukakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kejadian takut dengan tingkat sosial ekonomi keluarga ($p = 0,048$), kecemasan keluarga ($p = 0,031$), dan ketersediaan sistem pendukung ($p = 0,017$). Sedangkan antara kejadian takut dan pendidikan ibu tidak terdapat hubungan yang signifikan ($p = 0,173$).

a. Hubungan antara Tingkat Sosial Ekonomi dengan Kejadian Takut

Penelitian ini menemukan bahwa tingkat sosial ekonomi keluarga responden didominasi oleh tingkat sosial ekonomi yang rendah (76

%). Menurut peneliti, hal ini sangat mungkin terjadi karena peneliti hanya mengambil responden yang dirawat di ruang perawatan kelas III, walaupun tidak menutup kemungkinan terdapat responden yang berasal dari keluarga dengan tingkat sosial ekonomi menengah atau tinggi yang dirawat di ruang ini (24 %).

Pengujian statistik pada variabel ini menghasilkan *odds ratio* (OR) sebesar 2,903 yang dapat diartikan bahwa responden yang berasal dari tingkat sosial ekonomi rendah memiliki peluang sebesar 2,903 kali lebih besar untuk mengalami takut dibandingkan responden yang berasal dari keluarga dengan tingkat sosial ekonomi tinggi. Kebermaknaan hubungan antara tingkat sosial ekonomi dan kejadian takut didukung juga oleh penelitian yang dilakukan oleh Fonseca, Yule dan Erol (1994) dalam Burkhardt, Loxton dan Muris (2003) yang melaporkan bahwa tingkat sosial ekonomi mempengaruhi ketakutan anak, dimana anak yang berasal dari keluarga dengan tingkat sosial ekonomi yang rendah lebih banyak mengalami ketakutan dibandingkan anak dari kelas sosial ekonomi tinggi.

Menurut pemikiran peneliti, hal tersebut dapat terjadi karena tingkat sosial ekonomi yang rendah membuat kemampuan akses anak-anak yang berasal dari tingkat sosial ekonomi rendah terhadap dunia luar sangat terbatas, yang dalam hal ini adalah dunia kesehatan dan rumah sakit. Keterpaparan anak-anak gambaran lingkungan dan suasana rumah sakit baik secara langsung maupun tidak langsung yang diperoleh melalui media cetak ataupun elektronik lebih sedikit daripada anak-anak yang berasal dari tingkat sosial ekonomi tinggi. Hal ini juga dikaitkan dengan rasa takut pada anak usia pra sekolah yang lebih diakibatkan oleh takut karena hal yang tidak mereka ketahui sebelumnya/*fear of unknown* (Muris & Broeren, 2009).

b. Hubungan antara Pendidikan Ibu dengan Kejadian Takut

Variabel lain yang telah dicoba untuk diidentifikasi adalah pendidikan ibu. Hasil analisa univariat menemukan bahwa proporsi ibu yang memiliki pendidikan SD lebih besar dibandingkan dengan pendidikan lainnya. Terdapat 43 % ibu dengan pendidikan SD, 31 % untuk pendidikan SLTP, 22 % untuk pendidikan SLTA dan hanya 4 % saja yang berpendidikan perguruan tinggi. Analisis bivariat dengan menggunakan *chi square* telah mendapatkan hasil bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan ibu dengan kejadian takut pada anak yang mengalami hospitalisasi ($p = 0,173$).

Hasil analisa bivariat seperti dijelaskan di atas tidak sejalan dengan penelitian Ollendick et al. (2001) yang menjelaskan bahwa anak-anak yang mengalami kejadian takut cukup besar terjadi pada anak dengan ibu-ibu yang tingkat pendidikannya rendah. Peneliti berpendapat bahwa perbedaan ini dapat terjadi, dimana pada saat ini pendidikan formal bukan merupakan satu-satunya sumber ilmu pengetahuan yang dapat diakses. Ilmu pengetahuan akan lebih mudah didapatkan dari sumber lain yang sekarang ini mudah didapat jika orang tersebut memiliki niat dan keinginan untuk mendapatkannya. Jadi dapat diartikan bahwa ibu-ibu dalam penelitian ini yang sebagian besar berpendidikan SD mampu memberikan pengetahuan yang cukup kepada anak-anaknya sehingga kejadian takut yang mereka rasakan tidak jauh berbeda dengan anak-anak yang memiliki ibu dengan pendidikan yang lebih tinggi.

Meskipun demikian, jika dilihat secara deskriptif pada tabel 5.7 dapat dijelaskan bahwa terdapat sebuah pola yang menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara pendidikan ibu dengan kejadian takut sesuai dengan penelitian Ollendick, et al (2001).

Sehingga dari hal tersebut dapat dianalisa bahwa terdapat hal lain yang juga menjadi penyebab tidak bermaknanya hubungan ini jika dilihat secara statistik. Peneliti memiliki asumsi bahwa hal tersebut dikarenakan sampel yang kurang mewakili keseluruhan populasi yang diharapkan.

c. Hubungan antara Kecemasan Keluarga dengan Kejadian Takut

Kecemasan keluarga merupakan salah satu dari lima karakteristik keluarga yang telah diidentifikasi berhubungan dengan kejadian takut pada anak yang mengalami hospitalisasi. Berdasarkan hasil analisa univariat didapatkan bahwa lebih dari separuh orang tua atau keluarga responden yang mengalami kecemasan berat (55%) dan sisanya (45%) mengalami kecemasan ringan sedang. Fenomena ini merupakan sebuah fenomena yang wajar terjadi, dimana sebuah keluarga akan mengalami kecemasan yang lebih tinggi jika ada salah satu anaknya yang mengalami sakit dan harus dirawat daripada jika ibu, suami atau neneknya yang sakit.

Hasil analisis selanjutnya memperlihatkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kecemasan keluarga dan kejadian takut pada anak ($p = 0,031$), dengan nilai *odd ratio* (OR) sebesar 2,625 yang berarti bahwa anak yang memiliki keluarga yang mengalami kecemasan berat memiliki peluang 2,625 kali lebih besar untuk mengalami kejadian takut dibandingkan dengan anak yang keluarganya mengalami kecemasan ringan/sedang. Analisis multivariat telah menunjukkan bahwa kecemasan keluarga merupakan salah satu variabel yang merupakan determinan kejadian takut di samping variabel usia dengan $p = 0,035$ dan $OR = 3,640$.

Kebermaknaan hubungan antara kecemasan keluarga dan kejadian takut anak yang tergambar dalam hasil penelitian di atas sesuai dengan pendapat Supartini (2004) serta Zuwala dan Barber (2001)

yang menjelaskan bahwa salah satu faktor yang dapat mempengaruhi ketakutan dan kecemasan seorang anak adalah kecemasan keluarga. Keluarga yang terlalu cemas, khawatir dan stress terhadap keadaan anaknya akan menyebabkan anak menjadi semakin takut dan stress juga.

d. Hubungan antara Ketersediaan Sistem Pendukung dengan Kejadian Takut

Variabel terakhir dalam karakteristik keluarga adalah ketersediaan sistem pendukung. Variabel ini digambarkan sebagai sebuah bentuk dukungan dari orang tua dan atau keluarga terhadap anak yang sedang dirawat dalam bentuk kesediaan secara fisik seperti selalu hadir menemani anak, membantu memenuhi kebutuhan anak atau kehadiran secara psikologis seperti pemberian motivasi, hiburan dan semangat ketika anak dirawat.

Lebih dari separuh keluarga tidak dapat menyediakan dukungan yang optimal bagi anaknya yang sedang dirawat seperti ketidakmampuan untuk mendampingi anak secara terus menerus karena berbagai alasan (52 %) dan hanya 48 % saja yang dapat memberikan dukungan optimal kepada anaknya. Walaupun hasil analisa univariat memperlihatkan hasil yang tidak jauh berbeda dari proporsi, tetapi hasil analisa bivariat menunjukkan hubungan yang bermakna antara ketersediaan sistem pendukung dan kejadian takut ($p = 0,017$) dengan nilai *odds ratio* 2,883 yang artinya bahwa anak yang tidak memiliki ketersediaan sistem pendukung memiliki peluang sebesar 2,883 kali lebih besar untuk mengalami takut dibandingkan dengan anak yang memiliki sistem pendukung selama ia dirawat.

Bagi seorang anak, keluarga yang dalam hal ini orang tua atau orang terdekat merupakan komponen penting dalam kehidupan anak dan

sebuah konstanta yang mutlak diperlukan apalagi jika anak berada dalam kondisi sakit dan mengharuskannya untuk dirawat di rumah sakit. Oleh karena itu dalam prinsip perawatan anak terdapat istilah “*family centered care*” atau perawatan yang berpusat dalam keluarga (Hockenberry & Wilson, 2009). Di dalam *family centered care* ini, perawat memberdayakan dan memperkuat kekuatan keluarga serta melibatkan keluarga pada perencanaan perawatan, evaluasi dan membuat keputusan untuk meningkatkan perawatan anak. Praktek keperawatan yang baik melibatkan tenaga kesehatan dan keluarga bekerja bersama-sama (Ball, 2003).

Pentingnya ketersediaan dukungan keluarga bagi anak yang mengalami hospitalisasi juga diperkuat oleh pendapat Supartini (2004) yang menjelaskan bahwa anak yang berada dalam keadaan stres dan tertekan akibat sakit yang dialaminya akan mencari dukungan dari keluarganya terutama orang tuanya. Sehingga jika orang tua selalu berada di samping anak maka rasa takut dan kecemasan pada anak akan berkurang. Hal tersebut memberikan implikasi bahwa dalam pelaksanaan asuhan keperawatan perawat harus mendukung dan memfasilitasi kebersamaan anak dan orang tua sebagai salah satu upaya menurunkan tingkat ketakutan anak.

6.1.4 Hubungan Antara Karakteristik Lingkungan Dengan Kejadian Takut

Dimensi terakhir dari determinan yang berhubungan dengan kejadian takut pada anak yang mengalami hospitalisasi adalah lingkungan. Lingkungan dalam hal ini adalah kondisi dan situasi rumah sakit tempat anak dirawat, yang ditekankan pada keadaan lingkungan yang menakutkan berkaitan dengan pemandangan yang mungkin dilihat anak selama menjalani perawatan. Pemandangan yang menakutkan tersebut diidentifikasi seperti adanya darah, luka yang besar, atau

jeritan dan tangisan pasien lain ketika dilakukan tindakan medis atau keperawatan.

Dilihat dari analisa univariat, didapatkan hasil bahwa sebagian besar anak (67%) pernah melihat pemandangan yang menakutkan selama ia dirawat dan sisanya (33 %) menyatakan tidak pernah melihat. Hal tersebut memperlihatkan bahwa keterpaparan anak terhadap lingkungan yang menakutkan cukup tinggi. Tempat anak dirawat (ruang rawat) dapat merupakan sebuah *stressor* lain yang dapat membuat anak menjadi lebih ketakutan berkaitan dengan pemandangan yang dilihatnya. Padahal sejak awal masukpun anak sudah dapat mengalami ketakutan disebabkan oleh adanya lingkungan asing yang sangat jauh berbeda dengan keadaan di rumahnya. Menurut teori adaptasi Roy, lingkungan tempat anak dirawat dapat merupakan sebuah stimulus *contextual* yang dapat mempengaruhi kemampuan koping dan respon anak. Perawat dapat mengurangi keterpaparan anak terhadap lingkungan yang menakutkan melalui optimalisasi ruang tindakan dalam pelaksanaan tindakan-tindakan pada anak.

Analisa selanjutnya memperlihatkan hubungan yang signifikan antara lingkungan dengan kejadian takut ($p = 0,033$). Adapun nilai OR yang dihasilkan adalah 2,760 yang artinya bahwa anak yang dirawat dalam lingkungan yang menakutkan akan memiliki peluang 2,760 kali lebih besar untuk mengalami takut dibandingkan anak yang tidak pernah melihat pemandangan yang menakutkan atau dirawat di lingkungan yang tidak menakutkan. Hasil ini didukung oleh penelitian Coyne (2006) yang menjelaskan bahwa pada anak usia sekolah yang mengalami hospitalisasi, lingkungan yang asing dan berbeda dengan suasana rumah akan menimbulkan perasaan tidak aman dan takut pada anak.

6.2 Keterbatasan Penelitian

Di dalam penelitian ini terdapat beberapa kelemahan atau keterbatasan yang dapat menjadi pertimbangan bagi penelitian selanjutnya. Keterbatasan dalam penelitian ini antara lain :

6.2.1 Keterbatasan saat wawancara

Pada penelitian ini, peneliti memiliki keterbatasan dalam proses pengumpulan data, terutama saat wawancara tentang ketakutan yang dirasakan anak. Pada saat wawancara pada anak-anak yang berusia pra sekolah, peneliti banyak menemukan hambatan dalam melakukan pendekatan, dan komunikasi dengan anak. Sehingga memerlukan bantuan orang tua dan kreatifitas peneliti atau asisten peneliti untuk dapat memperoleh data yang diinginkan selama proses wawancara.

6.2.2 Keterbatasan saat observasi

Keterbatasan lain yang dimiliki penelitian ini adalah tidak adanya sarana pendukung untuk melaksanakan observasi tentang ketakutan anak. Idealnya observasi dilakukan secara terus menerus selama 2 hari dengan menggunakan kamera tersembunyi untuk keakuratan data yang didapatkan. Pada penelitian ini peneliti hanya menggunakan lembar observasi yang diisi oleh peneliti dan atau asisten peneliti.

6.2.3 Keterbatasan Besar Sampel

Besar sampel yang kurang mewakili merupakan keterbatasan ketiga dalam penelitian ini. Walaupun peneliti telah memilih besar sampel yang melebihi sampel minimal hasil perhitungan, tetapi berdasarkan hasil analisa data terdapat beberapa variabel yang jika dilihat secara deskriptif memiliki pola hubungan yang bermakna tetapi tidak bermakna secara statistik. Kebermaknaan tersebut menjadi tidak signifikan ketika ketika dilihat secara menyeluruh sehingga dapat dianalisa bahwa itu terjadi karena kurangnya sampel. Kurangnya sampel juga dapat ditentukan berdasarkan rumus *rule of thumb*, bahwa jumlah sampel minimal untuk analisa multivariat adalah 10-15 responden/variabel. Sehingga jika penelitian ini menggunakan 12

variabel *independent*, jumlah sampel minimal yang diperlukan adalah antara 120 sampai dengan 180.

6.3 Implikasi Keperawatan

6.3.1 Implikasi terhadap Pelayanan Keperawatan

Implikasi hasil penelitian ini terhadap pelayanan keperawatan adalah memberikan informasi atau masukan kepada para praktisi keperawatan dan pemegang kebijakan tentang faktor determinan yang berhubungan dengan kejadian takut pada anak usia pra sekolah dan sekolah yang mengalami hospitalisasi. Hal ini dapat dijadikan acuan atau panduan bagi para perawat yang bertugas di ruangan rawat anak dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

Seperti telah dijelaskan dalam bab sebelumnya, bahwa usia dan kecemasan keluarga merupakan faktor determinan yang paling berhubungan dengan kejadian takut pada anak usia sekolah dan pra sekolah yang mengalami hospitalisasi. Setelah mengetahui hal tersebut maka diharapkan para perawat dapat memodifikasi tindakan-tindakan keperawatan dan pendekatan yang lebih menyenangkan bagi anak usia pra sekolah yang sedang dirawat sebagai upaya untuk mengurangi kejadian takut yang dapat mereka alami. Tentunya hal ini harus didukung oleh kebijakan rumah sakit serta ketersediaan sarana dan prasarana yang kondusif dan dapat mengurangi rasa takut pada anak seperti alat dan tempat bermain, juga ruang rawat yang sesuai dengan tumbuh kembang anak.

Berkaitan dengan kecemasan keluarga sebagai determinan kejadian takut, perawat anak diharapkan mampu mengatasi dan mencegah terjadinya kecemasan pada keluarga dengan melibatkan keluarga dalam setiap prosedur perawatan dan pengambilan keputusan berkaitan dengan perawatan anaknya serta memberikan dukungan emosional pada

keluarga. Prinsip *family centered care* betul-betul harus diterapkan dalam rangka mengurangi ketakutan pada anak.

6.3.2 Implikasi terhadap Penelitian Keperawatan

Impikasi lain dari penelitian ini yang dapat diterapkan terhadap dunia keperawatan adalah berkaitan dengan penelitian. Pada dasarnya hasil penelitian ini merupakan data dasar yang dapat digunakan oleh peneliti lain dalam mengungkap fenomena yang lebih luas tentang ketakutan pada anak yang sedang mengalami hospitalisasi serta upaya-upaya yang dapat dilakukan oleh perawat dalam mengatasi rasa takut akibat hospitalisasi. Penelitian lain yang dapat dilakukan berkaitan dengan hasil penelitian ini adalah penelitian tentang dampak permainan terapeutik (*therapeutic play*) dalam mengurangi rasa takut pada anak usia pra sekolah dan usia sekolah, penelitian kualitatif tentang respon takut pada anak atau penelitian yang sama tetapi pada anak dengan usia perkembangan yang lain, variabel yang lebih lengkap dan sampel yang lebih banyak.

6.3.3 Implikasi terhadap Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperkaya ilmu keperawatan yang saat ini sedang dikembangkan melalui pendidikan dan penelitian. Konsep hospitalisasi yang selama ini terdapat dalam buku-buku keperawatan anak dapat berkembang dengan adanya hasil penelitian ini. Takut sebagai sebuah reaksi normal yang dirasakan oleh seorang anak merupakan sebuah reaksi emosional yang dapat muncul berkaitan dengan proses hospitalisasi disamping kecemasan karena perpisahan (*separation anxiety*), kehilangan control (*loss of control*) serta cedera tubuh dan nyeri.

BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 SIMPULAN

Simpulan yang dapat diambil dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Kejadian takut yang dialami oleh anak usia pra sekolah dan sekolah yang mengalami hospitalisasi cukup tinggi
- b. Karakteristik anak pada penelitian ini antara lain usia anak yang rata-rata berada pada usia sekolah, sebagian besar berjenis kelamin laki-laki, berada pada tipe temperamen lambat memanas, pernah mendapatkan tindakan invasive, belum pernah dirawat sebelumnya dan rata-rata lama dirawat lebih dari tiga hari. Karakteristik keluarga responden sebagian besar memiliki status sosial ekonomi rendah, dengan pendidikan SD, memiliki kecemasan berat dan tidak tersedianya dukungan keluarga. Pada karakteristik lingkungan, lebih dari sebagian responden pernah melihat pemandangan yang menakutkan.
- c. Terdapat hubungan yang signifikan antara karakteristik anak: usia dan jenis kelamin anak dengan kejadian takut pada anak usia pra sekolah dan sekolah yang mengalami hospitalisasi.
- d. Terdapat hubungan yang signifikan antara karakteristik keluarga: tingkat sosial ekonomi keluarga, kecemasan keluarga dan ketersediaan sistem pendukung dengan kejadian takut pada anak usia pra sekolah dan sekolah yang mengalami hospitalisasi.
- e. Terdapat hubungan yang signifikan antara lingkungan dengan kejadian takut pada anak usia pra sekolah dan sekolah yang mengalami hospitalisasi.
- f. Usia dan kecemasan keluarga merupakan determinan yang paling berhubungan dengan kejadian takut pada anak usia pra sekolah dan sekolah yang mengalami hospitalisasi.

7.2 SARAN

7.2.1 Untuk Pelayanan Keperawatan

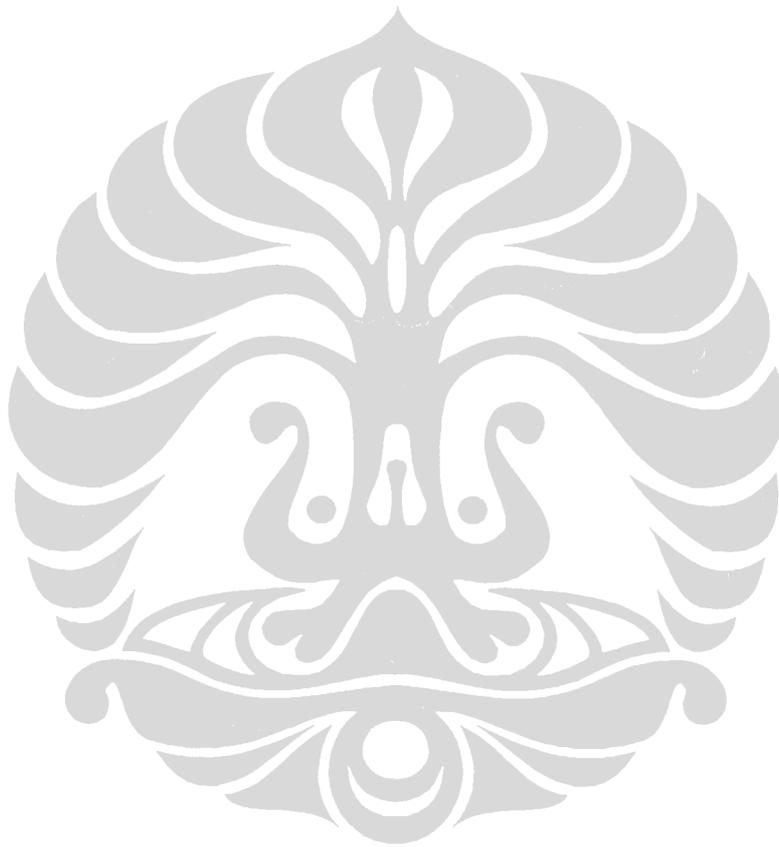
- a. Pihak institusi pelayanan (rumah sakit) sebagai pemegang kebijakan diharapkan lebih memperhatikan pentingnya lingkungan rumah sakit yang kondusif dan tidak menakutkan bagi anak yang mengalami hospitalisasi melalui pengaturan ruangan yang sesuai dengan pertumbuhan perkembangan anak, dan prinsip-prinsip perawatan anak (*family centered care* dan *atraumatic care*)
- b. Pihak institusi pelayanan (rumah sakit) disarankan juga untuk lebih memfasilitasi peningkatan kemampuan sumber daya manusia keperawatan melalui desiminasi hasil penelitian, seminar, pelatihan dan pendidikan formal lainnya. Selain itu perawat di ruang anak diharapkan memiliki motivasi untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan terkait dengan implementasi prinsip-prinsip perawatan anak seperti "*family centered care*" dan "*atraumatic care*" melalui keikutsertaan dalam pendidikan formal dan informal.
- c. Perawat yang bekerja di ruang anak diharapkan dapat membantu keluarga untuk mengatasi kecemasan yang dihadapi orang tua dengan cara memberikan dukungan emosional dan psikologis dalam bentuk konseling selama anak dirawat.
- d. Optimalisasi penggunaan ruang tindakan bagi setiap pelaksanaan tindakan *invasive* dan *non invasive* yang dapat membuat anak takut dan menangis perlu dilakukan oleh perawat anak dalam rangka mengurangi ketakutan pada anak lain. Selain itu perlu disusun juga strategi khusus dalam pelaksanaan tindakan di ruang rawat yang dapat mengurangi paparan pemandangan yang menakutkan bagi anak yang lain.

7.2.2 Untuk Penelitian Lebih Lanjut

- a. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai data awal sekaligus motivasi untuk melakukan penelitian lebih lanjut di lingkup keperawatan anak baik di institusi pelayanan maupun pendidikan,

dengan melakukan penelitian yang sama namun dengan jumlah sampel yang lebih besar, serta metode yang berbeda.

- b. Perlu penelitian-penelitian lebih lanjut tentang pengaruh tindakan-tindakan yang dapat mengurangi rasa takut pada anak yang mengalami hospitalisasi, atau penelitian kualitatif tentang takut pada anak usia sekolah dan pra sekolah yang mengalami hospitalisasi.



DAFTAR PUSTAKA

- Allison, P.A.T., & Clikeman, M.S. (2007). *Child neuropsychology: Assessment and intervention for neurodevelopmental disorder*. New York: Springer.
- Badan Pusat Statistik. (2005). *Jumlah penduduk berdasarkan kelompok umur tahun 2005*. Diperoleh dari http://www.datastatistik-indonesia.com/component/option,com_tabel/kat,1/idthabel,116/Itemid,165/ pada tanggal 23 Desember 2010
- Ball, J.W., & Bindler, R.C. (2003). *Pediatric nursing: Caring for children*. (3rd edition). New Jersey: Prentice Hall.
- Behrman, E.R., Kliegman, R., & Arvin, A.M. (2000). *Ilmu kesehatan anak*. Volume 1. Edisi 15 (Prof. DR. dr. A. Samik Wahab, SpA(K)., dkk. Penerjemah). Jakarta: EGC.
- Bowden, V.R., & Greenberg, C.S. (2008). *Pediatric nursing procedures*. (2nd edition). St Louis: Lippincott Williams & Wilkins. Diperoleh dari <http://www.google.com/books> pada tanggal 5 Januari 2011.
- Bruck, L., & Mayer, B.H. (2005). *Pediatric nursing made incredibly easy*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Buckner, E.B., Simmons, S., Brakefield, J.A., Hawkins, A.K., Feeley, C., Kilgore, L.A.F, et al. (2007). Maturing responsibility in young teens participating in asthma camp: adaptive mechanism and outcome. *Journal for specialist in pediatric nursing*, 12 (1).
- Burkhardt, K., Loxton, H., & Muris, P. (2003). Fears and fearfulness in South African children. *Behaviors Change*, 20 (2), 94-102.
- Burnham, J.J., & Lomax, R.G. (2009). Examining race/ethnicity and fears of children and adolescents in the United States: Differences between white, African American and Hispanic populations. *Journal of Counseling and Development*, 87 (4), 387-392.
- Caffo, E., Forresi, B., & Lievers, L.S. (2005). Impact, psychological sequelae and management of trauma affecting children and adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 422-428.
- Chapman, H.R., & Turner, N.K. (2002). Visual analogue scales for fear and pain in adults and children. *British Dental Journal*, 193, 447 – 450. Diperoleh dari <http://www.nature.com/bdj/journal/v193/n8/full/4801593a.html>
- Costello, A.M. (2008). *Hospitalization*. diperoleh dari <http://www.answers.com/topic/hospitalization> pada 12 Januari 2011.

- Coyne, I. (2006). Children experiences of hospitalization. *Journal of Child Health Care*, 10 (4), 326-336.
- Dahlan, S. (2009). *Besar sampel dan cara pengambilan sampel dalam penelitian kedokteran dan kesehatan*. (Edisi 2). Jakarta: Salemba Medika.
- Dempsey, P.A., & Dempsey, A.D. (2006) *Riset keperawatan: Buku ajar dan latihan*. (Edisi 4). (Palupi Widyastuti, penterjemah), Jakarta: EGC.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2008). *Profil kesehatan Indonesia 2007*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Etkin, A. (2006). Emotional control circuit of brain's fear response discovered. diperoleh dari <http://www.medicalnewstoday.com/articles/53154.php> pada tanggal 25 Januari 2011.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Heimer, L., Van Hoesen, G.W., Trimble, & M.,Zahm, D.S. (2008). *Anatomy of neuropsychiatry: The new anatomy of the basal forebrain and its implications for neuropsychiatric illness*. California: Elsevier Inc.
- Hockenberry, M.J., Wilson, D., Winkelstein, M.L., & Kline, N.E. (2003). *Wong's nursing care of infants and children* (7th edition). St. Louis: Mosby.
- Hockenberry, M.J., Wilson D., & Winkelstein, M. L. (2005). *Wong's essentials of pediatric nursing*. (7th edition). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2009). *Wong's essentials of pediatric nursing* (8th edition). St. Louis: Elsevier Mosby
- Hockenberry, M.J. (2004). *Wong's clinical manual of pediatric nursing*. (6th edition). St. Louis: Mosby Year Inc.
- Hurlock, E.B. (1998). *Psikologi perkembangan: Suatu pendekatan sepanjang rentang kehidupan*. Edisi ke-lima. (Istiwidayanti & Soedjarwo, Penterjemah). Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Kennedy, C., Kools, S., Kong, S.K.F., Chen, J.L., Franck, L., & Wong, C.K.S. (2004). Behavioural, emotional and family functioning of hospitalized children in China and Hong Kong. *International Nursing Review*, 51, 34-46.
- Khatalae, D. (2007). *An intervention to reduce anxiety/fear of hospitalized Thai school aged children*. Dissertation. Buffalo: Faculty of the graduate school of the state of university of New York.

- Kose, S., & Mandiracioglu, A. (2007). Fear of blood/injection in healthy and unhealthy adults admitted to a teaching hospital. *International Journal of Clinical Practice*, 61 (3), 453–457.
- Kyle, T., & Ricci, S.S. (2009). *Maternity and pediatric nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. Diperoleh dari <http://books.google.co.id/books> pada tanggal 7 Februari 2011.
- Lau, B.W.K. (2002). Stress in children: Can nurses help?. *Pediatric Nursing*, 28 (10), 13-18.
- Lewis, M., & Haviland, J.M. (2000). *Handbook of emotions*. (2nd edition). New York: The Guilford Press.
- Mahat, G., & Scoloveno, M.A. (2003). Comparison of fears and coping strategies reported by Nepalese school-age children and their parents. *Journal of Pediatric Nursing*, 18 (5), 305-313 diperoleh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14569578> pada tanggal 7 Februari 2011.
- Mahat, G., & Scoloveno, M.A. (2006). Nepalese school-age children's self-reported fears and coping strategies related to medical experiences. *Journal of Cultural Diversity*, 13 (1).
- Mahat, G., Scoloveno, M.A. & Canella, B. (2004). Comparison of children's fears of medical experiences across two cultures. *Journal Pediatric Health Care*, 18 (6), 302-307. Diperoleh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15523421>.
- Mansyi, G.E., Mahmoud, W., Rashad, O.A., & Ghabdan, R.S. (2007). Fear of school age children during hospitalization and their coping strategies. *Journal of Medical Research Institute*, 28 (3), 271-280.
- Marks, I.M. (1987). The development of normal fear: A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 28, 667–697.
- Markum, A.H. (2002). *Buku ajar ilmu kesehatan anak*. Jilid 1. Jakarta: Fakultas Ilmu Kedokteran Universitas Indonesia.
- Melnyk, B.M. (2000). Intervention studies involving parents of hospitalized young children: An analysis of the past and future recommendations, *Journal of pediatric nursing*, 15 (1), 4-13
- Meltzer, H., Vostanis, P., Dogra, N., Doos, L., Ford, T., & Goodman, R. (2008). Children specific fear. *Journal compilation Blackwell Publishing Ltd. Child: care, health and development*, 35 (6), 781–789.

- Mendez, X., Espada, J.P., Orgiles, M., Hidalgo, M.D., & Fernandez, J.M. (2008). Psychometric properties and diagnostic ability of the separation anxiety scale for children (SASC). *European child and adolescent psychiatry*, 17 (6), 365-372.
- Mitchell, J., & Whitney, F. (2001). The effect of injection speed on the perception of intramuscular pain. *AAOHN Journal*, 49(6), 286–292
- Monaco, J.E. (1995). *Coping with your child's hospitalization*. Pediatrics for Parents diperoleh dari http://findarticles.com/p/articles/mi_m0816/is_n5_v16/ai_18094529/ pada tanggal 24 Januari 2011.
- Monash University (2006). Studying brain activity could aid diagnosis of social phobia. *Science Daily*. Diperoleh dari <http://www.sciencedaily.com/releases/2006/01/060118205940.htm> pada tanggal 20 Januari 2011.
- Muris, P., Merckelbach, H., Gadet, B., & Moulaert, V. (2000). Fears, worries, and scary dreams in 4 to 12-year-old children: Their content, developmental pattern, and origins. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 43–52.
- Muris, P., Merckelbach, H., & Luijten, M. (2002). The connection between cognitive development and specific fears and worries in normal children and children with below-average intellectual abilities: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 37–56.
- Muris, P., & Broeren, S. (2009). The relation between cognitive development and anxiety phenomena in children. *Journal of Child Family Studies*, 18, 702–709.
- Muscari, M.E. (2005). *Panduan belajar keperawatan pediatrik*. (Alfrina Hany. Penerjemah). Jakarta: EGC.
- Nelson, C.C., & Allen, J. (2000). Reduction of healthy children's fear related to hospitalization and medical procedures: The effectiveness of multimedia computer instruction in pediatric psychology. *Children health care*, 28 (1), 1-13.
- Ngastiyah, (2005). *Perawatan anak sakit*. Jakarta: EGC.
- Notoatmojo, S. (2005). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Ollendick, T.H., King, N.J., & Frary, R.B. (1989). Fears in children and adolescents: Reliability and generalizability across gender, age, and nationality. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 19–26.

- Ollendick, T.H., Langley, A.K., Jones, R.T., & Kephart, C. (2001). Fear in children and adolescents: Relations with negative life events, attributional style, and avoidant coping. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 42 (8), 1029-1034.
- Pate, J.T., Blount, R.L., Cohen, L.L., & Smith, A.J. (1996). Childhood medical experience and temperament as predictor of adult functioning in medical situations. *Children Health Care*, 25(4), 281-298.
- Pavuluri, M.N., Henry, D., & Allen, K. (2002). Fear and anxiety. *European Child & Adolescent Psychiatric*, 11 (6), 273-280.
- Pelitawati, I.S. (2009). Pengaruh permainan terapeutik terhadap kecemasan, kehilangan kontrol, ketakutan anak pra sekolah selama dirawat di RSUD Dr. H. Abdoel Moeloek Provinsi Lampung. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Depok (tidak dipublikasikan).
- Pilliteri, A. (2009). *Maternal and child health nursing: Health of childbearing and childrearing*. Diperoleh dari <http://books.google.co.id/books> pada tanggal 7 Februari 2011.
- Potts, N.L., & Mandelco, B.L. (2007). *Pediatric nursing caring for children and their families*. (2nd edition). St Louis: Thomson Delmar Learning.
- Purwandari, H., Mulyono., W., & Sucipto, U. (2007). Terapi bermain untuk menurunkan kecemasan perpisahan pada anak pra sekolah yang mengalami hospitalisasi. Jurusan keperawatan Fakultas kedokteran dan Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Jenderal Soedirman Purwokerto (tidak dipublikasikan).
- Rosdiana, I. (2010). Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Insomnia Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis DI RSUD Kota Tasikmalaya dan Garut. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (tidak dipublikasikan).
- Rossen, B., & Mc. Keever, P. (1996). The behavior of preschoolers during and after brief surgical hospitalizations. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 19 (2), 121-133.
- Salmela, M., Salantera, S., & Aronen, E. (2009). Child-reported hospital fears in 4 to 6-year-old children. *Pediatric Nursing*, 35 (5), 269-276.
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S. (2008). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Shields, L. (2001). A review of the literature from developed and developing countries relating to the effect of the hospitalization on children and parents. *International Nursing Review*, 48, 29-37.

- Shives, L.R. (2005). *Basic concepts of psychiatric mental health nursing*. (6th edition). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Soetjiningsih. (1998). *Tumbuh kembang anak*. Jakarta: EGC.
- Strickland, O.L. & Dilorio, C. (2003). *Measurement of nursing outcomes: client outcomes and quality of care*. (Volume 2). New York: Springer Publishing Company Inc.
- Stuart, G.W., & Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*, (8th edition). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Su, J.M., Ruan, W.H., Ye, X.W., Wu, J.F., & Huang, X.J. (2007). Children's temperament characteristic and dental fear. Diperoleh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17896492> pada tanggal 25 Januari 2011.
- Supartini, Y. (2004). *Konsep dasar keperawatan anak*. Jakarta: EGC.
- Tommeay, A.M., & Alligood, M.R. (2006). *Nursing theorists and their work*. (6th edition). St. Louis: Mosby.
- Turkington, T., & Tzeel, A. (2004). *The encyclopedia of children's health and wellness*. (Volume 1). New York: Facts on File Inc.
- Ulfa, H. (2000). *Pengaruh terapi bermain terhadap penurunan kecemasan anak usia pra sekolah di IRNA II D2 RSUD Dr. Sarjito Yogyakarta*. UGM Yogyakarta. (tidak dipublikasikan)
- Watkins, C.E. (2001). Separation anxiety in young children, <http://www.healthypalace.com/anxiety-panic/main/separation-anxiety-in-young-children/menu-id-69/>. Diperoleh tanggal 24 Januari 2011.
- Werner, E.E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspective from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 5, 503-515.
- Yusuf, S. (2011). *Psikologi perkembangan anak dan remaja*. Bandung: PT Remaja Rosda Karya Bandung.
- Zuwala, R., & Barber, K.R. (2001). Reducing anxiety in parents before and during pediatric anesthesia induction. *AANA Journal*, 69(1).



PEMERINTAH KABUPATEN GARUT
KANTOR KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT

JALAN PATRIOT NO. 10 A TELP. (0262)

GARUT - 44151

REKOMENDASI RESEARCH/ SURVEY

Nomor : 072/72 /PMSD-KesbangPol dan Linmas / 2011

Berdasarkan Surat dari Dekan Universitas Indonesia Fakultas Ilmu Keperawatan Tanggal 18 Maret 2011 Nomor: 845/H2.F12.D/PDP.04.02/2011 perihal izin Penelitian , dengan ini kami memberikan Rekomendasi untuk melaksanakan Penelitian Dengan Judul:

“ANALISIS DETERMINAN KEJADIAN TAKUT PADA ANAK PRA SEKOLAH DAN SEKOLAH YANG MENGALAMI HOSPITALISASI DI RUANG RAWAT ANAK RSU. BLUD. DR. SLAMET GARUT ”.

Dengan mengambil lokasi di : RSU. BLUD. dr.SLAMET

Waktu dari tanggal : 23 Maret s.d. 23 Mei 2011

Kepada nama-nama sebagaimana tersebut di bawah ini :

No	Nama	NPM	Keterangan
1	SRI RAMDANIATI	0906574732	Mahasiswi Universitas Indonesia Fakultas Ilmu Keperawatan

Pada Prinsipnya kami tidak berkeberatan yang bersangkutan tersebut di atas untuk mengadakan Kegiatan Penelitian dengan ketentuan – ketentuan sebagai berikut :

- 1.Mentaati segala ketentuan peraturan yang berlaku ;
- 2.Menghormati ketentuan Dinas/Badan/Lembaga/Kantor yang bersangkutan serta adat istiadat masyarakat setempat ;
- 3.Turut menjaga jangan sampai timbul/adanya kerawanan di kalangan masyarakat;
- 4.Melaporkan lebih dahulu kepada pejabat setempat untuk mendapatkan petunjuk pengamanannya ;
- 5.Mengirimkan hasil Kegiatan rangkap 1 (satu) kepada kami.

Surat Rekomendasi ini dianggap batal apabila tidak mentaati segala ketentuan tersebut diatas.

Garut, 23 Maret 2011 ,

An. Kepala Kantor Kesbang Pol dan Linmas
Kabupaten Garut
Kasi PMSD dan Politik



Drs. MAMUN BUDIANTO
NIP.196009111986031007

Tembusan disampaikan kepada Yth :

- 1.Kepala BAPPEDA Kab. Garut ;
- 2.Kepala Dinas Kesehatan Kab. Garut;
- 3.Kepala RSU. BLUD. dr SLAMET Garut;
- 4.Dekan Fak.Ilm. Keperawatan Universitas Indonesia Depok;
5. Yang bersangkutan;
6. Arsip



PEMERINTAH KABUPATEN GARUT
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. SLAMET

Alamat : Jl. Rumah Sakit No. 12 Telp. (0262) 232720 Garut 44151
Rekening : Bank Jabar Garut, Kelas : B Non Pendidikan, Status : Unit Swadana

Garut, 28 Maret 2011

Nomor : 800/1241 / RSU/III/2011
Lampiran : 1 (satu) lembar
Perihal : *Izin Penelitian*

Kepada :
Yth. Dekan UNIVERSITAS INDONESIA
Fakultas Ilmu Keperawatan
di
Tempat

Menindak lanjuti surat dari Kepala Kesbang, Politik dan Perlindungan Masyarakat Daerah Provinsi Jawa Barat tanggal 23 Maret 2011 nomor : 072/72/PMSD KesbangPol dan Linmas/2011 perihal : Rekomendasi Research/Survey, pada prinsipnya kami tidak keberatan dan mengizinkan mahasiswa saudara, atas :

Nama : **Sri Ramdaniati**

NPM : **0906574732**

Untuk melaksanakan Studi Penelitian di RSUD Dr. Slamet Garut dengan catatan harus mentaati segala peraturan dan ketentuan yang berlaku, izin ini berlaku sesuai dengan permintaan yaitu dari tanggal 23 Maret s.d. 23 Mei 2011.

Demikian agar menjadi maklum dan atas kepercayaan dan perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Garut, 28 Maret 2011

a.n. Direktur

Wakil Direktur Umum



Drs. H. Ahmad Sanusi
NIP. 195504241981051001

Tembusan :

1. Kepala Kesbang Kab. Garut
2. Wadir Pelayanan
3. Ka. Bid. Keperawatan
4. Sri Ramdaniati



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

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

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

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

Analisis Determinan Kejadian Takut pada Anak Pra Sekolah dan Sekolah yang Mengalami Hospitalisasi di Ruang Rawat Anak RSUD dr. Slamet Garut.

Nama peneliti utama : **Sri Ramdaniati**

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

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 28 Maret 2011

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001

PENJELASAN PENELITIAN

Judul Penelitian :

”Analisis determinan kejadian takut pada anak pra sekolah dan sekolah yang mengalami hospitalisasi di ruang rawat anak RSUD dr. Slamet Garut.”

Saya Sri Ramdaniati, SKep, Ners. Mahasiswa Program Magister Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Kekhususan Keperawatan Anak dengan NPM 0906574732, bermaksud melakukan penelitian untuk mengetahui determinan kejadian takut pada anak pra sekolah dan sekolah yang mengalami hospitalisasi di ruang rawat anak RSUD dr. Slamet Garut.”

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian takut pada anak pra sekolah dan sekolah yang mengalami hospitalisasi. Faktor-faktor yang diidentifikasi meliputi karakteristik anak, keluarga dan lingkungan rumah sakit. Adapun prosedur penelitian yang harus dijalani adalah pengisian kuesioner yang akan dilakukan oleh bapak/ibu/saudara serta lembar observasi dan wawancara tentang respon ketakutan anak yang akan dilakukan oleh perawat.

Hasil penelitian ini akan dimanfaatkan untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di masa yang akan datang serta menambah wawasan teori dan keilmuan tentang takut pada anak yang mengalami hospitalisasi. Peneliti akan menghargai dan menjunjung tinggi hak pasien dan orangtua sebagai responden dan menjamin kerahasiaan identitas serta data yang diberikan. Responden dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu apabila menghendakinya.

Melalui penjelasan singkat ini peneliti sangat mengharapkan partisipasi bapak/ibu/saudara untuk berperan serta dalam penelitian ini. Atas kesediaan dan partisipasinya, peneliti ucapkan terima kasih.

Garut, Maret 2011

Peneliti,

Sri Ramdaniati, Skep.Ners

**SURAT PERNYATAAN BERSEDIA
BERPARTISIPASI SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini saya :

Nama : _____

Umur : _____

Alamat : _____

Nama Anak : _____

Saya telah membaca surat permohonan dan mendapatkan penjelasan tentang penelitian yang akan dilakukan oleh saudara Sri Ramdaniati, Mahasiswa Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dengan judul "Analisis determinan kejadian takut pada anak pra sekolah dan sekolah yang mengalami hospitalisasi di ruang rawat anak RSUD dr. Slamet Garut."

Saya telah mengerti dan memahami tujuan, manfaat serta dampak yang mungkin terjadi dari penelitian yang akan dilakukan. Saya mengerti dan yakin bahwa peneliti akan menghormati hak-hak anak saya dan saya serta menjaga kerahasiaan anak saya dan saya sebagai responden penelitian, sehingga dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan dari pihak manapun, saya sebagai wakil dari anak saya memutuskan untuk bersedia berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian ini.

Adapun bentuk kesediaan saya adalah :

1. Meluangkan waktu untuk mengisi kuesioner
2. Memberikan informasi yang benar dan sejujurnya terhadap apa yang diminta atau ditanyakan peneliti dalam kuesioner.

Demikian surat pernyataan ini saya buat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui
Peneliti,

Garut, Maret 2011
Yang membuat pernyataan,

Sri Ramdaniati

Nama & Tanda tangan

No. Responden :

Diisi peneliti

KUESIONER PENELITIAN

ANALISIS DETERMINAN KEJADIAN TAKUT PADA ANAK PRA SEKOLAH DAN SEKOLAH YANG MENGALAMI HOSPITALISASI DI RUANG RAWAT ANAK RSU BLUD DR. SLAMET GARUT

Petunjuk : Isilah pertanyaan berikut dengan memberikan tanda silang (X) pada kotak di depan jawaban sesuai dengan kondisi anak bapak/ibu/saudara.

A. KARAKTERISTIK ANAK	Diisi oleh
1. Nama Anak (inisial) :	peneliti
2. Umur/tanggal lahir : tahun	KODE
3. Jenis kelamin : <input type="checkbox"/> Perempuan <input type="checkbox"/> Laki-laki	<input type="checkbox"/>
4. Pengalaman dirawat sebelumnya : <input type="checkbox"/> Ya, pernah <input type="checkbox"/> Tidak pernah	<input type="checkbox"/>
5. Lamanya dirawat di RS :hari.	
6. Apakah anak pernah dilakukan tindakan <i>invasive</i> (disuntik, diambil darah, atau dipasang infus) selama di rawat saat ini : <input type="checkbox"/> Pernah <input type="checkbox"/> Tidak pernah	<input type="checkbox"/>
B. KARAKTERISTIK KELUARGA	
7. Penghasilan keluarga : <input type="checkbox"/> Kurang dari 1 juta/ bulan <input type="checkbox"/> Lebih dari 1 juta/bulan	<input type="checkbox"/>
8. Tingkat pendidikan ibu : <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SLTA <input type="checkbox"/> SLTP <input type="checkbox"/> PT	<input type="checkbox"/>
C. KARAKTERISTIK LINGKUNGAN RUMAH SAKIT	
9. Apakah anak pernah melihat situasi lingkungan rumah sakit yang menakutkan bagi anak? (luka yang besar, pasien lain menangis/menjerit karena dilakukan tindakan suntikan, diambil darah dll oleh tenaga kesehatan) <input type="checkbox"/> Ya, pernah <input type="checkbox"/> Tidak pernah	<input type="checkbox"/>

**D. LEMBAR OBSERVASI : TEMPERAMEN ANAK
(LAPORAN ORANG TUA)**

Petunjuk Pengisian

1. Pertimbangkan hanya kesan dan observasi Anda sendiri tentang anak Anda pada 4-6 minggu terakhir sebelum masuk rumah sakit.
2. Nilai setiap pertanyaan secara mandiri, jangan berusaha untuk menunjukkan gambaran konsistensi anak.
3. Beri tanda silang (X) pada kolom yang tersedia sesuai dengan hasil pengamatan anda terhadap respon perilaku yang muncul pada anak Anda.
4. Keterangan pengisian :
 SL = jika anak selalu (76% - 100%) memperlihatkan perilaku tersebut
 SR = jika anak sering (51% - 75%) memperlihatkan perilaku tersebut
 KD= jika anak kadang-kadang (26% - 50%) memperlihatkan perilaku tersebut
 TP= jika anak tidak pernah (0% - 25%) memperlihatkan perilaku tersebut

No	Temperamen Anak	Perilaku Anak			
		SL	SR	KD	TP
1.	Anak murung selama lebih dari beberapa menit bila ditegur				
2.	Anak tampak tidak mendengar bila terlibat dalam aktivitas yang disukai.				
3.	Anak dapat dibujuk untuk tidak melakukan aktivitas yang dilarang.				
4.	Anak lari mendahului bila sedang berjalan dengan orangtua				
5.	Anak tertawa atau tersenyum ketika bermain				
6..	Anak bergerak lamban ketika bekerja dengan suatu proyek atau aktivitas				
7.	Anak berespon secara berlebihan terhadap hal yang tidak setuju				
8.	Anak memerlukan waktu untuk menyesuaikan agar terbiasa dengan perubahan di sekolah atau di rumah				
9.	Anak menikmati permainan yang melibatkan berlari atau melompat				
10.	Anak lamban dalam menyesuaikan diri terhadap perubahan aturan rumah tangga				
11.	Anak melakukan buang air atau bangun tidur pada waktu yang sama kira-kira setiap harinya.				
12.	Anak ingin mencoba hal-hal baru.				
13.	Anak duduk dengan tenang ketika menonton televisi atau mendengarkan musik				
14.	Anak meninggalkan meja atau ingin meninggalkan meja ketika makan.				

E. LEMBAR KUISIONER KECEMASAN ORANGTUA

Silahkan isi pertanyaan di bawah ini dengan memberikan tanda silang (X) pada kolom kosong sesuai kondisi yang bapak/ibu/saudara rasakan.

NO	PERTANYAAN	YA	TIDAK
1	Saya sering merasa tangan saya gemetar apabila mencoba mengerjakan sesuatu yang berhubungan dengan anak saya.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Saya sering merasa berkeringat walau hari tidak panas ketika merawat anak saya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Saya merasa jantung saya berdebar-debar dan nafas tersengal-sengal saat menunggu anak di rumah saki.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Penyakit yang anak saya derita ini merupakan beban yang berat sehingga saya berfikir tidak akan sanggup menghadapinya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Saya mengkhawatirkan keadaan keuangan keluarga dengan adanya penyakit anak saya ini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Saya mengkhawatirkan akan kemungkinan terjadinya hal-hal yang tidak diinginkan pada diri anak saya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Selama anak saya menderita penyakit ini saya merasa khawatir akan mengganggu pekerjaan saya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Saya merasa tegang dengan keadaan penyakit yang anak saya alami ini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Saya merasa takut walaupun tidak jelas apa yang saya takuti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Saya merasa tidak sabar dengan kondisi penyakit ini dan ingin anak saya segera sembuh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Saya menjadi mudah marah dengan kondisi penyakit anak saya ini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Saya suka merasa gelisah ketika memeriksakan penyakit anak saya ke dokter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Saya merasa selera makan saya menjadi berkurang sehingga saya tidak dapat menghabiskan makanan yang tersedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JUMLAH SKOR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. LEMBAR WAWANCARA
KETAKUTAN PADA ANAK YANG MENGALAMI HOSPITALISASI

Identitas Responden

Nama Responden (inisial) :

Umur :

Jenis Kelamin :

Beri tanda ceklist (√) pada pilihan jawaban yang tersedia sesuai dengan jawaban anak atas pertanyaan yang diberikan!

No	Pertanyaan	Tidak takut	Sedikit takut	Takut sekali
1.	Bagaimana perasaan kamu ketika melihat perawat?			
2.	Bagaimana perasaan kamu ketika melihat dokter ?			
3.	Bagaimana perasaan kamu ketika akan disuntik ?			
4.	Bagaimana perasaan kamu ketika melihat darah keluar dari tubuh kamu?			
5.	Bagaimana perasaan kamu ketika sekarang harus menginap di rumah sakit ini ?			
6.	Bagaimana perasaan kamu ketika dokter atau perawat datang mendekati kamu ?			
7.	Bagaimana rasanya ketika kamu tidak dapat bermain bersama teman-teman karena dirawat di rumah sakit?			
8.	Bagaimana perasaan kamu ketika orangtuamu tidak ada disamping kamu selama dirawat di rumah sakit ini ?			
9.	Bagaimana perasaan kamu ketika tidak bertemu dengan teman-teman kamu?			
10.	Bagaimana perasaan kamu jika kamu melihat ada yang meninggal ketika kamu sakit ?			

Garut,2011

Pewawancara

(.....)

G. LEMBAR OBSERVASI :
RESPON PERILAKU KETAKUTAN ANAK YANG MENGALAMI
HOSPITALISASI (Diisi oleh peneliti)

Identitas Responden

Nama Responden (inisial) :

Umur :

Jenis Kelamin :

Petunjuk Pengisian

Berilah tanda ceklist (√) pada kolom yang tersedia sesuai dengan apa yang Anda amati selama anak dirawat di rumah sakit.

Keterangan pengisian :

1. SL = jika anak selalu (76% - 100%) memperlihatkan perilaku tersebut
2. SR = jika anak sering (51% - 75%) memperlihatkan perilaku tersebut
3. KD = jika anak kadang-kadang (26% - 50%) memperlihatkan perilaku tersebut
4. TP = jika anak tidak pernah (0% - 25%) memperlihatkan perilaku tersebut

No	Respon Perilaku ketakutan	Perilaku			
		SL	SR	KD	TP
	Selama dalam perawatan, anak :				
1.	Anak mau diberi makan oleh petugas kesehatan				
2.	Anak mudah ditidurkan				
	Pada saat perawat atau dokter masuk ke ruangan tempat anak dirawat, reaksi anak :				
3.	Anak tetap bermain/makan/minum ekspresi wajah tenang				
4.	Anak segera mendekati orangtuanya				
5.	Anak memegang orangtuanya atau keluarga yang berada di dekatnya				
	Ketika petugas kesehatan mendekati anak, reaksi anak :				
6.	Anak memegang tangan orangtuanya				
7.	Anak diam				
	Ketika petugas kesehatan membawa alat-alat untuk melakukan pemeriksaan/tindakan, reaksi anak:				
8.	Anak menangis				
9.	Anak menjerit				
10.	Anak menyapa petugas				
11.	Anak menanyakan alat apa yang dibawa petugas				
12.	Anak menanyakan prosedur yang apa yang akan dilakukan petugas				
13.	Anak bersikap wajar tapi tetap pada aktivitasnya				
	Perilaku anak ketika petugas kesehatan melakukan tindakan keperawatan				
14.	Anak menangis kuat				
15.	Anak menjerit keras				
16.	Anak menendang-nendang kakinya				
17.	Anak membiarkan petugas memegang anggota tubuhnya				
18.	Anak menanyakan apakah tindakannya menyakitkan atau tidak.				
19.	Anak diam atau tenang ketika dilakukan tindakan.				

LEMBAR OBSERVASI HARIAN PERILAKU KETAKUTAN ANAK

Identitas Responden

Nama Responden (inisial) :

Umur :

Jenis Kelamin :

Berilah tanda silang (X) pada kolom yang tersedia sesuai dengan hasil pengamatan Anda !

No	Respon Perilaku ketakutan	Hari ke-1		Hari ke-2	
		Shift 1	Shift 2	Shift 1	Shift 2
	Selama dalam perawatan, anak :				
1.	Anak mau diberi makan oleh petugas kesehatan				
2.	Anak mudah ditidurkan				
	Pada saat perawat atau dokter masuk ke ruangan tempat anak dirawat, reaksi anak :				
3.	Anak tetap bermain/makan/minum ekspresi wajah tenang				
4.	Anak segera mendekati orangtuanya				
5.	Anak memegangi orangtuanya atau keluarga yang berada di dekatnya				
	Ketika petugas kesehatan mendekati anak, reaksi anak:				
6.	Anak memegangi tangan orangtuanya				
7.	Anak diam				
	Ketika petugas kesehatan membawa alat-alat untuk melakukan pemeriksaan/tindakan, reaksi anak:				
8.	Anak menangis				
9.	Anak menjerit				
10.	Anak menyapa petugas				
11.	Anak menanyakan alat apa yang dibawa petugas				
12.	Anak menanyakan prosedur yang apa yang akan dilakukan petugas				
13.	Anak bersikap wajar tapi tetap pada aktivitasnya				
	Perilaku anak ketika petugas kesehatan melakukan tindakan keperawatan				
14.	Anak menangis kuat				
15.	Anak menjerit keras				
16.	Anak menendang-nendang kakinya				
17.	Anak membiarkan petugas memegang anggota tubuhnya				
18.	Anak menanyakan apakah tindakannya menyakitkan atau tidak.				
19.	Anak diam atau tenang ketika dilakukan tindakan.				

**H. LEMBAR OBSERVASI :
KETERSEDIAAN SISTEM PENDUKUNG**

Identitas Responden

Nama Responden (inisial) :

Umur :

Jenis Kelamin :

Petunjuk Pengisian

Berilah tanda ceklist (√) pada kolom yang tersedia sesuai dengan apa yang Anda perhatikan selama anak dirawat di rumah sakit.

Keterangan pengisian :

1. SL = jika orangtua/orang terdekat selalu memperlihatkan perilaku tersebut
2. SR = jika orangtua/orang terdekat sering memperlihatkan perilaku tersebut
3. KD= jika orangtua/orang terdekat kadang-kadang memperlihatkan perilaku tersebut
4. TP = jika orangtua/orang terdekat tidak pernah memperlihatkan perilaku tersebut

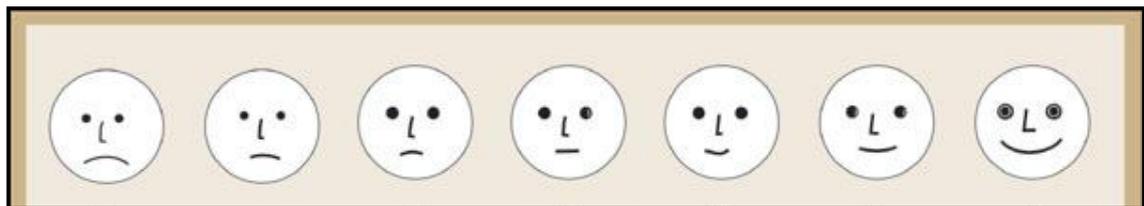
No	Dukungan Keluarga	Perilaku			
		SL	SR	KD	TP
1.	Orangtua/orang terdekat memberikan kenyamanan kepada anak selama dirawat di rumah sakit (menggendong, mengelus, memeluk dsb).				
2.	Orangtua/orang terdekat mengunjungi anak di rumah sakit setiap hari.				
3.	Orangtua/orang terdekat menunggu anak di rumah sakit selama 24 jam.				
4.	Orangtua/orang terdekat berada di samping anak saat dilakukan pemeriksaan oleh dokter atau perawat				
5.	Orangtua/orang terdekat memberi semangat dan dukungan pada anak ketika akan dilakukan tindakan atau pemeriksaan.				
6.	Orangtua/orang terdekat membantu memenuhi kebutuhan anak seperti makan, minum atau ke kamar mandi.				
7.	Orangtua/orang terdekat terlibat dalam pelaksanaan prosedur medis atau keperawatan.				
8.	Orangtua/orang terdekat berusaha menghibur anak jika anak menangis.				

Garut,2011
Observer

(.....)

LEMBAR BANTUAN JAWABAN ANAK

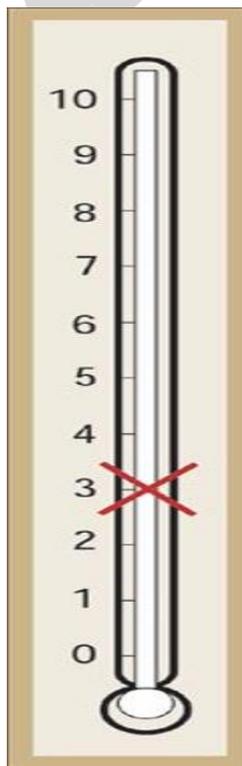
Lembar ini merupakan lembaran bantuan yang dipergunakan oleh peneliti atau asisten peneliti (perawat ruangan) ketika melakukan wawancara kepada anak. Anak dapat ditunjukkan lembar ini jika merasa kesulitan untuk mengidentifikasi rasa takut yang mereka alami terkait dengan pertanyaan yang diberikan.



7 6 5 4 3 2 1

Keterangan :

- 1-2 : Tidak takut
- 3-5 : Sedikit takut
- 6-7 : Takut sekali



Keterangan :

- 0-3 : Tidak takut
- 4-6 : Sedikit takut
- 7-10 : takut sekali

Sumber : Chapman & Turner (2002)

