



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH PEMASANGAN SPALK BERMOTIF TERHADAP
TINGKAT KOOPERATIF ANAK USIA PRA SEKOLAH
SELAMA PROSEDUR INJEKSI INTRA VENA
DI RUMAH SAKIT WILAYAH CILACAP**

TESIS

**AHMAD SUBANDI
1006749056**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
JULI, 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH PEMASANGAN SPALK BERMOTIF TERHADAP
TINGKAT KOOPERATIF ANAK USIA PRA SEKOLAH
SELAMA PROSEDUR INJEKSI INTRA VENA
DI RUMAH SAKIT WILAYAH CILACAP**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program
Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Anak

**AHMAD SUBANDI
1006749056**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN ANAK
DEPOK
JULI, 2012**

i

HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

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

Jika di kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan Plagiarisme, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Depok, 10 Juli 2012



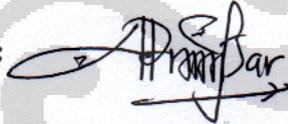
Ahmad Subandi

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Ahmad Subandi

NPM : 1006749056

Tanda Tangan : 

Tanggal : 10 Juli 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Ahmad Subandi
NPM : 1006749056
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Jusul Tesis : Pengaruh Pemasangan Spalk Bermotif Terhadap
Tingkat Kooperatif Anak Usia Pra Sekolah
Selama Prosedur Injeksi Intra Vena Di RS
Wilayah Kabupaten Cilacap

Telah dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan merupakan bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Nani Nurhaeni, S.Kp.,M.N.

(.....)

Pembimbing II : Nur Agustini, S.Kp.,M.Si

(.....)

Penguji : Siti Chodijah, S.Kp.,M.Si

(.....)

Penguji : Nyimas Heny P., M.Kep.,Sp.An.

(.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 10 Juli 2012

**HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIK**

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

Nama : Ahmad Subandi
NPM : 1006749056
Program Studi : Program Studi Ilmu Keperawatan
Kekhususan : Keperawatan Anak
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

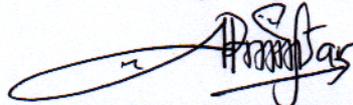
Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non Eksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**PENGARUH PEMASANGAN SPALK BERMOTIF TERHADAP
TINGKAT KOOPERATIF ANAK USIA PRA SEKOLAH SELAMA
PROSEDUR INJEKSI INTRA VENA DI RUMAH SAKIT WILAYAH
CILACAP**

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

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Depok
Pada tanggal : 10 Juli 2012
Yang menyatakan



(AHMAD SUBANDI)

ABSTRAK

Nama : Ahmad Subandi
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul : Pengaruh pemasangan spalk bermotif terhadap tingkat kooperatif anak usia pra sekolah selama prosedur injeksi intra vena di rumah sakit wilayah Cilacap.

Atraumatic care adalah suatu tindakan keperawatan yang tidak menyebabkan trauma dan dapat mengurangi *distress* fisik maupun psikologis yang dialami anak maupun keluarga. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui pengaruh pemasangan spalk bermotif terhadap tingkat kooperatif anak usia pra sekolah selama prosedur injeksi. Desain penelitian adalah “*Quasi Experimental Posttest Only Non Equivalent Control Group Design*”. Populasi penelitian adalah anak usia pra sekolah yang dirawat dengan terpasang infus dan spalk. Sampel adalah *purposive sampling* dengan sampel sebanyak 58. Hasil: sikap kooperatif pada kelompok intervensi 75,9%. Terdapat perbedaan tingkat kooperatif kelompok intervensi dan kontrol ($p\text{-value} < 0,05$). Pemasangan spalk bermotif direkomendasikan untuk dilakukan pada tatanan pelayanan keperawatan anak di rumah sakit.

Kata kunci: Anak usia pra sekolah, spalk bermotif, tingkat kooperatif.

ABSTRACT

Name : Ahmad Subandi
Study Program : Master of Nursing
Title : The influence of installation spalk patterned as the level of cooperative pre-school age children during the injection intra venous procedure in a hospital Cilacap region.

Atraumatic care is a nursing act that does not cause trauma and can reduce the physical and psychological distress experienced for children and families. The purpose of this study was to determine the effect of the installation patterned spalk toward the level cooperative pre-school age children during the injection procedure. The study design is a "Quasi-experimental posttest Only Non Equivalent Control Group Design". The study population was pre-school age children who got intravenous therapy and spalk attached. Sample recruitment used purposive sampling with sample size of 58. The results indicated a willingness to cooperate in the intervention group 75.9%. There are different degrees of cooperative intervention and control groups (p -value <0.05). Installation of patterned spalk is recommended for performed in the framework of pediatric nursing services in hospitals.

Key words:

Pre-school age children, spalk patterned, cooperative level.

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya bagi seluruh umat manusia di muka bumi. Atas izin-Nya peneliti dapat menyelesaikan tesis dengan judul “Pengaruh Pemasangan Spalk Bermotif Terhadap Tingkat Kooperatif Anak Usia Pra Sekolah Selama Prosedur Injeksi Intra Vena Di Rumah Sakit Wilayah Cilacap”. Tesis ini disusun dalam rangka menyelesaikan tugas akhir untuk meraih gelar Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Anak pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Selama proses penyusunan tesis ini, peneliti tidak lepas mendapatkan petunjuk dan bimbingan dari berbagai pihak. Maka dengan segala kerendahan hati, peneliti menyampaikan terima kasih kepada :

1. Ibu Nani Nurhaeni, S.Kp., M.N., selaku pembimbing I yang telah memberikan saran, arahan, bimbingan serta motivasi dalam penyusunan tesis ini hingga selesai.
2. Ibu Nur Agustini, S.Kp.,M.Si., selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan serta berbagai masukan dalam penyusunan tesis ini hingga selesai.
3. Ibu Dewi Irawaty, MA., Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Ibu Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., M.N., selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan.
5. Staf Pengajar Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah membekali ilmu, sehingga peneliti mampu menyusun tesis ini.
6. Ketua Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah dan Ketua STIKES Al-Irsyad Al-Islamiyyah Cilacap atas ijin dan dukungannya untuk menempuh tugas belajar.
7. Istri dan buah hati tercinta Alm. Dzaky Fadhilah Ahmad, Humaira Shakila Ahmad, serta janin yang masih ada dalam kandungan yang senantiasa memberikan motivasi dan kekuatan besar selama menempuh studi.

8. Bapak dan ibu serta mertua yang telah memberikan dorongan baik dalam bentuk doa maupun spirit.
9. Rekan-rekan mahasiswa angkatan tahun 2010 Program Pascasarjana Kekhususan Keperawatan Anak yang senasib dan seperjuangan.
10. Semua pihak yang terlibat dalam penyusunan tesis ini, yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu.

Besar harapan peneliti agar tesis ini dapat bermanfaat khususnya bagi peneliti sendiri dan umumnya bagi pengembangan ilmu keperawatan anak.

Depok, Juli 2012

Peneliti



DAFTAR ISI

	Hal.
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR SKEMA	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.4 Manfaat Penelitian	8
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Konsep Anak Usia Pra Sekolah.....	10
2.2 Konsep Penyakit dan Hospitalisasi	13
2.3 Konsep <i>Atraumatic Care</i>	17
2.4 Konsep Spalk dan Prosedur Injeksi	18
2.6 Sikap Kooperatif	20
2.7 Aplikasi Teori Comfort dari Kolcaba	24
2.8 Kerangka Teori Penelitian	27

BAB 3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI	
OPERASIONAL	28
3.1 Kerangka Konsep	28
3.2 Hipotesis	29
3.3 Definisi Operasional	30
BAB 4. METODE PENELITIAN	32
4.1 Rancangan Penelitian	32
4.2 Populasi Sampel	33
4.3 Tempat Penelitian	36
4.4 Waktu Penelitian	36
4.5 Etika Penelitian	36
4.6 Alat Pengumpulan Data	38
4.7 Prosedur Pengumpulan Data	41
4.8 Analisa Data	45
BAB 5. HASIL PENELITIAN	47
5.1 Analisis Univariat	47
5.2 Uji Kesetaraan	49
5.3 Analisis Bivariat	50
BAB 6. PEMBAHASAN	54
6.1 Interpretasi Hasil dan Diskusi Hasil	54
6.2 Keterbatasan Penelitian	63
6.3 Implikasi Hasil Penelitian	64
BAB 7. SIMPULAN DAN SARAN	65
7.1 Simpulan	65
7.2 Saran	66

DAFTAR PUSTAKA

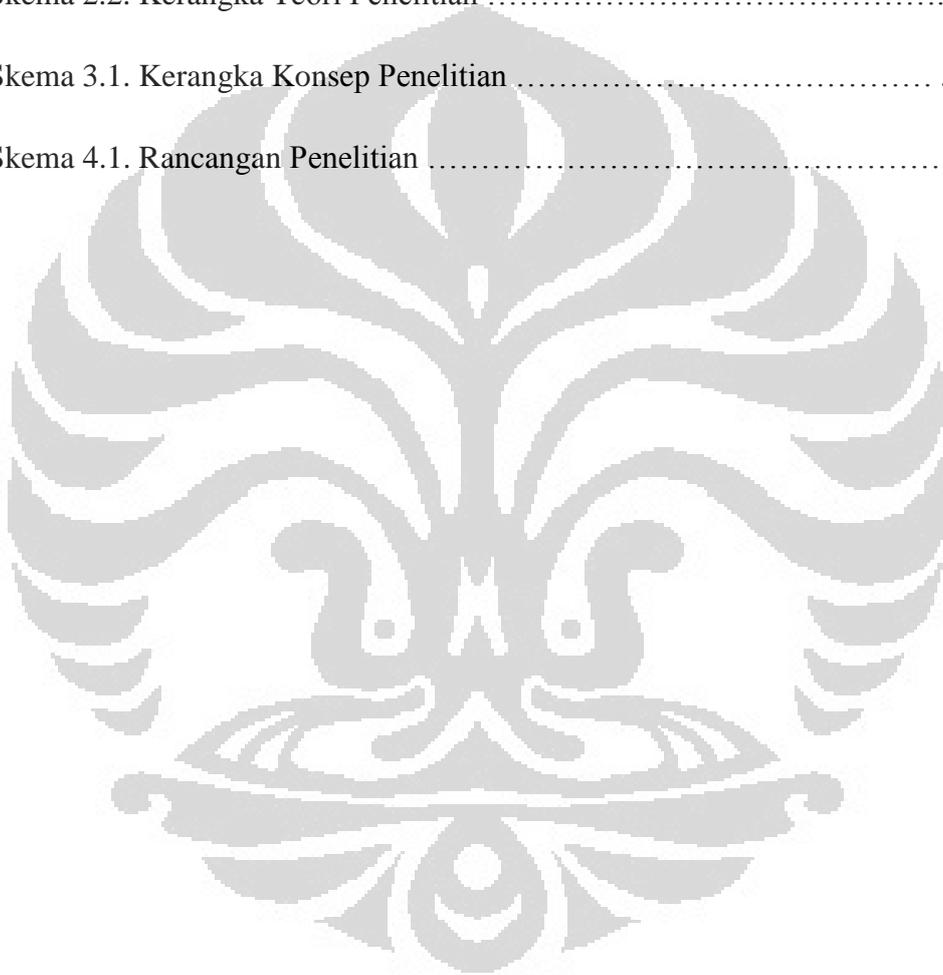
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 4.1. Distribusi Pertanyaan	47
Tabel 4.2. Analisa Bivariat Tingkat Kooperatif Kelompok Intervensi dan Kontrol.....	53
Tabel 4.3. Analisa Bivariat Perbedaan Tingkat Kooperatif Kelompok Intervensi dan Kontrol.....	54
Tabel 4.4. Analisa Bivariat Variabel <i>Confounding</i> dan Dependen	54
Tabel 5.1. Distribusi Rata-Rata Usia Responden Tingkat Kooperatif di RS Wilayah Cilacap, Juni 2012	55
Tabel 5.2. Distribusi Responden Jenis Kelamin Tingkat Kooperatif di RS Wilayah Cilacap, Juni 2012	56
Tabel 5.3. Distribusi Pengalaman Anak Dirawat di RS Wilayah Cilacap, Juni 2012	57
Tabel 5.4. Uji Kesetaraan variabel jenis kelamin, pengalaman, dan tingkat kooperatif di RS Wilayah Cilacap, Juni 2012	57
Tabel 5.5. Uji Kesetaraan variabel usia di RS Wilayah Cilacap, Tahun 2012	58
Tabel 5.6. Distribusi Tingkat Kooperatif Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RS Wilayah Cilacap, Juni 2012	58
Tabel 5.7. Distribusi Perbedaan Tingkat Kooperatif Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RS Wilayah Cilacap, Juni 2012	59
Tabel 5.8. Distribusi Perbedaan Usia dan Tingkat Kooperatif di RS Wilayah Cilacap, Juni 2012	60
Tabel 5.9. Perbedaan Jenis Kelamin dan Tingkat Kooperatif di RS Wilayah Cilacap, Juni 2012	60
Tabel 5.10. Perbedaan Pengalaman dan Tingkat Kooperatif di RS Wilayah Cilacap, Juni 2012	61

DAFTAR SKEMA

	Hal
Skema 2.1. Kerangka Kerja Teori <i>Comfort</i>	32
Skema 2.2. Kerangka Teori Penelitian	35
Skema 3.1. Kerangka Konsep Penelitian	36
Skema 4.1. Rancangan Penelitian	40



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 2 Lembar Kuesioner
- Lampiran 3 Keterangan Lolos Uji Etik
- Lampiran 4 Tabel Jadwal Kegiatan Penelitian
- Lampiran 5 Permohonan Ijin Penelitian
- Lampiran 6 Surat Pengantar Ijin Penelitian Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Propinsi Jawa Barat
- Lampiran 7 Surat Pengantar Ijin Penelitian Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Propinsi Jawa Tengah
- Lampiran 8 Surat Ijin Penelitian Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kabupaten Cilacap
- Lampiran 9 Surat Rekomendasi Penelitian dari Badan Perencanaan dan Pembangunan Daerah Kabupaten Cilacap

BAB 1

PENDAHULUAN

Bab 1 ini akan menguraikan tentang latar belakang penelitian, rumusan masalah, tujuan penelitian, dan manfaat penelitian.

1.1. Latar Belakang

Anak adalah makhluk unik yang memiliki kebutuhan berbeda disetiap tahap tumbuh dan kembangnya, dan anak bukanlah orang dewasa yang kecil. Oleh karena itu orang tua perlu memahami pentingnya menyediakan fasilitas untuk mendukung menuju pertumbuhan dan perkembangan anak (Cahyaningrum, 2011). Untuk mencapai tumbuh dan kembang anak secara sehat maka wajib dibesarkan dan diasuh dengan penuh tanggung jawab (UU RI No. 36, 2009). Orang tua, keluarga, dan tenaga kesehatan mempunyai kewajiban untuk memberikan pengasuhan dan pelayanan yang optimal sehingga dapat terpenuhi segala kebutuhan sesuai dengan tahap pertumbuhan dan perkembangannya.

Sakit dan dirawat di rumah sakit merupakan suatu bentuk krisis atau *stressor* utama yang terlihat pada anak. Anak-anak sangat rentan terhadap krisis penyakit dan hospitalisasi yang disebabkan oleh adanya *stress* akibat perubahan keadaan sehat dan rutinitas lingkungan di rumah sakit, serta keterbatasan anak dalam mekanisme pertahanan untuk menghadapi *stressor* (Wong et al., 2009). Hospitalisasi adalah suatu kondisi yang menyebabkan anak harus menginap di rumah sakit baik yang direncanakan maupun keadaan darurat untuk menjalani suatu proses perawatan dan pengobatan hingga pulang ke rumah (Supartini, 2004). Hospitalisasi merupakan keadaan pasien yang dirawat di rumah sakit karena berbagai alasan seperti prosedur atau pembedahan, perawatan medis darurat, pengobatan, serta memonitor dan menstabilkan kondisi yang ada (Costello, 2008). Dalam kondisi seperti

ini persepsi anak terhadap penyakit bervariasi. Hal ini dipengaruhi oleh tahapan usia perkembangan anak, pengalaman sebelumnya terhadap sakit, sistem pendukung yang ada, dan kemampuan coping anak (Hockenberry, & Wilson, 2009). Sebagai perawat anak perlu memahami faktor-faktor yang menyebabkan *stress* dan respon anak selama dirawat di rumah sakit sesuai tahap perkembangan anak.

Penyebab *stress* yang utama pada anak-anak yang mengalami hospitalisasi adalah adanya perpisahan dengan orang tua, tidak bisa mengendalikan diri, adanya cedera pada tubuh, serta nyeri. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain usia perkembangan, pengalaman sebelumnya tentang penyakit, perpisahan dengan orang tua, hospitalisasi, kemampuan dalam mekanisme pertahanan diri, tingkat keparahan penyakit, serta sistem pendukung yang tersedia (Wong et al., 2009). Menurut Hidayat (2005) juga menjelaskan tentang keluarga dan anak yang mengalami *stress* akibat hospitalisasi yaitu karena adanya perbedaan lingkungan dengan lingkungan rumah, tidak bisa mengendalikan diri, ancaman dirinya dari penyakit, persepsi yang negatif dan tidak menyenangkan terhadap rumah sakit karena pengalaman dirawat sebelumnya maupun dari orang lain.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hospitalisasi menyebabkan anak kehilangan pengendalian diri karena harus menyesuaikan diri dengan rutinitas rumah sakit dan menyebabkan ketakutan pada anak (Coyne, 2006). Penelitian lain menyatakan bahwa pengalaman anak pra sekolah yang pernah dirawat sebelumnya akan mempengaruhi respon anak terhadap hospitalisasi. Pengalaman ini dapat memberi gambaran kepada anak tentang apa yang akan dialaminya sehingga akan mempengaruhi respon anak dalam menghadapi tindakan yang menyakitkan dan kemampuan mengendalikan kondisi *stress* (Subardiah, 2009). Reaksi anak usia pra sekolah terhadap hospitalisasi diantaranya regresi, menolak untuk bekerjasama atau tidak kooperatif selama tindakan, kehilangan kendali, takut terhadap cedera tubuh

dan nyeri yang mengarah terhadap mutilasi dan prosedur yang menyakitkan, serta menganggap hospitalisasi sebagai suatu hukuman (Muscari, 2005).

Selama hospitalisasi pada umumnya asuhan keperawatan pada anak memerlukan tindakan invasif berupa injeksi maupun pemasangan infus (Nursalam, Susilaningrum, & Utami, 2005). Injeksi merupakan tindakan medis yang sering ditakuti oleh anak dan bisa terbawa sampai dewasa. Ketakutan tersebut disebabkan karena adanya kebiasaan orang tua dengan menyebut “suntikan” untuk menakut-nakuti agar anak menuruti kemauannya (Sugiyanto, 2008). Keterbatasan pengetahuan menyebabkan rasa takut yang berlebih seperti takut terjadi kerusakan pada kulit selama prosedur injeksi intra vena dan pengambilan darah, dan menganggap tindakan tersebut akan menyebabkan bagian tubuh menjadi bocor (Muscari, 2005). Selain itu juga rasa takut terbesar yang dialami anak usia pra sekolah terletak pada bahaya yang mengancam tubuhnya. Hal ini dapat diperlihatkan dengan ketakutan terhadap hewan, petir, kegelapan dan petugas kesehatan. Ketakutan tersebut mengakibatkan anak tidak bersedia atau menolak untuk dilakukan tindakan keperawatan (Potter & Perry, 2009).

Anak usia pra sekolah belum bisa membedakan diri sendiri dan orang lain, mempunyai pemahaman bahasa yang kurang, serta hanya dapat melihat suatu objek dari satu aspek saja atau situasi pada saat itu (Muscari, 2005). Terpaparnya anak pada kejadian traumatik pada masa kecil akan memberikan pengalaman yang tidak menyenangkan atau mengerikan dalam waktu yang lama, tidak hanya anak-anak tetapi lingkungan terutama keluarga juga akan terpengaruh (Fletcher, 2003). Dalam kondisi seperti ini perawat diharapkan bisa memberikan asuhan keperawatan dengan pendekatan *atraumatic care*.

Atraumatic care adalah suatu tindakan keperawatan yang tidak menyebabkan trauma dan dapat mengurangi *distress* fisik maupun psikologis yang dialami anak maupun keluarga yang bertujuan untuk

meningkatkan kesehatan pasien (Supartini, 2004). *Atraumatic care* dapat dilakukan dengan menyediakan lingkungan yang terapeutik, menggunakan intervensi yang bersifat mengurangi atau memperkecil *distress* psikologis dan fisik terhadap anak dan keluarga dalam sistem pelayanan kesehatan (Wong et al., 2009). Contoh tindakan *atraumatic care* diantaranya dengan memodifikasi lingkungan rumah sakit seperti di rumah sendiri dengan dekorasi yang bernuansa anak seperti sprei dan tirai bergambar bunga dan binatang lucu, hiasan dinding dan papan nama bergambar binatang lucu, serta dinding yang dicat warna cerah (Supartini, 2004). Hasil penelitian yang menggunakan prinsip *atraumatic care* lain adalah yang dilakukan oleh Subardiah (2009). Penelitian ini melihat pengaruh permainan terapeutik pada anak pra sekolah yang dirawat di rumah sakit, dan hasilnya menunjukkan bahwa terdapat penurunan kecemasan, kehilangan kontrol, dan ketakutan pada anak pra sekolah yang diberikan permainan terapeutik. Permainan terapeutik yang digunakan adalah bercerita, menggambar, bermain wayang, permainan dramatik, serta binatang kesayangan. Rekomendasi dari penelitian ini adalah perlu adanya penetapan program bermain yang terstruktur yang didukung oleh pimpinan rumah sakit.

Hasil penelitian lain yang mengeksplorasi tentang *atraumatic care* menunjukkan bahwa penggunaan pakaian perawat non konvensional atau seragam perawat berwarna dapat memberikan kontribusi dalam meningkatkan hubungan anak dan perawat, serta memiliki potensi untuk mengurangi ketidaknyamanan yang dialami anak karena hospitalisasi (Festini et al., 2008). Hal ini dapat diterapkan pada penelitian sejenis dengan pemakaian spalk bermotif pada anak yang terpasang infus untuk meningkatkan sikap kooperatif selama prosedur injeksi. Memanipulasi dengan cara distraksi pada prosedur yang mengakibatkan perlukaan tubuh dapat mengurangi ketakutan atau kecemasan pada anak (Nursalam, Susilaningrum, & Utami, 2005). Pada penelitian tentang sikap kooperatif oleh Wang, Sun, dan Chen (2008) menunjukkan *audiovisual distraction* terbukti efektif dalam mengurangi nyeri, meningkatkan sikap kooperatif

pasien, dan meningkatkan keberhasilan tindakan *venepuncture* serta menunjukkan keberhasilan dalam tindakan psikologis rutin. Hal tersebut didukung dengan hasil penelitian yang menunjukkan terdapat sikap kooperatif pada anak sebesar 81 % setelah dilakukan intervensi *audiovisual distraction*. Sikap kooperatif anak dalam penelitian ini dapat diukur dengan menggunakan skala CBSCV (*Cooperative Behaviour Scale of Children in Venepuncture*) yang mempunyai rentang 0-2. Skala 0 menunjukkan anak mau mengulurkan tangan atas inisiatif sendiri dan mau bekerjasama dengan perawat selama prosedur, skala 1 menunjukkan anak mau mengulurkan tangan dan tidak menangis selama prosedur, skala 2 menunjukkan anak menolak untuk bekerjasama dan menangis.

Penelitian lain oleh Natalia (2011) menunjukkan terapi bermain dengan menggunakan teknik bercerita berpengaruh terhadap tingkat kooperatif anak usia pra sekolah selama dirawat di rumah sakit. Rekomendasi dari penelitian ini adalah agar rumah sakit menggunakan teknik bermain *story telling* untuk meningkatkan sikap kooperatif anak selama dirawat di rumah sakit. Hasil penelitian lain oleh Handayani dan Puspitasari (2009) tentang sikap kooperatif anak usia pra sekolah menunjukkan tingkat perilaku kooperatif baik setelah dilakukan terapi bermain sebesar 87,09 %.

Hasil penelitian yang terkait penggunaan spalk dilakukan pada anak sampai usia 10 tahun menunjukkan penggunaan spalk atau bidai pada pemasangan infus dapat mengurangi resiko komplikasi (Batalha et al., 2010). Spalk atau fiksasi selang intra vena (IV) merupakan alat yang dirancang untuk melindungi area IV dan digunakan pada bayi dan anak untuk menghindari lepasnya jarum atau kateter. Dan untuk menambah ketertarikan anak, spalk dapat ditempel stiker berwarna (Wong et al., 2009). Penelitian lain juga menunjukkan penggunaan spalk atau bidai dapat mengurangi gerak atau immobilisasi sendi pada pemasangan infus (Dalal et al., 2009). Berdasarkan hasil penelitian tersebut, bahwa penggunaan spalk masih efektif pada pasien anak. Pada penelitian ini spalk akan dimodifikasi dengan menggunakan

motif yang disukai anak usia pra sekolah seperti motif binatang kartun kesukaan.

Studi pendahuluan dilaksanakan pada tanggal 13 Januari 2012 di Rumah Sakit Umum Daerah kabupaten Cilacap melalui observasi terhadap 13 pasien anak umur 3–6 tahun di ruang Catleya dan terhadap perawat Ruang Catleya. Dari hasil observasi didapatkan data bahwa terdapat 10 pasien anak tidak kooperatif terhadap tindakan seperti saat perawat datang untuk pengukuran tanda-tanda vital, pemasangan infus dengan spalk yang tidak bermotif, pemberian obat injeksi intra vena, dan pengambilan darah untuk cek laboratorium. Semua anak memberikan respon bervariasi ada yang menangis, berontak, memeluk ibunya, serta berteriak minta pulang. Dari hasil wawancara terhadap perawat ruang Catleya didapatkan data bahwa orang tua diperbolehkan menemani anak selama perawatan di rumah sakit, terdapat ruang bermain tetapi dilakukan bila ada mahasiswa yang praktik saja, modifikasi lingkungan seperti dinding bergambar, sprei bermotif, spalk bermotif kartun, serta rompi bermotif belum diterapkan di ruangan. Data dari rekam medis RSUD Cilacap didapatkan jumlah pasien usia pra sekolah dari bulan Januari sampai Desember 2011 sebanyak 509 (64%) dari jumlah total 796 anak yang dirawat di ruang Catleya. Berdasarkan fenomena, hasil penelitian, serta konsep teori, maka peneliti tertarik mengkaji lebih jauh tentang pengaruh penggunaan spalk bermotif terhadap tingkat kooperatif pada anak usia pra sekolah selama prosedur injeksi.

1.2. Rumusan Masalah

Sakit dan dirawat di rumah sakit merupakan suatu bentuk krisis atau stressor utama yang terlihat pada anak. Anak mempunyai banyak keterbatasan dalam mekanisme coping yaitu dengan berontak, menangis, tidak kooperatif dalam tindakan keperawatan maupun medis. Oleh karena itu, sebagai perawat perlu memahami stresor dan reaksi anak selama sakit dan dirawat di rumah sakit sesuai tahap perkembangan anak. Prinsip *atraumatic care* dalam menghadapi anak saat menjalani hospitalisasi merupakan prinsip yang

paling tepat, karena akan meningkatkan hubungan yang terapeutik antara perawat dan anak, meningkatkan sosialisasi diri dengan orang lain sehingga dapat meningkatkan sikap kooperatif terhadap prosedur yang akan dijalani. Bentuk intervensi *atraumatic care* dapat dilakukan dengan cara mengurangi atau meminimalisir distress psikologis dan fisik, serta memodifikasi lingkungan seperti dinding bergambar, sprei bermotif, spalk bermotif, rompi bermotif. Berdasarkan fenomena, hasil penelitian, serta konsep teori, maka peneliti merumuskan masalah penelitian adalah sejauhmana pengaruh pemasangan spalk bermotif terhadap tingkat kooperatif anak usia pra sekolah selama prosedur injeksi di Rumah Sakit Wilayah Cilacap.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pemasangan spalk bermotif terhadap tingkat kooperatif anak usia pra sekolah selama prosedur injeksi di Rumah Sakit Wilayah Cilacap.

1.3.2. Tujuan Khusus

- 1.3.2.1. Mengidentifikasi gambaran karakteristik responden anak berdasarkan: usia, jenis kelamin, pengalaman dirawat.
- 1.3.2.2. Mengidentifikasi tingkat kooperatif anak pra sekolah selama prosedur injeksi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
- 1.3.2.3. Mengidentifikasi perbedaan tingkat kooperatif anak pra sekolah selama prosedur injeksi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
- 1.3.2.4. Mengidentifikasi pengaruh usia anak dengan tingkat kooperatif selama prosedur injeksi.
- 1.3.2.5. Mengidentifikasi pengaruh jenis kelamin anak dengan tingkat kooperatif selama prosedur injeksi.
- 1.3.2.6. Mengidentifikasi pengaruh pengalaman dirawat anak dengan tingkat kooperatif selama prosedur injeksi.

1.4. Manfaat Penelitian

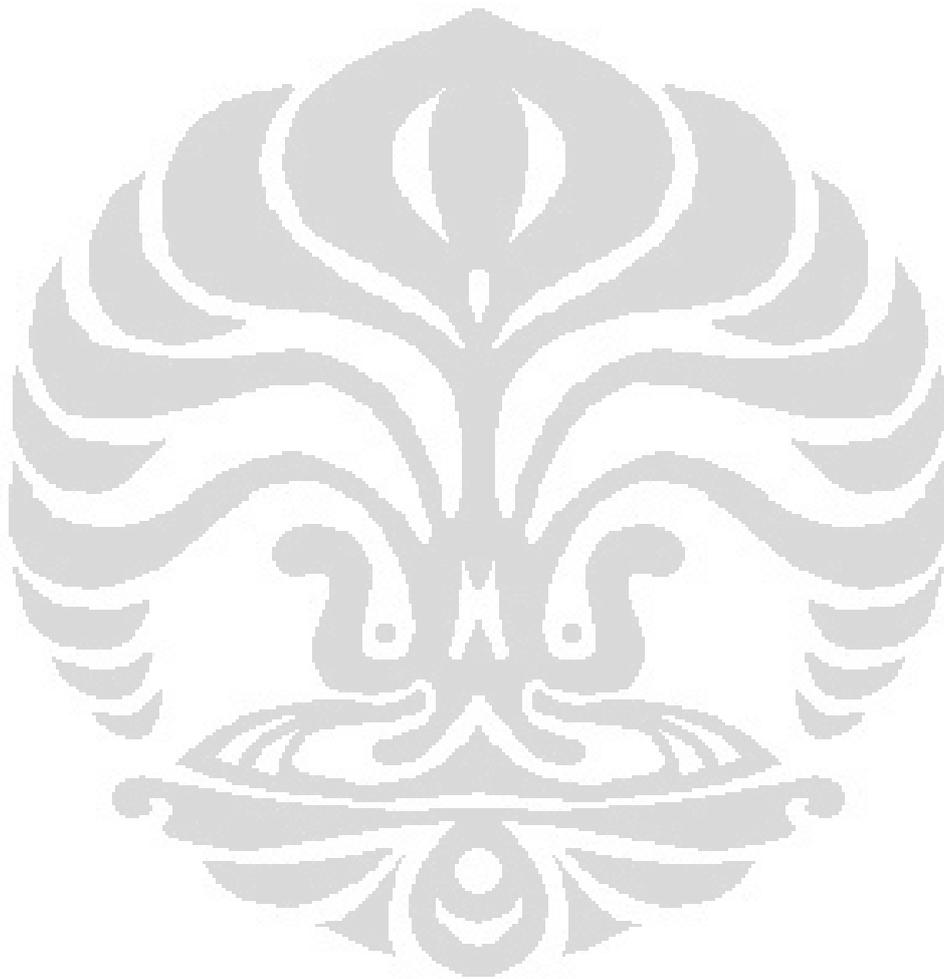
1.4.1. Manfaat Pelayanan Keperawatan Anak dan Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi pelayanan keperawatan terutama dalam merawat anak pra sekolah dengan prinsip *atraumatic care* di rumah sakit. Penelitian ini juga bermanfaat bagi keluarga terutama orang tua untuk mengurangi *stress* pada anak selama di rumah sakit. Jika anak kooperatif selama tindakan injeksi akan mendukung dalam pengobatan sehingga diharapkan hari rawat menjadi pendek. Adapun manfaat bagi anak yaitu mengurangi ketakutan dan memberikan kenyamanan selama hospitalisasi sehingga akan meningkatkan sikap kooperatif anak selama dilakukan tindakan invasif.

1.4.2. Manfaat Bagi Pendidikan Keperawatan dan Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi pendidikan keperawatan yaitu dapat memberikan wawasan dan khasanah ilmu untuk selalu meningkatkan pengembangan ilmu pelayanan khususnya keperawatan anak dengan menggunakan prinsip *atraumatic care* yang diterapkan secara nyata pada tataran pelayanan keperawatan. Bagi ilmu keperawatan dalam mengembangkan pelaksanaan asuhan keperawatan dengan menggunakan prinsip *atraumatic care* yaitu penggunaan spalk bermotif selama prosedur injeksi, sehingga diharapkan anak bisa kooperatif. Hasil penelitian ini dapat dijadikan referensi untuk dapat melanjutkan atau mengembangkan penelitian tentang *atraumatic care* dalam meningkatkan sikap kooperatif pada anak selama di rawat di rumah sakit.

Bagi Rumah Sakit diharapkan hasil penelitian ini bisa dijadikan acuan dalam menentukan kebijakan, sehingga hasil penelitian ini dapat diterapkan di ruang perawatan anak. Hal ini akan memberikan dampak yang positif bagi anak yang dirawat di rumah sakit dengan meningkatnya sikap kooperatif anak terhadap prosedur yang akan dilakukan pada anak.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada tinjauan pustaka akan dijabarkan konsep dan teori yang terkait dengan masalah penelitian sebagai bahan rujukan dalam penelitian ini. Uraian tinjauan pustaka meliputi: konsep anak usia pra sekolah, konsep *atraumatic care*, prosedur injeksi, serta aplikasi teori *comfort* dari Katharine Kolcaba.

2.1. Anak Usia Pra Sekolah

2.1.1. Pengertian Anak Usia Pra Sekolah

Usia pra sekolah adalah usia perkembangan anak antara 3 sampai 5 tahun. Pada usia ini, terjadi perubahan yang signifikan untuk mempersiapkan gaya hidup yaitu masuk sekolah dengan mengkombinasikan antara perkembangan biologi, psikososial, kognitif, spiritual, dan prestasi sosial (Hockenberry & Wilson, 2009). Pengertian yang sama juga dikemukakan oleh Potter dan Perry (2009) bahwa anak usia pra sekolah berada pada usia 3 sampai 5 tahun. Pengertian yang berbeda menurut Muscari (2009) tentang anak usia pra sekolah adalah usia perkembangan yang dimulai pada usia 3 sampai 6 tahun. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan usia perkembangan 3 sampai 6 tahun.

2.1.2. Perkembangan Anak usia Pra Sekolah

Pada masa ini peningkatan pertumbuhan dan perkembangan masih berlanjut dan stabil terutama kemampuan kognitif serta aktivitas fisik (Hidayat, 2008). Secara umum kondisi sehat pada usia pra sekolah adalah memiliki tubuh yang ramping, sikap tubuh yang baik, cekatan dan periang (Muscari, 2005).

a. Perkembangan Biologis

Secara fisik usia pra sekolah sudah berbeda dengan anak usia toddler. Postur lebih kuat, langsing, kuat, tangkas, anggun, dan tegap. Kecepatan perkembangan fisik semakin melambat dan stabil. Pertumbuhan secara fisik dapat diketahui dengan melihat penambahan berat badan dan tinggi badan. Rata-rata penambahan berat badan anak pra sekolah per tahun adalah 2,3 kg. Berat badan rata-rata usia 3 tahun adalah 14,6 kg, usia 4 tahun 16,7 kg, usia 5 tahun 18,7 kg, dan usia 6 tahun 21 kg. Dan kenaikan rata-rata tinggi badan usia pra sekolah adalah 6,75 cm sampai 7,5 cm. Tinggi badan anak usia 3 tahun rata-rata 95 cm, usia 4 tahun 103 cm, usia 5 tahun 110 cm, sedangkan untuk usia 6 tahun 127 cm. (Wong et al., 2009). Pada anak usia pra sekolah masih membutuhkan banyak kesempatan belajar dan latihan ketrampilan fisik yang baru. Ketrampilan motorik halus sangat berperan dalam kegiatan sekolah. Latihan menulis dan menggambar akan membentuk ketrampilan otot halus dan koordinasi antara mata dan tangan dalam menulis huruf dan angka (Potter & Perry, 2009).

b. Perkembangan Kognitif

Pada perkembangan kognitif anak usia pra sekolah mempunyai tugas yang lebih banyak dalam mempersiapkan anak untuk sekolah. Dan peranan proses berpikir sangat penting untuk mencapai kesiapan tersebut (Wong, et al., 2009). Anak akan berpikir lebih kompleks dengan mengkategorikan obyek berdasarkan warna, ukuran maupun dengan pertanyaan (Perry & Potter, 2009). Selain itu juga pada usia ini anak masih berpikir magis yaitu dengan mempercayai bahwa semua pikirannya memiliki kekuatan.

Tinjauan teori tentang perkembangan kognitif menurut Muscari (2005) menggunakan tahap berpikir pra operasional oleh Piaget. Pada tahap ini mempunyai 2 fase yaitu:

1) Fase pra konseptual (usia 2 – 4 tahun)

Pada fase ini anak telah membentuk suatu konsep yang belum matang dan tidak logis dibandingkan dengan orang dewasa, menghubungkan suatu kejadian dengan kejadian lain, mempunyai pemikiran yang berorientasi pada diri sendiri, dan membuat klasifikasi yang masih relatif sederhana.

2) Fase intuitif (usia 4-7 tahun)

Pada fase ini anak sudah mulai mampu menjumlahkan, mengklasifikasikan, dan menghubungkan objek-objek. Anak juga sudah mempunyai cara berpikir yang intuitif yaitu menyadari sesuatu yang benar tetapi tidak tahu alasannya, kata-kata yang digunakan banyak yang sesuai tetapi tidak bisa memahami artinya.

c. Perkembangan Psikososial

Menurut Hockenberry & Wilson (2009) anak usia pra sekolah sudah siap menghadapi dan berusaha keras dalam mencapai tugas perkembangan. Tugas utama pada perkembangan psikososial adalah menguasai rasa inisiatif yaitu bermain, bekerja, dan dapat merasakan kepuasan dalam kegiatannya, serta merasakan hidup sepenuhnya. Tetapi konflik akan timbul ketika aktivitasnya melampaui batas kemampuan mereka, sehingga anak akan mengalami rasa bersalah karena berperilaku atau tidak melakukan dengan benar. Perasaan bersalah, cemas, dan rasa takut diakibatkan oleh pikiran yang berbeda dengan perilaku yang diharapkan.

Tinjauan perkembangan psikososial menurut teori Erikson bahwa krisis yang dihadapi anak usia pra sekolah (usia 3-6

tahun) adalah inisiatif *versus* rasa bersalah. Erikson menyatakan bahwa pada usia pra sekolah anak sudah menguasai perasaan otonomi, apabila orang tua tidak dapat menerima imajinasi dan aktivitasnya maka anak akan mengembangkan rasa bersalah, keluarga merupakan orang terdekat bagi anak usia prasekolah, serta anak pada usia pra sekolah merupakan pelajar yang energik, antusias, serta mempunyai imajinasi yang aktif (Muscari, 2005).

d. Perkembangan Moral

Perbedaan yang mendasar pada perkembangan moral anak usia pra sekolah dengan usia toddler adalah adanya kemampuan untuk mengidentifikasi tingkah laku sehingga akan menghasilkan hukuman apabila tindakannya salah dan mendapatkan hadiah apabila tindakannya benar, serta dapat membedakan antara benar dan salah (Potter & Perry, 2009). Menurut teori Kohlberg dalam perkembangan moral anak usia pra sekolah berada pada tahap pra konvensional, yaitu anak akan muncul perasaan bersalah serta menekankan pada pengendalian eksternal (Muscari, 2009).

2.1.3. Penyakit dan Hospitalisasi pada Anak Usia Pra Sekolah.

a. Reaksi terhadap penyakit

Cara berpikir magis pada anak usia pra sekolah menyebabkan anak memandang penyakit sebagai suatu hukuman. Selain itu anak juga mengalami konflik psikoseksual dan mempunyai rasa takut terhadap mutilasi, sehingga anak takut saat dilakukan pengukuran suhu rektal dan kateter urin.

b. Reaksi terhadap hospitalisasi

Penyakit dan hospitalisasi merupakan krisis bagi anak, terutama karena adanya *stress* akibat perubahan lingkungan dan kondisi dari sehat menjadi sakit, serta anak mempunyai keterbatasan dalam mekanisme koping dalam menghadapi *stressor*. *Stressor* yang ditunjukkan anak usia pra sekolah pada saat hospitalisasi adalah: (Wong et al., 2009)

- 1) Cemas akibat perpisahan. Kecemasan akibat perpisahan adalah *stress* terbesar yang dialami anak usia pra sekolah saat hospitalisasi. Kecemasan tersebut ditunjukkan dengan cara menolak makan, mengalami sulit tidur, menangis, selalu menanyakan orang tua, dan menarik diri. Adapun fase-fase cemas yang ditunjukkan anak usia pra sekolah adalah (a) fase protes: anak bereaksi secara agresif terhadap perpisahan dengan orang tua dengan cara menangis, memanggil orang tua, menolak perhatian dari orang lain, serta anak tidak bisa ditenangkan; (b) fase putus asa: tangisan berhenti, muncul depresi, anak kurang aktif, anak tidak tertarik untuk bermain, tidak tertarik pada makanan, serta menarik diri dari orang lain; (c) fase pelepasan: anak tampak menyesuaikan diri terhadap perpisahan, anak mulai tertarik dengan lingkungan sekitar, mau bermain dengan orang lain, membentuk hubungan baru.
- 2) Kehilangan kendali. Kehilangan kendali pada anak usia pra sekolah akan meningkatkan persepsi ancaman dan dapat mempengaruhi anak dalam melakukan mekanisme koping. Kehilangan kendali pada usia pra sekolah diakibatkan oleh adanya perubahan rutinitas, restriksi fisik, serta ketergantungan yang harus dipatuhi.
- 3) Cedera tubuh. Konflik psikoseksual anak sangat rentan terhadap ancaman cedera tubuh. Prosedur invasif yang dilakukan terhadap anak baik menimbulkan sakit maupun

tidak menjadi ancaman anak usia pra sekolah karena konsep integritas tubuh yang belum berkembang dengan baik

- 4) Nyeri. Reaksi nyeri pada usia pra sekolah hampir sama dengan anak usia toddler. Anak usia pra sekolah akan mendorong orang yang akan melakukan prosedur agar menjauh, mencoba mengamankan atau menyingkirkan peralatan, atau berusaha mengunci dirinya di tempat yang aman.

c. Efek hospitalisasi pada anak

Stress hospitalisasi pada anak dapat terjadi pada saat sebelum masuk rumah sakit, selama hospitalisasi, dan setelah pemulangan. Adapun perilaku anak setelah pemulangan dari rumah sakit yaitu menuntut perhatian orang tua, sangat menentang perpisahan, ketakutan baru, terbangun di malam hari, menarik diri, pemalu, rewel terhadap makanan, dan temper tantrum.

d. Intervensi keperawatan dalam mengatasi dampak hospitalisasi pada anak.

Fokus intervensi keperawatan dalam upaya mengatasi masalah yang timbul baik anak maupun orang tua selama hospitalisasi adalah meminimalkan stressor, memaksimalkan manfaat hospitalisasi, membrikan dukungan psikologi terhadap anggota keluarga, dan mempersiapkan anak sebelum hoispitalisasi (Supartini, 2004).

- 1) Mencegah atau meminimalkan dampak perpisahan dapat dilakukan dengan cara: melibatkan orang tua berperan aktif dalam perawatan anak dengan membolehkan tinggal bersama anak selama 24 jam, modifikasi ruangan dengan nuansa anak, mempertahankan kontak dengan kegiatan sekolah dengan memfasilitasi pertemuan dengan guru dan teman sekolah.

- 2) Mencegah kehilangan kontrol pada anak dapat dilakukan dengan cara: hindari pembatasan fisik jika anak kooperatif, buat jadwal kegiatan untuk prosedur terapi, latihan, bermain, dan aktivitas lain dalam perawatan, mengurangi ketergantungan dengan memberi kesempatan anak untuk mengambil keputusan dan melibatkan orang tua dalam perencanaan kegiatan.
- 3) Meminimalkan rasa takut terhadap cedera tubuh dan rasa nyeri dengan cara: menjelaskan prosedur yang akan dilakukan dan memberikan dukungan psikologis pada orang tua, lakukan terapi bermain sebelum melakukan persiapan fisik pada anak, menghadirkan orang tua pada saat anak dilakukan prosedur yang menimbulkan rasa nyeri, menunjukkan sikap empati sebagai pendekatan untuk mengurangi rasa sakit akibat prosedur yang menyakitkan.

2.2. *Atraumatic Care*

2.2.1. **Pengertian**

Atraumatic care adalah suatu tindakan asuhan keperawatan yang terapeutik dengan menyediakan lingkungan yang nyaman oleh petugas kesehatan, dan menggunakan intervensi yang menghilangkan atau mengurangi *distress* fisik maupun psikologis pada anak-anak dan keluarga dalam sistem pelayanan kesehatan (Wong et al., 2009). Menurut Supartini (2004) *atraumatic care* adalah asuhan keperawatan yang diberikan kepada anak dan keluarga dengan tidak menimbulkan trauma. Hidayat (2005) juga mendefinisikan *atraumatic care* sebagai suatu perawatan yang tidak menyebabkan trauma pada anak maupun keluarga. Anak sebagai individu yang masih ada dalam tahap tumbuh kembang perlu perhatian khusus, karena masa anak merupakan masa menuju kematangan.

2.2.2. Prinsip *Atraumatic Care*

Secara umum anak yang dirawat di rumah sakit akan mengalami rasa takut baik kepada perawat maupun dokter, apalagi didukung oleh adanya pengalaman disuntik pada saat imunisasi. *Atraumatic care* bukan merupakan satu bentuk tindakan keperawatan yang nyata terlihat, namun memberikan perhatian pada apa, siapa, mengapa, dimana, dan bagaimana prosedur dilakukan pada anak, dengan tujuan mengurangi dan mencegah *stress* baik fisik maupun psikologis (Supartini, 2004).

Ada tiga prinsip yang mendasari dalam mencapai tujuan tindakan *atraumatic care* (Wong et.al., 2009) yaitu :

- a. Mencegah atau mengurangi pemisahan anak dan keluarga, meliputi: perawatan dengan melibatkan keluarga (*family centered care*) atau orang tua dalam setiap tindakan serta diperkenankan tinggal bersama pasien selama 24 jam; dan menggunakan kelompok perawat dan asisten yang sama dalam setiap perawatan.
- b. Meningkatkan pengendalian diri pada anak, meliputi: menghilangkan atau mengurangi ketakutan dan ketidaktahuan; memberikan kesempatan untuk melakukan pengendalian diri; memberikan peningkatan pengetahuan keluarga terkait kondisi kesehatan anak dan ketrampilan untuk mengawasi kondisi anak.
- c. Mencegah atau mengurangi nyeri dan cedera pada tubuh.
 - 1) Mengurangi atau menghindari prosedur yang menimbulkan nyeri.

Tindakan yang dapat dilakukan adalah: menggunakan jarum dengan ukuran kecil pada saat injeksi; injeksi intra muskuler dilakukan dipaha jangan di pantat; pemasangan kateter dengan menggunakan jelly Xylocaine 2 % di uretra.

- 2) Mencegah atau menghindari distress fisik, meliputi: penggunaan parfum ruangan untuk meningkatkan kenyamanan dan menghilangkan bau; memodifikasi lingkungan rumah sakit seperti dirumah, yaitu dengan cara menata ruangan bernuansa anak seperti: menghiasi ruangan dengan dinding bermotif binatang, spreng atau alat tenun bermotif binatang dan bunga, serta dinding ruangan dengan cat warna cerah.

2.3. Spalk dan Prosedur Injeksi

2.3.1 Spalk

Pengertian spalk adalah merupakan alat yang digunakan untuk memfiksasi atau membatasi pergerakan akses vena atau daerah yang diinfus agar tetap pada posisi yang benar, serta mencegah gerakan yang tidak perlu yang dapat menyebabkan infiltrasi dan peradangan (McCann, 2002).

Manfaat pemasangan spalk menurut McCann (2002) adalah: mencegah deformitas tulang, memberikan posisi yang stabil pada pemasangan infus, mencegah pergerakan tulang yang patah.

Indikasi pemasangan spalk menurut McCann (2002) adalah: pasien yang mengalami patah tulang, pasien yang dipasang infus, terutama pada bayi dan anak-anak, pasien yang mengalami dislokasi sendi, nyeri sendi.

2.3.2 Prosedur Injeksi

a. Pengertian Injeksi

Injeksi adalah sediaan steril berupa larutan, emulsi atau suspensi atau serbuk yang harus dilarutkan atau disuspensikan lebih dahulu sebelum digunakan, yang disuntikkan secara merobek jaringan ke dalam kulit atau melalui kulit, serta melalui selang

infus/per bolus. Pemberian injeksi merupakan prosedur invasif yang harus dilakukan dengan menggunakan teknik steril (Hidayat, 2008).

b. Injeksi Intra Vena

Pengertian injeksi intra vena adalah memasukkan obat dengan dosis tertentu langsung ke dalam pembuluh darah intra vena menggunakan alat suntikan. Pemberian obat melalui intra vena dapat diberikan langsung ke pembuluh darah, melalui *IV line* (lubang atau tempat penusukan khusus injeksi), atau melalui *heparin lock* (Aryani, dkk., 2009). Pengertian lain menurut Hidayat (2008) yaitu memberikan obat melalui pembuluh darah intra vena, diantaranya vena cubiti, vena safena, vena jugularis, vena frontalis agar mendapat reaksi obat yang cepat.

Indikasi dalam injeksi intra vena menurut Aryani, dkk (2009) adalah: 1) dilakukan pada pasien dengan kondisi tidak stabil atau kritis; 2) dilakukan pada pasien yang menerima obat injeksi lebih dari 1 (satu) macam.

Tujuan memberikan injeksi intra vena adalah: 1) memberikan pengobatan berdasarkan kolaborasi dengan dokter, 2) memberikan obat yang bersifat darurat, 3) memberikan obat lebih dari satu di waktu yang berbeda-beda.

Persiapan alat, terdiri dari: 1) bak instrument kecil berisi obat dalam spuit, 2) kapas alcohol secukupnya, 3) bengkok 1 buah, 4) tourniquet 1 buah, 5) perlak dan pengalas 1 buah, 6) buku instruksi obat pasien, 7) sarung tangan bersih.

Prosedur injeksi IV, meliputi: 1) Jaga privacy klien, 2) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan, 3) Cuci tangan, 4) Gunakan sarung tangan bersih, 5) Cek instruksi obat pasien, 6)

Menyiapkan obat dengan benar sesuai instruksi pengobatan, 7) Cek daerah yang akan ditusuk, 8) Pasang pernak dan pengalas dibawah anggota tubuh yang akan ditusuk, 9) Pasang tourniquet pada daerah proksimal, 10) Cari vena terbesar dan penuh, 11) Regangkan kulit pada daerah yang akan ditusuk, 12) Tusuk jarum suntik dengan sudut 30 derajat dan mata jarum menghadap ke atas, 13) Aspirasi spuit secara perlahan, 14) Buka tourniquet dan masukkan obat secara perlahan-lahan, 15) Observasi pasien selama pemberian obat, 16) Cabut jarum suntik dengan cepat dan tekan bekas suntikan, 17) Desinfeksi daerah bekas suntikan dengan kapas alkohol kemudian diplester, 18) Kembalikan pasien pada posisi semula, 19) Rapihan alat dan klien, 20) Dokumentasi, 21) Perawat kembali untuk mengevaluasi respon klien terhadap obat dalam 15 sampai 30 menit.

2.4 Sikap Kooperatif

2.4.1 Pengertian

Sikap kooperatif adalah tingkat individu dalam melihat dirinya sendiri sebagai bagian dari anggota masyarakat. Individu yang bersikap kooperatif ditunjukkan dengan sikap empati, toleransi, penuh kasih sayang, saling mendukung/*supportif*, serta mempunyai prinsip yang kuat (Videbeck, 2008).

2.4.2 Klasifikasi Tingkat Kooperatif Menurut Wright.

Menurut Wright (1975, dalam Muthu & Sivakumar, 2009) tingkat kooperatif anak dibagi menjadi 3 skala yaitu:

- a. **Skala 1: Kooperatif, meliputi:** 1) Anak menunjukkan sedikit takut dan cukup relaks, 2) Mempunyai hubungan yang baik dengan perawat dan tim kesehatan lainnya, 3) Anak tertarik dengan prosedur tindakan dan santai dengan situasi yang ada.

b. **Skala 2: Anak Kurang Mampu Bersikap Kooperatif, meliputi:** 1) Anak yang masih terlalu muda usianya (kurang dari 3 tahun) dan emosinya belum matang, 2) Anak yang mempunyai kelemahan tertentu atau kondisi cacat, 3) Keparahan kondisi anak tidak memungkinkan bersikap kooperatif seperti anak normal dengan usia yang sama.

c. **Skala 3: Anak Mempunyai Sikap Potensi Kooperatif**

Anak ini berbeda dengan anak yang kurang mampu bersikap kooperatif karena mereka mempunyai kemampuan untuk bekerja sama. Hal ini dapat terjadi bila adanya pendekatan serta komunikasi yang baik, sehingga anak yang mula-mula tidak kooperatif dapat berubah tingkah lakunya menjadi kooperatif dan dapat dirawat.

Penampilan anak yang mempunyai sikap potensi kooperatif yaitu:

- 1) Tingkah laku atau sikap yang tidak terkontrol (*Uncontrolled Behaviour*), meliputi: tingkah laku pada tipe ini dapat ditemukan pada usia pra sekolah (3 sampai 6 tahun), Anak menangis, menendang, dan memukul.
- 2) Tingkah laku atau sikap melawan (*Defiant Behavior*), meliputi: Anak tetap menolak perawatan, bersikap protes, anak keras kepala dan manja, gagal berkomunikasi
- 3) Tingkah laku atau sikap pemalu (*Timid Behavior*). Sikap pemalu merupakan gabungan antara *uncontrolled behavior* dan *defiant behavior* tetapi ketika menggabungkannya tidak benar maka akan kembali kepada sikap yang tidak terkontrol. Sikap *timid behaviour* terdiri dari: a) Anak menangis dan merengek, tapi tidak sampai histeris, b) Over protektif terhadap lingkungan, c) Mengisolasi diri tanpa kontak dengan orang asing, d) Kagum terhadap orang asing dan terhadap situasi yang aneh.

- 4) Tingkah laku atau sikap tegang (*Tense Cooperative Behavior*), meliputi: a) Anak menerima dan kooperatif terhadap perawatan, b) Ketegangan biasanya ditunjukkan dengan bahasa tubuh, c) Mata pasien mengikuti gerakan mata perawat atau tim kesehatan lain, d) Ketika berbicara suaranya bergetar, e) Telapak tangan dan alis mata berkeringat.
- 5) Sikap Merengek (*Whining Behavior*), meliputi: a) Anak merengek tetapi mau melakukan prosedur tindakan dengan bujukan, b) Anak sering mengeluh sakit, c) Merengek merupakan mekanisme kompensasi untuk mengontrol rasa sakit, d) Menangis dapat terkontrol, konstan, tidak keras, biasanya hanya air mata.

2.4.3 Klasifikasi Skala Perilaku menurut Frankl

Frankl et al. (1962, dalam Muthu & Sivakumar, 2009) membagi skala perilaku menjadi 4 yaitu skala 1-4 yang bisa juga dipakai dalam sikap kooperatif anak sesuai dengan kriteria berikut:

- a. **Skala 1 : Sikap sangat negatif**, meliputi: 1) Anak menolak perawatan, 2) Meronta-ronta dan membantah, 3) Menangis keras dan terus menerus, 4) Menarik atau mengisolasi diri, 5) Amat ketakutan.
- b. **Skala 2: Sikap negatif**, meliputi: 1) Tindakan negatif minor, 2) Anak tidak mau menerima perawatan, 3) Mencoba bertahan. 4) Menyimpan rasa takut, 5) Gugup dan menangis, 6) Tidak kooperatif
- c. **Skala 3: Sikap positif**, meliputi: Berhati-hati dalam menerima perawatan, 2) Sedikit segan untuk bertanya, 3) Tidak menolak petunjuk perawat, 4) Cukup bersedia bekerjasama dengan perawat, 5) Anak menerima perawatan

- d. Skala 4: Sangat positif**, meliputi: 1) Bersikap baik dengan perawat, 2) Anak gembira menerima perawatan, 3) Tidak ada tanda-tanda takut, 4) Tertarik dengan tindakan yang dilakukan perawat, 5) Tertarik dengan prosedur yang dilakukan, 6) Banyak bertanya, 7) Membuat kontak verbal yang baik dengan perawat

2.4.4 Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Sikap Kooperatif anak.

a. Usia

Anak usia pra sekolah mempersepsikan hospitalisasi sebagai suatu hukuman sehingga anak akan merasa malu, merasa bersalah, dan takut. Tindakan dan prosedur di rumah sakit dianggap mengancam integritas tubuhnya. Hal ini menimbulkan reaksi agresif dengan marah, berontak, tidak mau bekerjasama dengan perawat, dan ketergantungan dengan orang tua (Supartini, 2004). Hasil penelitian Handayani dan Puspitasari (2009) menunjukkan peningkatan sikap kooperatif yang paling tinggi pada anak usia 4 sampai 5 tahun.

b. Jenis kelamin

Hasil penelitian Handayani dan Puspitasari (2009) menunjukkan jenis kelamin perempuan lebih mengalami peningkatan sikap kooperatif dibandingkan laki-laki.

c. Pengalaman dirawat di rumah sakit.

Apabila anak pernah mengalami pengalaman tidak menyenangkan selama dirawat di rumah sakit sebelumnya, maka akan menyebabkan anak menjadi takut dan trauma sehingga anak tidak kooperatif dengan perawat dan dokter. Begitu juga sebaliknya apabila anak di rumah sakit mendapatkan perawatan yang baik dan menyenangkan, maka anak akan lebih kooperatif kepada perawat dan dokter (Supartini, 2004).

2.6. Aplikasi Teori *Comfort* Dari Kolcaba Pada Anak Usia Pra Sekolah Yang Dirawat

Hospitalisasi seringkali menimbulkan kecemasan dan stress terhadap semua tingkat usia perkembangan anak. Adapun yang mempengaruhi kecemasan diantaranya adalah faktor tenaga kesehatan seperti perawat dan dokter, lingkungan yang baru, maupun keluarga yang mendampingi anak selama sakit (Nursalam, Susilaningrum & Utami, 2005). Selain itu juga sumber stressor pada anak usia pra sekolah dapat dipengaruhi oleh perubahan pengasuhan, mengawali sekolah, adanya saudara kandung yang baru dilahirkan, masalah yang terjadi pada pernikahan orang tua, pindah rumah atau lingkungan baru, serta adanya penyakit yang diderita anak (Potter & Perry, 2009).

Untuk mendukung dalam mengatasi masalah terkait *atraumatic care*, maka diperlukan pendekatan aplikasi teori *comfort* dari Kolcaba. Berdasarkan teori, peningkatan kenyamanan dapat memperkuat penerimaan anak dan keluarga untuk terlibat dalam kegiatan-kegiatan yang diperlukan dalam mencapai kesehatan dan pemeliharaan kesehatan. Perawat dapat memfasilitasi lingkungan yang mendukung pemulihan dan rehabilitasi dengan meyakinkan anak/keluarga bahwa dia bisa pulih, memberikan rasa aman, melindungi dari bahaya, dan mampu untuk berpartisipasi dalam rencana pengobatan yang sesuai dengan tahap perkembangannya (Kolcaba, 2003).

Menurut Webster (1990, dalam Kolcaba & Marco, 2005) *comfort* didefinisikan dalam beberapa cara, yaitu; untuk memberikan ketenangan dalam kondisi distress dan kesedihan, memberikan bantuan dalam kesulitan, seseorang atau sesuatu yang membuat nyaman, suatu keadaan yang mudah dan menikmati ketenangan dengan terbebas dari kekhawatiran, sesuatu yang membuat hidup menjadi mudah, berkurangnya penderitaan atau kesedihan, memberikan ketenangan, menjadi inspirasi dalam hidup.

Skema 2.1. Kerangka Kerja Teori *Comfort*



Sumber: <http://www.thecomfortline.com/index.html>

Menurut Tomey & Alligood (2006) teori *comfort* mempunyai beberapa proses dasar yaitu:

2.6.1. *Health Care Needs*

Kolcaba mendefinisikan kebutuhan perawatan kesehatan sebagai suatu kebutuhan untuk memberikan rasa nyaman pada suatu kondisi perawatan kesehatan yang penuh dengan masalah dan rasa nyaman tersebut tidak dapat ditemukan dalam sistem pendukung tradisional. Kebutuhan tersebut meliputi: fisik, psikospiritual, sosial, dan lingkungan, kebutuhan pendidikan dan pendukung, serta kebutuhan konseling keuangan dan intervensinya.

2.6.2. *Comfort Measures*

Ukuran rasa nyaman didefinisikan sebagai intervensi keperawatan yang didesain dan ditujukan secara khusus pada penerima kebutuhan rasa nyaman, yang termasuk didalamnya adalah kebutuhan fisiologis, sosial, financial, psikologis, spiritual, lingkungan, dan intervensi fisik.

2.6.3. *Intervening Variables*

Intervening variables didefinisikan sebagai kemampuan interaksi yang mempengaruhi persepsi penerima terhadap *total comfort*. Terdiri dari

variabel; pengalaman masa lalu, usia, sikap, status emosi, sistem pendukung, prognosis, finansial, dan bagian pengalaman yang menyeluruh dari penerima.

2.6.4. *Comfort*

Comfort adalah pengalaman yang didapat saat ini yang dikuatkan oleh pemenuhan kebutuhan terhadap *relief*, *ease* dan *transcendence* dalam empat konteks (fisik, psikospiritual, sosiokultural dan lingkungan); sampai dengan tidak adanya nyeri atau ketidaknyamanan fisik lainnya. Jenis-jenis kenyamanan antara lain: *Relief* didefinisikan sebagai keadaan dimana rasa tidak nyaman berkurang; latar belakang teoritikal ini sama dengan teori Orlando yaitu filosofi keperawatan berdasarkan kebutuhan, *Ease*: didefinisikan sebagai hilangnya rasa tidak nyaman yang spesifik; latar belakang teoritikal diperkaya oleh tulisan Henderson tentang kebutuhan dasar manusia, *Transcendence*: dianggap sebagai hal yang menguatkan dan mengingatkan perawat untuk tidak putus asa dalam membantu pasien dan keluarganya merasa nyaman. Intervensi dalam meningkatkan *transcendence* bertujuan untuk meningkatkan lingkungan, meningkatkan dukungan sosial atau menentramkan hati.

Tipe kenyamanan lainnya menurut Kolcaba adalah: *Physical*: berkaitan dengan sensasi tubuh, *Psychospiritual*: berkaitan dengan kesadaran diri, termasuk penghargaan, konsep diri, seksual, dan arti hidup, *Environment*: berkaitan dengan lingkungan eksternal, kondisi, dan pengaruh dari luar, *Social*: berkaitan dengan interpersonal, keluarga, dan hubungan sosial.

2.6.4. *Health Seeking Behavior*

Health Seeking Behavior didefinisikan sebagai perilaku dimana keluarga dan pasien bersama-sama secara sadar maupun tidak sadar mencari kesehatan yang optimal, perilaku mencari kesehatan dapat

secara internal, eksternal atau menghadapi kondisi meninggal dengan damai.

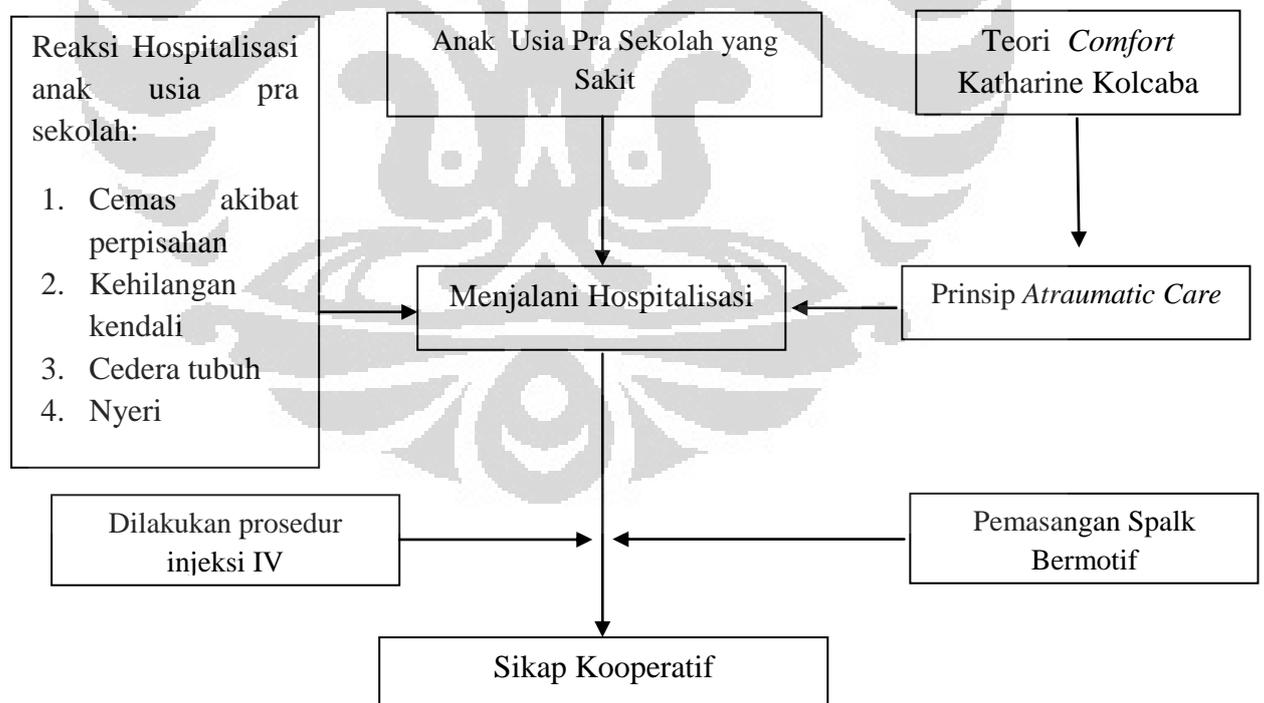
2.6.5. *Institutional Integrity*

Institutional Integrity didefinisikan sebagai kualitas dan status organisasi perawatan kesehatan seperti penyedia pelayanan kesehatan yang lengkap, menyeluruh, terlihat, lurus, professional dan berlandaskan etik.

2.7. Kerangka Teori

Berdasarkan tinjauan teori yang telah dijabarkan dalam studi kepustakaan, maka penulis secara sistematis membuat kerangka teori yang digambarkan dibawah ini:

Skema 2.2. Kerangka Teori Penelitian



Sumber: Wong et al., (2009); Tommey & Alligood, (2006); Aryani dkk., (2009); Muthu & Sivakumar, (2009).

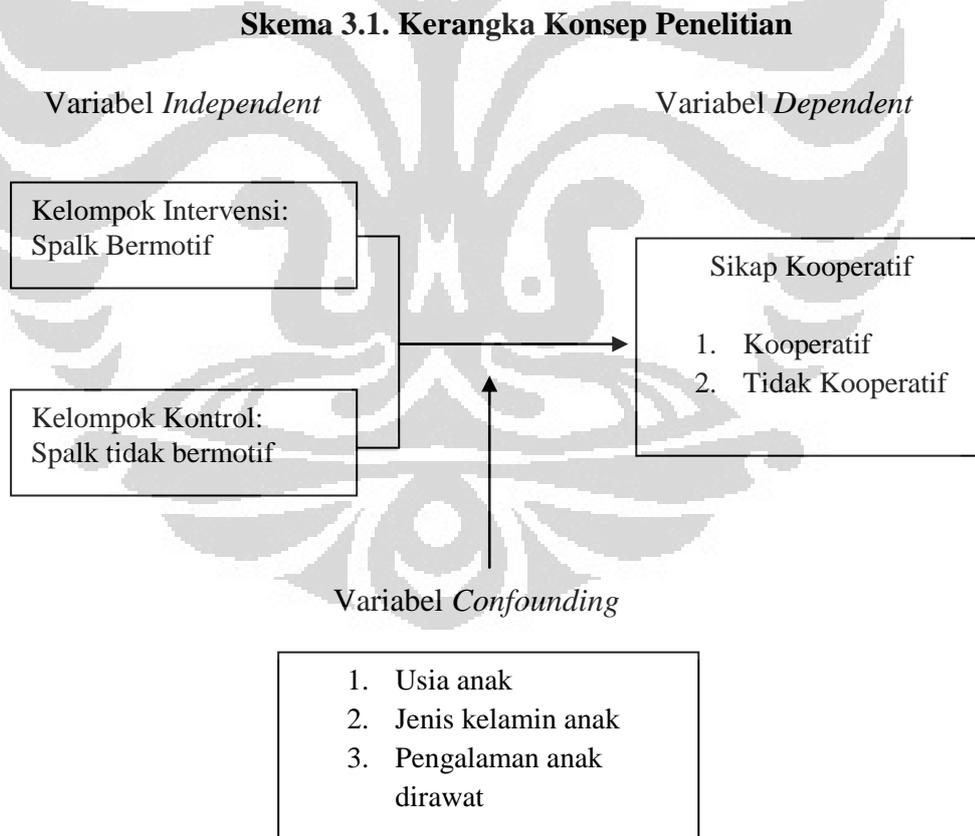
BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

Pada bab 3 ini akan diuraikan tentang kerangka konsep, hipotesis penelitian, serta definisi operasional yang berkaitan dengan variabel-variabel penelitian.

3.1. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan abstraksi yang terbentuk oleh generalisasi dari hal-hal yang khusus (Notoatmodjo, 2010). Kerangka konsep dalam penelitian ini dapat digambarkan dalam skema berikut ini:



Menurut Dharma (2011) variabel adalah karakteristik yang melekat pada populasi, antara satu orang dengan yang lainnya mempunyai variasi yang berbeda dan diteliti dalam suatu penelitian. Adapun variabel dalam penelitian ini adalah:

3.1.1. Variabel *Independent* (variabel bebas)

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah pemasangan spalk bermotif

3.1.2. Variabel *dependent* (variabel terikat)

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah sikap kooperatif anak usia pra sekolah selama prosedur injeksi IV.

3.1.3. Variabel *confounding* (variabel perancu)

Variabel perancu dalam penelitian ini adalah usia, jenis kelamin, pengalaman dirawat.

3.2. Hipotesis

Rumusan hipotesis dalam penelitian ini adalah:

3.2.1. Hipotesis Mayor

Ada pengaruh pemasangan spalk bermotif terhadap tingkat kooperatif anak usia pra sekolah selama prosedur injeksi IV.

3.2.2. Hipotesis Minor

- a. Ada pengaruh tingkat kooperatif anak usia pra sekolah selama prosedur injeksi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
- b. Ada pengaruh faktor usia dengan tingkat kooperatif anak usia pra sekolah selama prosedur injeksi IV.
- c. Ada pengaruh faktor jenis kelamin dengan tingkat kooperatif anak usia pra sekolah selama prosedur injeksi IV.
- d. Ada pengaruh faktor pengalaman dirawat dengan tingkat kooperatif anak usia pra sekolah selama prosedur injeksi IV.

3.3. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah penjelasan tentang konsep yang ada dalam penelitian dan dibuat dalam istilah yang operasional agar tidak terjadi makna yang ganda dari istilah yang digunakan dalam penelitian (Sastroasmoro & Ismael, 2008).

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
<u>Bebas</u>				
Pemasangan spalk bermotif	Pemasangan spalk bermotif pada pasien anak usia pra sekolah yang dipasang infus	Observasi	0= diberi spalk bermotif 1=diberi spalk tidak bermotif	Nominal
<u>Terikat</u>				
Sikap kooperatif	Sikap yang ditunjukkan anak usia pra sekolah selama dilakukan injeksi IV, yaitu: anak sedikit takut dan rileks, mempunyai hubungan baik dengan perawat, anak tertarik atau mau dilakukan tindakan	Observasi terhadap sikap yang ditunjukkan anak selama dilakukan injeksi IV dengan menggunakan instrumen lembar observasi sikap kooperatif.	Sikap kooperatif diukur dengan menggunakan median sebagai <i>cut of point</i> 1. Kooperatif (nilai >23) 2. Tidak koooperatif (nilai ≤ 23)	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
<u>Perancu:</u>				
Usia	Usia anak saat dilakukan penelitian, berdasarkan tanggal lahir dihitung sampai saat pengambilan data.	Kuesioner	Diukur dalam tahun	Rasio
Jenis kelamin	Jenis kelamin anak usia pra sekolah: laki-laki dan perempuan.	Kuesioner	0= perempuan 1= laki-laki	Nominal
Pengalaman dirawat	Pengalaman anak usia pra sekolah dirawat sebelumnya	Kuesioner	0= belum pernah dirawat sebelumnya. 1= sudah pernah dirawat sebelumnya	Nominal

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

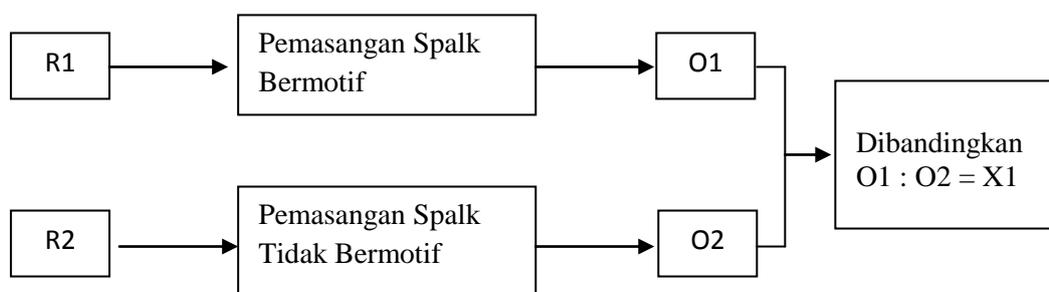
Pada bab ini akan diuraikan tentang metodologi yang akan digunakan pada penelitian yang terdiri dari desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, prosedur pengumpulan data, alat pengumpulan data, uji instrumen, serta pengolahan dan analisis data.

4.1. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Quasi Experimental Design* dengan jenis rancangan *Posttest Only Non Equivalent Control Group Design*. Menurut Dharma (2011) penelitian *quasi experiment* adalah penelitian yang dilakukan untuk uji coba suatu intervensi pada kelompok subyek tertentu dengan atau tanpa kelompok pembanding tetapi tidak dilakukan pengacakan dalam memasukkan subyek ke dalam kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh pemasangan spalk bermotif terhadap tingkat kooperatif anak usia pra sekolah selama prosedur injeksi IV. Adapun bentuk rancangan penelitian sebagai berikut:

Skema 4.1. Rancangan Penelitian



Keterangan:

- R1 = Responden penelitian yang dilakukan pemasangan spalk bermotif
- R2 = Responden penelitian yang dilakukan pemasangan spalk tidak bermotif
- O1 = Post test pada kelompok intervensi
- O2 = Post test pada kelompok kontrol
- X1 = Perbedaan tingkat kooperatif kelompok intervensi dan kelompok kontrol

4.2. Populasi dan Sampel

4.2.1. Populasi

Populasi adalah wilayah secara umum yang terdiri dari obyek maupun subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari yang kemudian diambil kesimpulan (Sugiyono, 2009). Populasi dalam penelitian ini adalah semua anak usia pra sekolah (3 sampai 6 tahun) yang dirawat dengan terpasang infus dan spalk di RSUD Cilacap dan RSI Fatimah Cilacap.

4.2.2. Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2009). Menurut Nursalam (2008) sampel terdiri dari bagian populasi terjangkau yang dapat dipakai sebagai subyek penelitian melalui sampling. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive sampling*, yaitu suatu metode pemilihan sampel yang dilakukan berdasarkan maksud dan tujuan tertentu yang ditentukan oleh peneliti (Dharma, 2011).

Pada penelitian quasi eksperimen yang membagi kelompok intervensi dan kelompok kontrol, mempunyai syarat sampel homogen pada kedua kelompok, sehingga diperlukan kriteria sampel

penelitian. Menurut Dharma (2011) kriteria sampel meliputi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Kriteria inklusi adalah kriteria yang harus dimiliki oleh individu dalam populasi untuk dapat dijadikan sampel dalam penelitian. Kriteria eksklusi adalah kriteria yang tidak boleh dimiliki oleh sampel yang dipakai dalam penelitian. Adapun kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- a. Pasien anak yang dirawat di ruang anak Catleya dan At-Thur
- b. Pasien anak yang terpasang infus dan spalk.
- c. Pasien anak yang berusia 3 sampai 6 tahun.
- d. Pasien anak dalam kondisi sadar.
- e. Orang tua bersedia menandatangani *informed consent*.

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

- a. Pasien anak dalam pengawasan khusus/isolasi, seperti luka bakar, meningitis.
- b. Pasien anak dengan penyakit penyulit, seperti: multiple fraktur.
- c. Pasien anak dengan manifestasi klinis perilaku kacau, seperti: syndrome down, hiperaktif, autisme.

Jumlah sampel dihitung berdasarkan proporsi tingkat kooperatif berdasarkan hasil penelitian sebelumnya. Salah satu cara adalah dengan melakukan uji analitik beda dua proporsi kelompok independen (Dharma, 2011). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Handayani dan Puspitasari (2009) tentang sikap kooperatif anak usia pra sekolah menunjukkan tingkat perilaku kooperatif baik sebelum dilakukan terapi bermain sebesar 3,22 %. Berdasarkan proporsi yang ditemukan pada penelitian sebelumnya, peneliti menghitung jumlah sampel yang dirumuskan. Adapun rumus uji analitik katagorik tidak berpasangan (Dahlan, 2010) adalah:

$$n_1=n_2 = \frac{\{Z_{\alpha} \sqrt{2PQ} + Z_{\beta} \sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2}\}^2}{(P_1-P_2)^2}$$

Keterangan:

n = jumlah sampel

α = 0,05 (5%)

$Z\alpha$ = Standar normal deviasi untuk α yaitu 1,96

$Z\beta$ = Standar normal deviasi untuk β yaitu 0,84

P_2 = Proporsi kejadian efek pada kelompok kontrol/standar yang didapat berdasarkan hasil penelitian, peneliti menetapkan proporsi kelompok kontrol sebesar 3,22% = 0,0322

P_1 = Proporsi Kejadian efek pada kelompok uji coba yang didapat dari perbedaan proporsi yang dianggap bermakna secara klinik, peneliti menetapkan proporsi kelompok uji coba sebesar 30% = 0,30

P = Proporsi gabungan antara 2 kelompok yang dihitung dengan rumus: $\frac{1}{2} (P_1+P_2) = (0,30+0,0322)/2 = 0,166$

P_1-P_2 = Perbedaan proporsi yang dianggap bermakna secara klinik = $0,30-0,0322 = 0,267$

Q = $1-P = 1-0,166 = 0,834$

Q_1 = $1-P_1 = 1-0,30 = 0,70$

Q_2 = $1-P_2 = 1-0,0322 = 0,96$

Hasil dari penghitungan:

$n_1 = n_2 =$

$$\frac{\{1,96 \sqrt{2 (0,166)(0,834)} + 0,84 \sqrt{(0,30)(0,70) + (0,0322)(0,96)}\}^2}{(26,78)^2}$$

$$n_1 = n_2 = \frac{(1,441)^2}{(0,267)^2} = 29$$

Berdasarkan hasil penghitungan jumlah sampel minimum adalah 29 anak untuk masing-masing kelompok. Untuk menghindari terjadinya *drop out*, maka peneliti menambahkan 10%, sehingga jumlah sampel menjadi 32 untuk kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Dalam penelitian ini sampel yang dipakai adalah 29 untuk masing-masing kelompok.

4.3. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang Catleya RSUD Cilacap dan ruang At-Thur RSI Fatimah Cilacap. Kedua rumah sakit tersebut merupakan rumah sakit rujukan sehingga kasus anak yang dirawat di rumah sakit cukup banyak. Selain itu kedua rumah sakit belum menerapkan prinsip *atraumatic care* secara optimal meskipun sudah tersedia ruang bermain. Kegiatan bermain dilaksanakan hanya ketika ada mahasiswa praktikan, namun demikian komunikasi terapeutik perawat sudah berjalan dengan baik.

4.4. Waktu Penelitian

Waktu penelitian terdiri dari tiga tahap yaitu tahap persiapan, tahap pelaksanaan, dan tahap penyusunan. Tahap persiapan meliputi pengambilan data awal, penyusunan proposal dan ujian proposal yang dilaksanakan pada pertengahan April 2012. Tahap pelaksanaan meliputi uji reliabilitas dan tahap pengambilan data dilakukan pada tanggal 4 Mei 2012 sampai 15 Juni 2012. Tahap penyusunan tesis dilaksanakan mulai tanggal 16 Juni 2012.

4.5. Etika Penelitian

Menurut Pollit dan Beck (2004) terdapat empat prinsip utama dalam etika penelitian keperawatan yaitu:

4.5.1. Prinsip Menghormati Harkat dan Martabat Manusia (*Respect for Human Dignity*)

Penelitian dilakukan dengan menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia. Subyek mempunyai hak asasi dan kebebasan untuk memilih ikut atau menolak dalam penelitian (*autonomy*). Dalam penelitian ini, peneliti tidak melakukan paksaan terhadap menjadi

responden. Peneliti memberikan informasi yang terbuka dan lengkap terkait pelaksanaan penelitian antara lain tujuan dan manfaat penelitian, prosedur penelitian, resiko, keuntungan, serta kerahasiaan informasi.

Sebelum dilakukan penelitian, telah diberikan penjelasan yang lengkap pada orang tua responden tentang penelitian yang akan dilakukan. Setelah subyek memberikan persetujuan dan bersedia dilibatkan dalam penelitian, selanjutnya subyek diberi lembar *informed consent* yang harus ditandatangani. Untuk menghindari terjadi penolakan dari subyek, pada tahap awal peneliti melakukan pendekatan dengan membina hubungan saling percaya, menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian kepada subyek.

4.5.2. Prinsip Menghormati Privasi dan Kerahasiaan Subyek (*Respect for Privacy and Confidentiality*)

Subyek penelitian mempunyai privasi dan hak asasi untuk mendapatkan kerahasiaan informasi. Dalam menjaga kerahasiaan tersebut peneliti mempertahankan *anonymity responden* dalam pengambilan data dengan hanya mencantumkan inisial/kode pada lembar observasi maupun data identitas subyek.

4.5.3. Prinsip Menghormati Keadilan dan Inklusivitas (*Respect for Justice Inclusiveness*)

Prinsip keadilan mengandung makna bahwa penelitian memberikan keuntungan dan beban secara merata sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan subyek. Setiap individu mempunyai hak yang sama untuk dipilih dalam penelitian tanpa diskriminasi dengan menghormati semua persetujuan yang telah disepakati. Pada penelitian ini pasien dilakukan pemasangan spalk bermotif sama dengan yang dilakukan pada subyek penelitian setelah pengambilan data selesai.

4.5.4. Prinsip Memperhitungkan Manfaat dan Kerugian Yang Ditimbulkan (*Balancing Harm and Benefits*)

Dalam penelitian harus dipertimbangkan manfaat dan kerugian dengan meminimalkan risiko yang membahayakan bagi subyek dan populasi dimana hasil penelitian akan diterapkan (*beneficence*). Manfaat dan keuntungan dari penelitian ini adalah untuk meningkatkan sikap kooperatif dan kenyamanan pada anak, serta sebagai alat distraksi selama tindakan injeksi intra vena. Peneliti tidak melakukan eksploitasi terhadap subyek, serta melindungi subyek secara fisik maupun psikologisnya.

4.6. Alat Pengumpulan Data

4.6.1. Pengumpul Data

Pengumpulan data penelitian dilakukan oleh peneliti sendiri dan dibantu oleh perawat asisten peneliti. Proses pengumpulan data dilakukan dengan mengisi lembar observasi oleh peneliti dan perawat asisten peneliti. Adapun kriteria asisten peneliti adalah: pendidikan perawat minimal D III Keperawatan, telah bekerja minimal 2 tahun di ruang perawatan anak, perawat yang tidak sedang menjalankan dinas atau *shift*, telah mendapatkan penjelasan tentang prinsip *atraumatic care*.

4.6.2. Instrumen Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar observasi. Lembar observasi tentang tingkat kooperatif yang disusun oleh peneliti mengacu pada teori dan memodifikasi instrumen penelitian sebelumnya dari Harsono (2006). Instrumen digunakan untuk mengetahui tingkat kooperatif selama dilakukan prosedur injeksi IV. Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini meliputi:

- a. Kuesioner A tentang Data Demografi
Kuesioner bagian A dirancang berdasarkan variabel karakteristik anak usia pra sekolah yaitu umur, jenis kelamin, pengalaman dirawat, agama.
- b. Kuesioner B tentang lembar observasi tingkat kooperatif anak
Lembar observasi tingkat kooperatif terdapat 30 pernyataan yang terdiri dari: perilaku anak saat perawat mengajak bercakap-cakap atau berbicara terdapat 7 (tujuh) item pernyataan, perilaku anak pada saat perawat datang dengan membawa alat-alat perawatan terdapat 8 (delapan) item pernyataan, perilaku anak pada saat perawat melakukan prosedur injeksi terdapat 11 (sebelas) item pernyataan, perilaku anak pada saat perawat melakukan perintah kepada anak sebelum melakukan prosedur injeksi terdapat 5 (lima) pernyataan. Pernyataan terdiri dari pertanyaan *favorable* (positif) dan pernyataan *unfavorable* (negatif), dengan pilihan jawaban “ya” atau “tidak”. Pernyataan bersifat *favorable* (positif) mempunyai nilai 0 apabila jika jawaban “tidak” dan nilai 1 apabila jawaban “ya”. Begitu juga sebaliknya untuk pernyataan bersifat *unfavorable* (negatif) mempunyai nilai 0 jika jawaban “ya” dan nilai 1 jika jawaban “tidak”.

Table 4.1. Distribusi Pernyataan

Aspek Kegiatan Perawat	F / T-F	Nomor item	Jumlah
Perawat mengajak anak bercakap-cakap atau berbicara.	F	5, 6, 7	3
	TF	1,2,3,4	4
Aspek Kegiatan Perawat	F / T-F	Nomor item	Jumlah

Perawat datang dengan membawa alat Kesehatan	F	13, 14	2
	TF	8, 9, 10, 11, 12, 15	6
Perawat melakukan prosedur pemeriksaan atau perawatan	F	23, 24, 25	3
	TF	16, 17, 18, 19, 20, 21, 22	7
Perawat memerintahkan sesuatu sebagai salah satu prosedur perawatan	F	30	1
	TF	26, 27, 28, 29	4
Jumlah			30

Keterangan:F = *Favorable*TF = *Tidak Favorabel***4.6.3. Uji Instrumen****a. Uji Validitas**

Uji validitas dilakukan dengan menggunakan validitas isi (*content validity*). Untuk menentukan validitas isi suatu instrumen dilakukan dengan meminta pendapat pakar pada bidang yang sedang diteliti (Dharma, 2011).

b. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila kenyataan atau fakta diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan (Nursalam, 2008). Tahap uji coba dilakukan dengan mendiskusikan format observasi dan menyamakan persepsi, serta melakukan latihan bagaimana cara mengisi lembar observasi, kemudian melakukan kesepakatan antara peneliti dan asisten peneliti. Peneliti dan asisten peneliti melakukan

pengamatan sendiri-sendiri terhadap anak dengan menggunakan lembar observasi yang sama.

Metode penelitian dengan menggunakan lembar observasi seringkali menimbulkan perbedaan persepsi antara peneliti dengan asisten peneliti (numerator). Untuk menghindari hal tersebut maka harus dilakukan penyamaan persepsi. Uji yang digunakan adalah uji *interrater reliability*, yaitu uji yang digunakan untuk penyamaan persepsi antara peneliti dan asisten peneliti (numerator). Alat yang digunakan untuk uji *interrater reliability* adalah uji Cohen Kappa (Hastono, 2007).

Hasil uji *interrater reliability* yang dilakukan pada tanggal 4 Mei 2012 antara 2 observer terhadap 30 pernyataan observasi didapatkan nilai Kappa berkisar antara 0,60 – 1,00 dengan interpretasi menurut Fleiss (1981, dalam Dharma, 2011) adalah baik dan sangat baik, sehingga 30 pernyataan observasi dapat digunakan dalam penelitian. Uji *interrater reliability* dilakukan di dua rumah sakit terhadap 10 responden untuk masing-masing rumah sakit yaitu RSUD Cilacap dan RS Islam Fatimah Cilacap. Menurut O'Brien et. al (2004) jumlah sampel yang digunakan untuk uji *interrater reliability* adalah 20% dari jumlah sampel keseluruhan dengan cara seleksi secara random.

4.7. Prosedur Pengumpulan Data

4.7.1. Persiapan

- a. Setelah melakukan ujian proposal, peneliti mengurus perijinan dari tim Komite Etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- b. Peneliti melakukan pengurusan perijinan. Peneliti meminta surat ijin penelitian ke Program Magister Keperawatan FIK UI yang ditujukan ke Kepala Kesbangpol dan Linmas Propinsi

Jawa Barat, selanjutnya diberi surat pengantar yang ditujukan ke Kepala Kesbangpol dan Linmas Propinsi Jawa Tengah. Kemudian diberi surat pengantar yang ditujukan ke Kepala Kesbangpol dan Linmas Kabupaten Cilacap.

- c. Peneliti mengurus surat perijinan ke Kepala Bappeda Kabupaten Cilacap dengan membawa surat pengantar dari Kepala Kesbangpol dan Linmas Kabupaten Cilacap. Kemudian Kepala Bappeda Kabupaten Cilacap memberikan surat pengantar ke RSUD Cilacap dan RSI Fatimah Cilacap.
- d. Setelah mendapat persetujuan/perijinan dari Direktur RSUD Cilacap dan RSI Fatimah Cilacap, peneliti menemui Kepala diklat dan kepala ruang anak.
- e. Peneliti bekerjasama dengan Kepala Ruang Anak menentukan asisten peneliti untuk membantu dalam pelaksanaan penelitian.
- f. Melakukan penyamaan persepsi antara peneliti dengan asisten peneliti.

Adapun petunjuk pelaksanaan dalam melakukan observasi dengan menggunakan lembar observasi terutama pernyataan yang bersifat subyektif, yaitu:

- a. Menilai anak yang menunjukkan respon marah: ketika didekati perawat anak akan berteriak menyuruh pergi, berteriak, wajah tidak berkerut.
- b. Anak berespon antusias terhadap pembicaraan perawat: anak mendengarkan dengan baik, bertanya kepada perawat, dan menjawab setiap pertanyaan perawat.

4.7.2. Pelaksanaan

Sebelum dilakukan pengamatan terhadap responden pada kelompok intervensi dilakukan pemasangan spalk bermotif di ruang gawat darurat atau di ruang tindakan pada anak usia pra sekolah. Setelah terpasang spalk bermotif kemudian responden masuk ke ruang perawatan. Setelah mendapatkan program injeksi, responden dilakukan pengamatan tingkat kooperatif.

Selama pelaksanaan penelitian, pengamatan dilakukan oleh 2 (dua) orang yaitu peneliti bersama 1 (satu) orang asisten peneliti atau apabila peneliti berhalangan bisa dilakukan oleh 2 (dua) orang asisten peneliti. Untuk selanjutnya yang melakukan pengamatan disebut observer. Adapun kegiatan observer adalah:

- a. Observer memilih dan menentukan responden kelompok intervensi maupun kelompok kontrol sesuai dengan kriteria inklusi.
- b. Observer meminta kesediaan responden untuk terlibat dalam penelitian. Apabila responden setuju, maka observer akan menjelaskan tujuan, prosedur dan manfaat penelitian, kemudian orang tua atau penanggung jawab dipersilahkan menandatangani lembar *informed consent* dan kuesioner.
- c. Observer melakukan proses pengambilan data dengan mengisi karakteristik responden.
- d. Observer melakukan observasi terhadap sikap responden yang terpasang infus dengan spalk bermotif atau tidak bermotif selama prosedur injeksi IV sebanyak 3 kali pada waktu jadwal injeksi pagi. Hasil pengamatan kemudian dibuat rata-rata yang digunakan dalam menentukan tingkat kooperatif.

4.8. Analisis Data

4.8.1. Pengolahan data

Pengolahan data merupakan salah satu bagian rangkaian kegiatan setelah pengumpulan data. Adapun tahapan dalam pengolahan data menurut Sutanto (2007) sebagai berikut:

a. *Editing*

Pada tahap ini peneliti melakukan pemeriksaan data, memeriksa jawaban dan melakukan pengecekan kuesioner apakah jawaban sudah jelas, lengkap, relevan, dan konsisten. Semua lembar observasi dipastikan telah terisi jawabannya sehingga dapat dilakukan penilaian.

b. *Coding*

Coding yaitu memberikan kode jawaban menggunakan angka untuk memudahkan dalam analisa data. *Coding* berguna untuk mempermudah pada saat analisis data dan mempercepat pada saat *entry* data. Peneliti telah mengubah data huruf menjadi data dalam bentuk angka.

c. *Processing*

Proses data dilakukan agar data yang sudah di *entry* dapat dianalisis dengan cara memasukkan data dari kuesioner ke program pengolahan data yang ada di komputer. Pada penelitian ini, peneliti telah memasukkan data ke dalam komputer dengan menggunakan program yang telah dipilih.

d. *Cleaning*

Cleaning yaitu kegiatan pengecekan kembali data yang sudah dimasukkan terjadi kesalahan atau tidak. Kesalahan dapat terjadi pada saat memasukkan data ke komputer. Adapun cara untuk membersihkan data adalah dengan mengetahui *missing* data, mengetahui variasi data, dan mengetahui konsistensi data. Peneliti telah melakukan pengecekan dan memastikan tidak terjadi kesalahan dalam memasukkan data.

4.8.2. Analisa data

Menurut Notoatmodjo (2002), analisa data dibedakan menjadi 2 (dua) analisa univariat dan analisa bivariat yaitu:

a. Analisis Univariat

Analisa Univariat dilakukan terhadap variabel dari hasil penelitian. Analisa ini digunakan untuk menggambarkan tentang masing-masing karakteristik variabel yang akan diteliti yaitu usia, jenis kelamin, pengalaman dirawat. Hasil analisis dapat berupa distribusi frekwensi dan persentasi pada data kategorik, serta pada data numerik dari masing-masing variabel meliputi: mean, median, dan standar deviasi.

b. Analisa Bivariat

Analisa bivariat menggunakan uji sesuai dengan jenis datanya. Adapun uji analisa bivariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 1) Analisa Bivariat untuk mengetahui tingkat kooperatif anak selama prosedur injeksi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Table 4.2. Tingkat Kooperatif Kelompok Intervensi dan Kontrol

Variabel dependen kelompok intervensi	Skala	Variabel dependen kelompok kontrol	Skala	Uji analisa bivariat
Kelompok Intervensi dan Kontrol	Ordinal (Kategorik)	Tingkat kooperatif	Ordinal (Kategorik)	<i>Chi Square</i>

- 2) Analisa Bivariat untuk mengetahui perbedaan tingkat kooperatif antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol selama dilakukan prosedur injeksi IV.

Table 4.3. Analisa Bivariat Perbedaan Tingkat Kooperatif Kelompok Intervensi dan Kontrol

Variabel dependen kelompok intervensi	Skala	Variabel dependen kelompok kontrol	Skala	Uji analisa bivariat
Tingkat kooperatif	Ordinal (Kategorik)	Tingkat kooperatif	Ordinal (Kategorik)	<i>Chi Square</i>

- 2) Analisa Bivariat antara variabel *confounding* dan variabel dependen.

Tabel 4.4. Analisa Bivariat Variabel *Confounding* dan Dependen

Variabel <i>Confounding</i>	Skala	Variabel Dependen	Skala	Uji analisa bivariat
Usia	Rasio (Numerik)			Uji <i>t independen</i>
Jenis Kelamin	Nominal (Kategorik)	Tingkat Kooperatif	Ordinal (Kategorik)	<i>Chi Square</i>
Pengalaman dirawat	Nominal (Kategorik)			<i>Chi Square</i>

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini akan memaparkan secara lengkap hasil penelitian pengaruh pemasangan spalk bermotif terhadap tingkat kooperatif anak usia pra sekolah selama prosedur injeksi IV di rumah sakit wilayah Cilacap. Jumlah responden pada penelitian ini sebanyak 58 responden yang terdiri dari 29 kelompok intervensi dan 29 kelompok kontrol. Pengambilan data penelitian dilakukan di dua rumah sakit wilayah Kabupaten Cilacap yaitu RSUD Cilacap dan RSI Fatimah Cilacap. Penelitian dilaksanakan setelah menerima surat lolos uji etik dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Penelitian dilakukan mulai tanggal 4 Mei 2012 sampai 15 Juni 2012.

5.1. Analisis Univariat

Tujuan dari analisis ini adalah menjelaskan atau menggambarkan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti yaitu: usia, jenis kelamin, dan pengalaman dirawat di rumah sakit.

5.1.1. Karakteristik Usia

Tabel 5.1
Distribusi Rata-Rata Usia Responden di RS Wilayah Cilacap,
Tahun 2012 (n1=n2=29)

Usia	<i>mean</i>	<i>SD</i>	<i>Min-Max</i>	95% CI
Intervensi	4,7	0,985	3-6	4,294-5,044
Kontrol	4,1	1,131	3-6	3,735-4,596

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa rata-rata usia pada kelompok intervensi yaitu 4,7 tahun dengan standar deviasi (SD) 0,985, usia tertinggi 6 dan usia terendah 3 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata usia kelompok intervensi adalah diantara 4,294 sampai 5,044.

Rata-rata usia pada kelompok kontrol adalah 4.1 tahun dengan standar deviasi (SD) 1,131, usia tertinggi 6 tahun dan usia terendah 3 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata usia kelompok kontrol adalah diantara 3,735 sampai 4,569.

5.1.2. Karakteristik Jenis Kelamin

Tabel 5.2
Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Di RS
Wilayah Cilacap, Tahun 2012 (n1=n2=29)

Variabel	Kelompok			
	Intervensi		Kontrol	
	N=29		N=29	
	f	%	f	%
Jenis Kelamin				
Laki-laki	19	65,5	17	58,6
Perempuan	10	34,5	12	41,4
Jumlah	29	100	29	100

Dari tabel 5.2 diperoleh data bahwa karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin untuk kelompok intervensi maupun kontrol mayoritas laki-laki yaitu 19 responden (65,5%) dan 17 responden (58,6%).

5.1.3. Karakteristik responden berdasarkan pengalaman dirawat

Tabel 5.3
Distribusi Responden Berdasarkan Pengalaman Dirawat Di RS
Wilayah Cilacap, Tahun 2012 (n1=n2=29)

Variabel	Kelompok			
	Intervensi		Kontrol	
	N=29		N=29	
Pengalaman dirawat	f	%	f	%
Belum	15	51,7	17	58,6
Sudah	14	48,3	12	41,4
Jumlah	29	100	29	100

Karakteristik responden berdasarkan pengalaman dirawat di rumah sakit sebelumnya pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol mayoritas belum pernah yaitu (51,7 %) dan (58,6 %).

5.2. Uji Kesetaraan

Tabel 5.4
Uji Kesetaraan Variabel Jenis Kelamin, Pengalaman Dirawat, Dan
Tingkat Kooperatif Di RS Wilayah Cilacap Tahun 2012

Variabel	Kelompok				P value
	Intervensi N=29		Kontrol N=29		
	f	%	f	%	
Jenis Kelamin					
Laki-laki	19	65,5	17	58,6	0,066*
Perempuan	10	34,5	12	41,4	
Jumlah	29	100	29	100	
Pengalaman					
Belum	15	51,7	17	58,6	0,431*
Sudah	14	48,3	12	41,4	
Jumlah	29	100	29	100	
Tingkat Kooperatif					
Kooperatif	22	75,9	11	37,9	0,294*
Tidak kooperatif	7	24,1	18	62,1	
Jumlah	29	100	29	100	

***Tingkat Kemaknaan $\alpha=0,05$**

Tabel 5.4 menunjukkan tingkat kesetaraan dengan menggunakan *Chi Square* bahwa variabel jenis kelamin ($p\ value=0,066$), pengalaman dirawat ($p\ value=0,443$), dan tingkat kooperatif ($p\ value=0,294$) antara kelompok intervensi dan kontrol adalah setara dengan $p\ value > \alpha$.

Tabel 5.5
Uji Kesetaraan Usia Pada Kelompok Intervensi Dan Kontrol Di RS
Wilayah Cilacap Tahun 2012

Usia	n	Mean	SD	Levene's (P value)
Intervensi	29	4,7	0,985	0,261*
Kontrol	29	4,1	1,131	

***Tingkat Kemaknaan $\alpha=0,05$**

Tabel 5.5 menunjukkan hasil uji kesetaraan pada variabel usia didapatkan p value= 0,261, ($p > 0,05$), berarti usia antara kelompok intervensi dan kontrol adalah setara.

5.3. Analisis Bivariat

Tingkat kooperatif dalam penelitian ini menggunakan teori Wright (1975, dalam Muthu & Sivakumar, 2009), yaitu: kooperatif, kurang kooperatif, dan tidak kooperatif. Untuk memenuhi syarat uji statistik yang mengharuskan variabel dependen dibagi menjadi dua kategorik atau dikotom, maka analisis bivariat pada variabel dependen yaitu tingkat kooperatif, dikategorikan menjadi dua yaitu kooperatif dan tidak kooperatif dengan menggunakan median sebagai *cut of point*.

5.2.1 Tingkat Kooperatif anak kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Tabel 5.6
Distribusi Tingkat Kooperatif Kelompok Intervensi dan
Kelompok Kontrol di RS Wilayah Cilacap, Tahun 2012

Kelompok	Tingkat Kooperatif Anak				Total	
	Kooperatif		Tidak Kooperatif		n	%
	n	%	n	%		
Intervensi	22	75,9	7	24,1	29	100
Kontrol	11	37,9	18	62,1	29	100
Jumlah	33	56,9	25	43,1	58	100

Tabel 5.6 menunjukkan proporsi tingkat kooperatif anak yang kooperatif pada kelompok intervensi sebesar (75,9%) yang lebih besar persentasinya jika dibandingkan dengan tingkat kooperatif anak yang kooperatif pada kelompok kontrol sebesar (37,9%).

5.2.2 Perbedaan tingkat kooperatif kelompok Intervensi dan kelompok Kontrol.

Tabel 5.7
Perbedaan Tingkat Kooperatif Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RS Wilayah Cilacap, Tahun 2012

Kelompok	X ²	OR (95% CI)	P Value
Intervensi		5,143	
Kontrol	7,030	1,655-15,985	0,008*
Jumlah			

*Tingkat Kemaknaan $\alpha=0,05$

Tabel 5.7 Menggambarkan hasil uji statistik menggunakan *chi square* dengan hasil $p=0,008$ ($p \text{ value} < \alpha$) sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan yang bermakna tingkat kooperatif anak usia pra sekolah pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR=5,143$, artinya kelompok yang diberikan intervensi mempunyai peluang 5,143 kali untuk kooperatif dibanding kelompok kontrol.

5.2.3 Pengaruh karakteristik usia dengan tingkat kooperatif.

Uji normalitas data dilakukan sebelum dilakukan Uji t independent untuk mengukur pengaruh karakteristik usia dan tingkat kooperatif. Adapun hasil yang diperoleh adalah $p \text{ value} = 0,001$ ($p < \alpha$). Dari hasil tersebut data terdistribusi tidak normal, sehingga perlu dilakukan uji non parametrik Mann Whitney.

Tabel 5.8
Pengaruh Usia Responden Menurut Tingkat Kooperatif di RS
Wilayah Cilacap, Tahun 2012

Usia	N	Mean Rank	Z	P value
Kooperatif	33	33,52	-2,096	0,036*
Tidak Kooperatif	25	24,20		

*Tingkat Kemaknaan $\alpha=0,05$

Tabel 5.8 menunjukkan hasil uji statistik menggunakan uji Mann Whitney didapatkan nilai $p=0,036$ dengan $\alpha=0,05$. Dari hasil tersebut dapat dilihat bahwa ada pengaruh yang bermakna antara usia anak dengan tingkat kooperatif.

5.2.4 Pengaruh Karakteristik Jenis Kelamin dan Tingkat Kooperatif Anak.

Tabel 5.9
Pengaruh Karakteristik Jenis Kelamin Dan Tingkat Kooperatif
Anak Di RS Wilayah Cilacap, Tahun 2012

Jenis Kelamin	Tingkat Kooperatif Anak				Total	X ²	OR (95% CI)	P value
	Kooperatif		Tidak Kooperatif					
	n	%	n	%				
Laki-laki	21	58,3	15	41,7	36	100	0,857	0,992*
Perempuan	12	54,5	10	45,5	22	100	0,294-2,497	
Jumlah	33	56,9	25	43,1	58	100		

*Tingkat Kemaknaan $\alpha=0,05$

Tabel 5.9 menunjukkan proporsi jenis kelamin laki-laki yang kooperatif (58,3%) lebih besar dibandingkan jenis kelamin perempuan (54,5%). Hasil uji statistik menggunakan *chi square* diperoleh nilai $p=0,992$ $\alpha=0,05$ ($p>\alpha$). Dari hasil tersebut dapat dilihat bahwa tidak ada pengaruh yang bermakna antara jenis kelamin dengan tingkat kooperatif.

5.2.5 Pengaruh pengalaman anak dirawat sebelumnya dengan tingkat kooperatif.

Tabel 5.10
Distribusi Responden Menurut Pengalaman Dirawat dan
Tingkat Kooperatif di RS Wilayah Cilacap, Tahun 2012

Pengalaman dirawat	Tingkat Kooperatif				Total		X ²	OR (95% CI	P value
	Anak		Tidak						
	Kooperatif	Tidak Kooperatif	Kooperatif	Tidak Kooperatif	n	%			
	n	%	n	%	n	%			
Belum Pernah	17	53,1	15	46,9	32	100		0,708	
Sudah Pernah	16	61,5	10	38,5	26	100	0,142	0,247- 2,208	0,706*
Jumlah	33	56,9	25	43,1	58	100			

*Tingkat Kemaknaan $\alpha=0,05$

Tabel 5.10 menunjukkan proporsi anak dengan pengalaman belum pernah dirawat di rumah sakit yang kooperatif (53,1%) lebih kecil dibandingkan dengan yang sudah pernah dirawat yang kooperatif (61,5%).

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,706$ $\alpha=0,05$ ($p>\alpha$) maka dapat disimpulkan tidak ada pengaruh yang bermakna antara pengalaman dirawat di rumah sakit dengan tingkat kooperatif.

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini akan menyajikan pembahasan yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil penelitian, keterbatasan penelitian dan implikasi untuk pelayanan, pendidikan dan penelitian. Bab ini memfokuskan hasil penelitian yang dikaitkan dengan teori dan hasil penelitian sebelumnya.

6.1 Interpretasi Hasil dan Diskusi Hasil

6.1.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, dan Pengalaman Dirawat di RS.

a. Usia

Karakteristik usia anak pada kelompok intervensi rata-rata pada usia 4,7 tahun dengan standar deviasi 0,985 dan pada kelompok kontrol rata-rata usia 4,2 tahun dengan standar deviasi 1,131. Temuan penelitian ini sama dengan usia rata-rata yang dirawat pada penelitian Subardiah (2009) bahwa rata-rata usia anak yang dirawat di RS adalah 4,77 dengan standar deviasi 0,83. Menurut Wong et al., (2009) populasi anak yang dirawat di rumah sakit mengalami peningkatan yang sangat drastis dan persentase anak yang dirawat di rumah sakit saat ini mengalami masalah yang lebih serius dan kompleks dibandingkan kejadian hospitalisasi pada tahun-tahun sebelumnya.

Usia yang paling rawan adalah usia balita karena pada masa ini anak mudah sakit dan mudah kekurangan gizi. Disamping itu balita merupakan dasar pembentukan kepribadian anak sehingga butuh perhatian khusus (Soetjiningsih, 1995).

Usia pra sekolah merupakan tahap awal anak masuk dunia sekolah dan bermain, dimana terjadi interaksi sosial dengan teman sebaya. Dalam kondisi tersebut terdapat penyakit menular yang rentan bagi anak usia pra sekolah, hal ini bisa dilihat dari hasil observasi peneliti bahwa rata-rata anak yang dirawat karena penyakit pernapasan.

Anak-anak usia pra sekolah yang dirawat di rumah sakit sering mengalami nyeri dan kecemasan, yang secara dramatis dapat mempengaruhi kesejahteraan dan menghambat penyembuhan mereka. Hal ini dapat mengakibatkan efek jangka panjang seperti *post-traumatic stress disorder*, dan menyebabkan penurunan kapasitas intelektual dan sosial, serta penurunan fungsi kekebalan tubuh (Levy, 2006).

b. Jenis Kelamin

Karakteristik jenis kelamin anak pada kelompok intervensi sebagian besar laki-laki sebanyak (58,3 %) dan kelompok kontrol sebagian besar didominasi oleh perempuan sebanyak (54,5%). Hal ini menunjukkan bahwa karakteristik jenis kelamin yang dirawat di rumah sakit antara laki-laki lebih besar dibandingkan perempuan. Temuan ini sejalan dengan karakteristik penelitian dari Subardiah (2009) bahwa jenis kelamin pada anak pra sekolah yang dirawat di rumah sakit didominasi oleh laki-laki sebanyak 66,7% sedangkan perempuan sebanyak 33,3%. Pada penelitian Puspitasari & Handayani (2009) juga menyebutkan responden paling banyak adalah laki-laki sebesar 61,29%. Menurut Soetjningsih (1995) bahwa anak laki-laki lebih sering sakit dibandingkan dengan anak perempuan, tetapi belum tahu penyebabnya.

McCarthy J. E. dan Gilbert T. E. (2009) melaporkan dalam penelitian epidemiologi di Western Jamaica bahwa sebagian besar anak-anak yang dirawat di rumah sakit adalah laki-laki sebesar 56,3% sedangkan perempuan 43,7%. Hasil penelitian Rajmil et al., (2007) menunjukkan bahwa anak laki-laki yang dirawat di rumah sakit lebih banyak dibandingkan anak perempuan.

Berdasarkan rencana bahwa sampel diambil secara *purposive sampling* maka didapatkan bahwa anak laki-laki lebih banyak dibandingkan anak perempuan. Karakteristik anak laki-laki secara umum lebih senang bermain di luar rumah dari pada di dalam rumah sehingga mudah terjangkau penyakit.

c. Pengalaman Dirawat di RS

Karakteristik pengalaman dirawat di rumah sakit pada kelompok intervensi sebagian besar 51,7% belum pernah dirawat sebelumnya, sedangkan kelompok kontrol sebagian besar juga 58,6% belum pernah dirawat sebelumnya.

Reaksi anak terhadap hospitalisasi bersifat individual bergantung pada tahap perkembangan anak, pengalaman dirawat di rumah sakit sebelumnya, sistem dukungan yang ada, serta kemampuan coping yang dimiliki anak (Supartini, 2004).

Muscari (2005) menyatakan pada tahap perkembangan psikososial anak pra sekolah menurut teori Erikson bahwa anak mempunyai pengalaman yang lebih menakutkan dibandingkan dengan periode usia lainnya. Pengalaman menakutkan pada anak usia pra sekolah diantaranya ditinggal sendiri, mutilasi tubuh, nyeri, serta orang-orang yang menyebabkan mengalami kesakitan.

Beberapa studi telah menunjukkan bagaimana perawat dapat menggunakan teknik yang berbeda untuk meningkatkan pengalaman anak saat dirawat di rumah sakit. Imajinasi terbimbing

adalah teknik di mana imajinasi digunakan untuk fokus pada suatu obyek dalam rangka untuk membantu menghilangkan *stres* rasa sakit, dan relaksasi. Hal ini berhubungan dengan sistem saraf otonom, bagian dari sistem saraf yang mengatur banyak fungsi tubuh tidak sadar, seperti detak jantung, tekanan darah dan pencernaan. Sebuah studi yang dilakukan di Cincinnati Children Hospital Medical Center menemukan bahwa perawat yang mengajarkan teknik imajinasi kepada anak-anak yang dirawat di rumah sakit secara signifikan mengurangi nyeri pasca operasi dan kecemasan pada anak-anak (Childers, 2004).

Fenomena tersebut terjadi karena sebagian besar anak yang dirawat cenderung pasien yang baru dirawat dan sebagian kecil pasien yang mengalami kekambuhan dan dirawat kembali.

6.1.2 Perbedaan Tingkat Kooperatif Kelompok Intervensi dan Kontrol

Hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan secara signifikan tingkat kooperatif kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan $p\ value=0,000$, $\alpha=0,05$. Sikap kooperatif sebesar 73,9% lebih besar kelompok intervensi dibandingkan sikap kooperatif kelompok kontrol sebesar 37,9%. Hal ini menjelaskan bahwa pemasangan spalk bermotif berpengaruh terhadap tingkat kooperatif dibandingkan dengan menggunakan spalk yang tidak bermotif.

Sikap kooperatif pada anak pra sekolah tidak terlepas dari teori *comfort* menurut Tomey & Alligood (2006) yaitu *comfort measures*. Teori ini menjelaskan bahwa intervensi pemasangan spalk bermotif yang dilakukan oleh perawat didesain dan ditujukan secara khusus kepada pasien anak usia pra sekolah, sehingga pasien mendapatkan rasa nyaman yang dibutuhkan selama prosedur injeksi intra vena. Kebutuhan rasa nyaman yang didapatkan menyebabkan anak bersedia dan kooperatif selama prosedur.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Festini et al. (2008) yaitu penggunaan pakaian perawat non konvensional atau seragam perawat berwarna dapat memberikan kontribusi dalam meningkatkan hubungan anak dan perawat, serta memiliki potensi untuk mengurangi ketidaknyamanan yang dialami anak karena hospitalisasi.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Wang, Sun & Chan (2008) juga menunjukkan bahwa sikap kooperatif anak sebesar 73% setelah dilakukan *audiovisual distraction* dan intervensi psikologi secara rutin. Distraksi dengan menggunakan audiovisual dapat memberikan efektifitas dalam menurunkan nyeri, dan meningkatkan kooperatif pasien selama tindakan *venepuncture*.

Gold, G. I., (2006) juga menyatakan dalam penelitiannya bahwa penggunaan media *virtual reality* selama pemasangan infus melalui intra vena memberikan ketenangan pada anak, mengurangi kecemasan, serta meningkatkan sikap kooperatif selama prosedur.

Penelitian tersebut mendukung tindakan yang bersifat *atraumatic care*. Menurut Supartini (2009) *atraumatic care* merupakan tindakan keperawatan yang tidak menimbulkan trauma dan dapat mengurangi distress psikologis dan fisik terhadap anak dan keluarga. Dengan adanya tindakan *atraumatic care* seperti pemasangan spalk bermotif bisa memberikan dampak yang positif terhadap tingkat kooperatif anak. Adapun sikap kooperatif yang ditunjukkan oleh anak menurut Wright (1975, dalam Muthu & Sivakumar, 2009) yaitu anak menunjukkan sikap sedikit takut dan rileks, mempunyai hubungan yang baik dengan perawat dan tim kesehatan yang lain, serta anak tertarik dengan prosedur tindakan.

Anak-anak sering menuntut tanggung jawab perawat terhadap rasa sakit dan trauma yang mereka rasakan. Hal ini penting bagi perawat untuk kembali membangun kepercayaan dengan anak dengan memuji

dan menghibur setelah prosedur yang menyakitkan. Memberikan kenyamanan pada anak akan untuk meningkatkan kesembuhan dan mencapai hasil yang positif secara keseluruhan (Kolcaba dan Dimarco, 2005)

Sikap kooperatif yang ditunjukkan dalam penelitian ini tidak terlepas dari teori *Comfort* dari Kolcaba. Menurut Kolcaba (2003) peningkatan kenyamanan dapat memperkuat penerimaan anak dan keluarga untuk terlibat dalam kegiatan-kegiatan yang diperlukan dalam mencapai kesehatan dan pemeliharaan kesehatan. Perawat dapat memfasilitasi lingkungan yang mendukung pemulihan dan rehabilitasi dengan meyakinkan anak/keluarga bahwa dia bisa pulih, memberikan rasa aman, melindungi dari bahaya, dan mampu untuk berpartisipasi dalam rencana pengobatan yang sesuai dengan tahap perkembangannya. Proses dasar *comfort* yang paling berperan dalam penelitian ini bagi responden adalah *intervening variables*, yaitu responden mampu berinteraksi dengan intervensi yang dilakukan perawat berupa pemasangan spalk bermotif sehingga mempengaruhi sikap kooperatif selama prosedur injeksi sebagai *total comfort*.

Comfort merupakan pengalaman yang didapatkan saat ini yang dikuatkan dengan pemenuhan kebutuhan terhadap *relief* dan *easy* yaitu kondisi dimana bebas dari rasa tidak nyaman yang spesifik berupa rasa cemas, takut terhadap tindakan injeksi intra vena. Peran perawat dalam *trancendence* yaitu dengan meningkatkan kondisi lingkungan dengan memodifikasi lingkungan seperti pemasangan spalk bermotif untuk media distraksi terhadap prosedur invasif.

6.1.3 Pengaruh Usia dengan Tingkat Kooperatif.

Pada hubungan usia dengan tingkat kooperatif anak didapatkan hasil p value=0,036 dengan $\alpha=0,05$ berarti ada hubungan yang signifikan antara usia anak pra sekolah dengan tingkat kooperatif. Hasil penelitian oleh Puspitasari & Handayani (2009) juga menunjukkan

bahwa peningkatan sikap kooperatif terjadi pada anak usia 4 sampai 5 tahun.

Usia yang paling rawan adalah usia balita karena pada masa ini anak mudah sakit dan mudah kekurangan gizi. Disamping itu balita merupakan dasar pembentukan kepribadian anak sehingga butuh perhatian khusus (Soetjiningsih, 1995).

Reaksi anak usia pra sekolah terhadap hospitalisasi diantaranya regresi, menolak untuk bekerjasama atau tidak kooperatif selama tindakan, kehilangan kendali, takut terhadap cedera tubuh dan nyeri yang mengarah terhadap mutilasi dan prosedur yang menyakitkan, serta menganggap hospitalisasi sebagai suatu hukuman (Muscari, 2005).

Menurut Wong et al (2009) reaksi anak terhadap hospitalisasi bersifat individual dan sangat tergantung pada usia perkembangan anak. Reaksi anak usia pra sekolah terhadap hospitalisasi adalah menolak makan, sering bertanya, menangis perlahan, tidak kooperatif terhadap petugas kesehatan. Namun dalam penelitian ini dengan intervensi pemasangan spalk bermotif dapat meningkatkan sikap kooperatif anak.

Ekspresi verbal anak usia pra sekolah secara khusus menunjukkan kemajuan perkembangan dalam merespon terhadap *stres* hospitalisasi (Wong, 2009). Persepsi anak terhadap penyakit selama hospitalisasi dipengaruhi oleh tahapan usia perkembangan anak, pengalaman sebelumnya terhadap sakit, sistem pendukung yang ada, dan kemampuan koping anak (Hockenberry, & Wilson, 2009).

Rata-rata usia dalam penelitian ini adalah 4,7 tahun dengan standar deviasi 0,83. Berdasarkan perkembangan kognitif menurut Muscari (2009) anak usia 4,7 berada pada fase intuitif (4-7 tahun) yaitu anak mempunyai cara berpikir intuitif dengan menyadari sesuatu yang benar tetapi tidak tahu alasannya. Berpikir intuitif yang dimaksud

adalah anak mampu memahami dan mengetahui sesuatu tanpa dipikirkan atau dipelajari. Fase ini anak juga mampu menjumlahkan, mengklasifikasikan, serta menghubungkan objek-objek, sehingga dengan berpikir intuitif tersebut anak dapat bersikap kooperatif selama prosedur injeksi dengan pemasangan spalk bermotif.

Peran perawat selama prosedur injeksi adalah melakukan pengalihan perhatian dengan memperlihatkan spalk bermotif yang menyebabkan anak menjadi tertarik dan merasa senang, sehingga anak kooperatif selama prosedur injeksi intra vena.

6.1.4 Pengaruh Jenis Kelamin dengan Tingkat Kooperatif.

Hasil penelitian menunjukkan proporsi jenis kelamin laki-laki dengan tingkat kooperatif anak yang kooperatif (58,3%) lebih besar dibandingkan jenis kelamin perempuan (54,5%) dengan p value=0,992 $\alpha=0,05$, berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan tingkat kooperatif.

Distribusi jenis kelamin pada penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Subardiah (2009) bahwa sebagian besar responden adalah laki-laki sebesar 66,7% pada masing-masing kelompok kontrol dan intervensi.

Dalam penelitian ini, peneliti berasumsi perbedaan proporsi jenis kelamin antara laki-laki dan perempuan pada kelompok intervensi dan kontrol terjadi karena dalam penelitian ini pengambilan data tidak dilakukan randomisasi sehingga tidak bisa dilakukan kontrol.

Menurut Koller (2008, dalam Subardiah 2009) berdasarkan kesimpulan dari beberapa hasil penelitian sebelumnya menjelaskan bahwa perbedaan jenis kelamin tidak terbukti memunculkan perbedaan perilaku, fokus perhatian, dan strategi coping pada anak.

Hal ini menunjukkan bahwa hasil penelitian dengan karakteristik jenis kelamin tidak berpengaruh terhadap tingkat kooperatif selama prosedur injeksi.

6.1.5 Pengaruh Pengalaman dirawat dengan Tingkat Kooperatif.

Hasil uji statistik hubungan pengalaman dirawat dengan tingkat kooperatif diperoleh nilai $p=0,706$ $\alpha=0,05$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara pengalaman dirawat di rumah sakit dengan tingkat kooperatif.

Hasil penelitian oleh Hart dan Bossert (1994, dalam Wong et al, 2009) menunjukkan bahwa pengalaman sebelumnya dan pengenalan terhadap prosedur-prosedur invasif yang berkaitan dengan hospitalisasi tidak mengurangi ketakutan pada anak.

Hasil penelitian Youngblut et al., (2010) menunjukkan bahwa anak usia prasekolah yang mengalami hospitalisasi tanpa pengalaman dirawat akan menyebabkan keluhan somatik dan perilaku agresif dibandingkan dengan anak yang sudah mempunyai pengalaman dirawat.

Apabila anak pernah mengalami pengalaman tidak menyenangkan selama dirawat di rumah sakit sebelumnya, maka akan menyebabkan anak menjadi takut dan trauma sehingga anak tidak kooperatif dengan perawat dan dokter. Begitu juga sebaliknya apabila anak di rumah sakit mendapatkan perawatan yang baik dan menyenangkan, maka anak akan lebih kooperatif kepada perawat dan dokter (Supartini, 2004).

Hasil penelitian oleh Subardiah (2009) menyatakan bahwa pengalaman anak dirawat sebelumnya akan mempengaruhi respon anak terhadap hospitalisasi. Hal ini dapat memberi gambaran kepada anak tentang apa yang akan dialaminya sehingga akan mempengaruhi respon anak seperti tindakan yang menyakitkan dan pengalaman kemampuan mengendalikan kondisi *stres* tersebut.

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian dan teori yang disebutkan di atas. Peneliti berasumsi bahwa memasukkan variabel pengalaman dirawat sebelumnya diharapkan dapat memberikan pengaruh terhadap respon anak. Dengan pengalaman dirawat sebelumnya apabila sudah pernah dirawat mempunyai kesan tentang proses hospitalisasi seperti tindakan invasif, sikap perawat, serta kondisi yang membuat anak menjadi *stres*. Namun peneliti juga berasumsi pengalaman juga dipengaruhi oleh sistem pendukung yang tersedia, yaitu dukungan orang tua maupun keluarga.

Salah satu sistem dukungan yang ada adalah adanya keberadaan orang tua selama dirawat di rumah sakit. Menurut Varni et al., (1996, dalam Schiff, 2001) bahwa orang tua memiliki peranan yang penting dalam upaya meningkatkan coping anak selama prosedur yang menyakitkan.

Menurut Nursalam, Susilaningrum, dan Utami (2005) bahwa pasien anak akan merasakan kenyamanan dan proses penyembuhan yang cepat apabila selama hospitalisasi ada dukungan sosial keluarga, lingkungan perawatan yang terapeutik, dan sikap perawat yang penuh perhatian.

6.2 Keterbatasan Penelitian

Adapun keterbatasan penelitian yang ditemukan oleh peneliti adalah penelitian ini tidak memasukan variabel lain yang memungkinkan berpengaruh terhadap hasil penelitian seperti dukungan orang tua, sistem coping anak. Ditambahkannya variabel dukungan orang tua dan sistem coping diharapkan penelitian ini akan lebih terkontrol dan lebih bervariasi. Waktu yang relatif pendek dan jumlah sampel yang sedikit akan mempengaruhi hasil penelitian, sehingga diharapkan waktu yang lama dan jumlah sampel akan mempengaruhi tingkat kooperatif anak dan hasilnya dapat digeneralisir.

6.2 Implikasi Hasil Penelitian

6.2.1 Implikasi Terhadap Pelayanan Keperawatan

Implikasi penelitian ini terhadap pelayanan keperawatan adalah penelitian ini telah membuktikan bahwa pemasangan spalk bermotif efektif terhadap tingkat kooperatif selama prosedur injeksi. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai *evidence based practice* dari konsep *atraumatic care* di rumah sakit terutama di ruang perawatan anak RSUD Cilacap dan RS Islam Fatimah Cilacap.

6.2.2 Implikasi Terhadap Keilmuan Keperawatan

Penelitian ini membuktikan bahwa pemasangan spalk bermotif dapat meningkatkan sikap kooperatif anak selama prosedur injeksi IV, sehingga memberi peluang bagi ilmu keperawatan untuk selalu mengembangkan tindakan keperawatan yang *atraumatic care*. Penelitian ini juga sekaligus membuktikan teori *Comfort* dari Kolcaba tentang *Intervening Variables* sebagai kemampuan interaksi yang mempengaruhi persepsi penerima sebagai *total comfort*, dalam hal ini intervensi berupa pemasangan spalk bermotif dapat meningkatkan sikap kooperatif anak usia pra sekolah selama prosedur injeksi IV.

6.2.3 Implikasi Terhadap Pendidikan Profesi Keperawatan

Implikasi hasil penelitian ini terhadap pendidikan profesi perawat adalah dapat meningkatkan pengetahuan peserta didik dalam memberikan asuhan keperawatan terutama prinsip *atraumatic care* dengan menerapkan pemasangan spalk bermotif pada anak yang dipasang infus.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan analisis dan hasil pembahasan, maka disampaikan simpulan dan saran sebagai berikut :

7.1 Simpulan

- 7.1.1 Karakteristik responden meliputi: rata-rata usia untuk kelompok intervensi 4,7 tahun dan usia kelompok kontrol 4,1 tahun, jenis kelamin sebagian besar laki-laki untuk kelompok intervensi dan kelompok kontrol, sedangkan pengalaman dirawat sebagian besar belum pernah dirawat di rumah sakit untuk kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
- 7.1.2 Proporsi sebagian besar kelompok intervensi menunjukkan kooperatif sedangkan untuk kelompok kontrol lebih tidak kooperatif.
- 7.1.3 Tingkat kooperatif kelompok intervensi dan kelompok kontrol menunjukkan ada perbedaan yang signifikan (p value=0,008, $\alpha=0,05$).
- 7.1.4 Ada pengaruh karakteristik usia dengan tingkat kooperatif didapatkan nilai $p=0,036$ dengan $\alpha=0,05$.
- 7.1.5 Tidak terdapat pengaruh karakteristik jenis kelamin dengan tingkat kooperatif dengan nilai $p=0,992$ $\alpha=0,05$.
- 7.1.6 Tidak terdapat pengaruh karakteristik pengalaman dirawat dengan tingkat kooperatif dengan nilai $p=0,599$ $\alpha=0,05$

7.2 Saran

7.2.1 Bagi Layanan Keperawatan

Pemasangan spalk bermotif dapat dipakai sebagai bagian pelayanan keperawatan *atraumatic care* di rumah sakit dalam mengatasi tingkat kooperatif anak selama prosedur injeksi IV. Berdasarkan hasil penelitian ini diharapkan:

- a. Pemberi pelayanan terutama perawat dapat menggunakan spalk bermotif untuk meningkatkan sikap kooperatif anak selama prosedur injeksi IV.
- b. Bagi Kepala pelayanan medis dan keperawatan agar dapat membuat kebijakan dalam menerapkan hasil penelitian ini pada semua pasien anak yang terpasang infus sebagai salah satu intervensi yang bersifat *atraumatic care*.

7.2.2 Bagi Pendidikan Keperawatan

Pendidikan keperawatan diharapkan dapat mengaplikasikan hasil penelitian ini berupa pemasangan spalk bermotif pada anak yang di pasang infuse dalam tatanan praktik keperawatan sebagai bagian dari prinsip perawatan *atraumatic care*.

7.2.3 Bagi Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan acuan dalam penelitian selanjutnya, yaitu penelitian tentang sikap kooperatif anak usia pra sekolah dengan menggunakan pendekatan kualitatif dan intervensi dengan prinsip *atraumatic care* sehingga penelitian akan semakin bervariasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Aryani dkk. (2009). *Prosedur klinik keperawatan pada mata ajar kebutuhan dasar manusia*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Batalha et al. (2010). Setting of peripheral venous catheter in children : Comparative study. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*; 14(3): 511-8 (15ref). diakses dari <http://www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=2994&accno=2010865614>. Diunduh pada tanggal 21 Pebruari 2012.
- Berman, A. & Snyder, S. (2012). *Fundamental of nursing: Concepts, process and practice*. 9th ed. New Jersey: Pearson Education Inc.
- Cahyaningrum, D.S. (2011). *Pertumbuhan perkembangan anak dan remaja*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Childres, L. (2004). *Escape artist: Nurse help children relieve their pain, anxiety through guide imagery*. Diakses dari <http://www.nurseweek.com/news/features/04-11/PediatricPain.asp> diunduh tanggal 5 Juli 2012.
- Costello. (2008). *Hospitalization*. Diakses dari <http://www.answers.com/topic/hospitalization#ixzz1myHundt0> diunduh tanggal 21 Pebruari 2012
- Coyne, I. (2006). Children experiences of hospitalization. *Journal of child health care*, 10 (4) 326-336.
- Dahlan, S. (2010). *Langkah-langkah membuat proposal penelitian bidang kedokteran dan kesehatan*. Edisi kedua. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Dalal, S.S., Chawla, D., Singh, J., Agarwal, R.K., Deorari, A.K., & Paul, V.K. (2009). Limb splinting for intravenous cannulae in neonates: A randomized controlled trial. *Archives of Disease in Childhood-Fetal & Neonatal Edition*; 94(6) : F394-6. Diakses dari <http://www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=2994&accno=2010448403>. Diunduh pada tanggal 21 Pebruari 2012.
- Delaune, S. C., & Ladner, P. K. (2002). *Fundamental of nursing: Standard and practice*. 2nd ed. USA: Delmar, a division of Thompson Learning Inc.
- Depkes RI. (2009). *Undang-Undang Republik Indonesia tentang Kesehatan No 36 tahun 2009*. Jakarta: EGC

- Dharma, K. K. (2011). *Metodologi penelitian keperawatan: Panduan melaksanakan dan menerapkan hasil penelitian*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Festini, F., et al. (2008). Use of non-conventional nurses' attire in a paediatric hospital: A quasi-experimental study. *Journal of Clinical Nursing*. Diakses dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19284436>. Diunduh pada tanggal 21 Februari 2012.
- Fletcher, K. E. (2003). *Child psychopathology*. 2nd ed. New York: The Guilford Press.
- Gold, J. I., Kim, S. H., Kant, A. J., Joseph, M. H., & Rizzo, A. (2006). Effectiveness of virtual reality for pediatric pain distraction during iv placement. *Cyber Psychology and Behavior*, 9(2): 207-213.
- Harsono, Y. (2006). Pengaruh bermain simbolik terhadap tingkat kooperatif anak selama menjalani rawat inap di RSUP DR. Sardjito Yogyakarta. Diakses dari <http://www.scribd.com/doc/76642648/Pengaruh-Bermain-Simbolik-Terhadap-Perilaku-Kooperatif-Anak-Selama-Menjalani-Rawat-Inap-Di-Rsup-Dr-Sardjito-Yogyakarta>. diunduh tanggal 10 Maret 2012.
- Hastono, S. P. (2007). *Analisa data kesehatan*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Hidayat, A. A. A. (2008). *Buku saku praktik keperawatan anak*. Jakarta: EGC.
- Hidayat, A.A.A. (2005). *Pengantar ilmu keperawatan anak I*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hockenberry, J. M., & Wilson, D. (2009). *Essentials of pediatric nursing*. St. Louis: Mosby An Affilite of Elsevier inc.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice*. New York: Springer Publisher.
- Kolcaba, K. & Dimarco, M. A. (2005). Comfort theory and its application to pediatric nursing. *Journal Pediatric Nursing*, 31 (3):187-194.
- Martinah, T. (2008). *Prinsip-prinsip atraumatic care*. Diakses dari <http://isjd.pdii.lipi.go.id/admin/jurnal/12088290.pdf>. diunduh pada tanggal 13 Januari 2012.
- McCann, J. A. S. (2002). *IV therapy incredibly easy*. 2nd ed. USA: Lippincot Williams & Wilkins.

- McCarthy J. E. dan Gilbert T. E. (2009). Descriptive epidemiology of mortality and morbidity of health indicator diseases in hospitalized children from Western Jamaica. *The American Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 80(4), pp. 596–600
- Muscari, M. E. (2005). *Keperawatan pediatrik*. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Muthu, M. S. & Sivakumar, N. (2009). *Pediatric dentistry: Principle & practice*. 1st ed. New Delhi: Elsevier.
- Natalie, E. (2011). Pengaruh terapi bermain dengan teknik bercerita terhadap tindakan kooperatif anak usia pra sekolah (3 - 6 Tahun) selama hospitalisasi di rumah sakit dirgahayu samarinda. *Skripsi*. (Tidak dipublikasikan). Surabaya: Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
- Nursalam, Rekawati, S., & Utami, S. (2005). *Asuhan keperawatan bayi dan anak*. Jakarta: Salemba Medika.
- Notoatmodjo. (2010). *Promosi kesehatan, teori dan aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- O'Brien, L., Taddio, A., Ipp, M., Goldbach, M., & Koren, G., (2004). Topical 4% amethocain gel reduces the pain of subcutaneous measles-mumps-rubella vaccination. *American Academy of Pediatrics*, 114, e720
- Peterson, S. J. & Bredow, T. S. (2004). *Middle range theories: Application to nursing research*. Philadelphia: Lipincot Williams & Wilkins
- Pollit, D.F. & Beck, C.T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2009) *Fundamental keperawatan*. Edisi 7. Jakarta: Salemba Medika.
- Puspitasari, N. P. D. & Handayani, R. D. (2008). Pengaruh terapi bermain terhadap tingkat kooperatif selama menjalani perawatan pada anak usia pra sekolah di rumah sakit panti rapih jogjakarta. Diakses dari <http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/127/jtptunimus-gdl-rahmadanni-6346-1-rahma.pdf> diunduh tanggal 14 Pebruari 2012.
- Rajmil et al. (2007). Gender differences in childrens hospitalization in Catalonia: another inequality. *Acta Paediatrica*. 88 (9): 990-907.
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S. (2008). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Edisi ketiga. Jakarta: CV. Sagung Seto.

- Schiff, W. B., Holtz, K. D., Peterson, N., & Rakusan, T. (2001). Effect of an intervention to reduce procedural pain and distress for children with HIV infection. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(7): 417-427
- Soetjiningsih (1995) *Tumbuh kembang anak*. Jakarta: EGC
- Subardiah, P.I. (2009). *Pengaruh permainan terapeutik terhadap kecemasan, kehilangan control, dan ketakutan anak pra sekolah selama dirawat di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung*. Tesis (Tidak dipublikasikan). Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Sugiarto, I. (2008) *Jelaskan prosedur medis agar anak tak lagi menangis*. Diakses dari <http://www.tabloidnakita.com/artikel.php3?edisi=05223&rubrik=prasekolah> diunduh tanggal 14 Pebruari 2012.
- Supartini, Y. (2004). *Buku ajar: Konsep dasar keperawatan anak*. Jakarta: EGC
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2006). *Nursing theory and their work*. USA: Mosby Elsevier.
- Videbeck, S. L. (2008). *Buku ajar keperawatan jiwa*. (Renata Komalasari & Alfrina Hany, Penerjemah.). Jakarta: EGC.
- Wang, Z. X., Sun, L. H., & Chen, A. P. (2008). The efficacy of non pharmacological methods of pain management in school age children receiving venepuncture in paediatric department: A randomized controlled trial of audiovisual distraction and routine psychological intervention. *The European Journal of Medical Sciences*, 138 (39-40), 579-584.
- Wong, D. L., Hockenberry, M., Eaton, Wilson, D., Winkelstein, M. L., & Schwartz, P. (2009). *Buku ajar: Keperawatan pediatrik*. Edisi 6. (Alih bahasa: Hartono. A., Kurnianingsih. S., & Setiawan). Jakarta: EGC.
- Youngblut, J., M. (2010). Alternate child care, history of hospitalization, and preschool child behavior. *Nurs Res*, 48(1), 29-34.

**LEMBAR PERSETUJUAN (*INFORMED CONSENT*)
BERSEDIA BERPARTISIPASI SEBAGAI RESPONDEN**

Judul Penelitian : Pengaruh Pemasangan Spalk Bermotif Terhadap Tingkat Kooperatif Anak Usia Pra Sekolah Selama Prosedur Injeksi IV di RS Wilayah Kabupaten Cilacap.

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama (Inisial) :

Alamat :

Menyatakan telah memahami penjelasan tentang tujuan, manfaat, dan prosedur penelitian tentang Pengaruh Pemasangan Spalk Bermotif Terhadap Tingkat Kooperatif Anak Usia Pra Sekolah Selama Prosedur Injeksi IV di RS Wilayah Cilacap dan saya bersedia untuk dilibatkan dalam penelitian ini.

Cilacap,2012

Peneliti

Yang menyatakan,

(Ahmad Subandi)

(.....)

LEMBAR OBSERVASI RESPONDEN

Kode Responden : (diisi oleh peneliti)

Tanggal pengambilan data:

A. Identitas Responden

Nama :

Umur/tanggal lahir :

Jenis kelamin :

Tanggal masuk/lama dirawat :

Pernah dirawat sebelumnya : Ya Tidak

B. Petunjuk Pengisian

Berilah tanda *check list* (√) pada kolom “ya” atau “tidak” sesuai dengan pengamatan anda terhadap respon perilaku kooperatif anak selama prosedur tindakan injeksi IV.

No	Respon Anak	Ya	Tidak
	A. Perilaku anak pada saat perawat mengajak bercakap-cakap atau berbicara (Fase Kontrak sebelum diinjeksi)		
1	Anak menyuruh pergi perawat.		
2	Anak menunjukkan respon marah pada perawat.		
3	Anak tidak mengeluarkan sepatah kata pun		
4	Anak menghindari kontak mata dengan perawat.		
5	Anak berespon dengan mengeluarkan jawaban ya atau tidak.		
6	Anak bersikap ramah dan berespon baik terhadap perawat.		
7	Anak berespon antusias terhadap pembicaraan perawat.		

No	Respon Anak	Ya	Tidak
	B. Perilaku anak pada saat perawat datang dengan membawa alat-alat perawatan		
8	Anak menjerit		
9	Anak menangis		
10	Anak mengucapkan kata-kata marah atau respon marah pada perawat		
11	Anak berteriak minta pulang.		
12	Anak merapatkan dirinya/bersembunyi pada orang tuanya atau penunggu		
13	Anak bersikap wajar tetapi tetap pada aktivitasnya.		
14	Anak menanyakan alat apa yang dibawa perawat.		
15	Anak menerima perawat dengan ramah dan menanyakan prosedur apa yang akan dilakukannya.		
	C. Perilaku anak pada saat perawat melakukan prosedur injeksi		
16	Anak memanggil-manggil orang tuanya		
17	Anak meronta-ronta		
18	Anak menendang-nendangkan kakinya.		
19	Anak menangis kuat dan menjerit		
20	Anak melawan (misal memukul atau mencakar) perawat yang melakukan tindakan.		
21	Anak menepiskan tangan perawat yang memeganginya		
22	Anak menekuk kaki, tangan atau anggota tubuh yang akan dilakukan pemeriksaan.		
23	Anak memberikan anggota tubuh yang akan dilakukan pemeriksaan.		

No	Respon Anak	Ya	Tidak
24	Anak menanyakan dulu kepada perawat tentang tindakan yang akan dilakukan sakit atau tidak, kemudian mempersilakan perawat melakukan pemeriksaan terhadapnya.		
25	Anak tanpa bertanya apa-apa langsung mempersilakan perawat melakukan pemeriksaan terhadapnya.		
	D. Perilaku anak pada saat perawat memerintahkan sesuatu saat prosedur injeksi.		
26	Anak menangis.		
27	Anak menunjukkan respon marah pada perawat.		
28	Anak tidak mau melakukan perintah perawat.		
29	Anak melakukan perintah tetapi dengan sedikit paksaan.		
30	Anak melakukan perintah secara spontan tanpa paksaan.		
		Observer, (.....)	

Table 3.1
Jadwal Kegiatan Penelitian

NO	RENCANA PENELITIAN	Februari				Maret				April				Mei				Juni					
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
1	Proposal penelitian																						
2	Ujian proposal																						
3	Perbaikan proposal																						
4	Pengumpulan dan analisis data																						
5	Penyusunan laporan hasil																						
6	Seminar hasil penelitian																						
7	Perbaikan hasil penelitian																						
8	Sidang tesis																						
9	Perbaikan hasil tesis																						



BIO DATA

1. Identitas Diri

Nama : Ahmad Subandi
Jenis Kelamin : Laki-laki
Tempat/Tanggal Lahir : Cilacap, 18 Pebruari 1977
Alamat : Perum Graha Rinjani Estate I Blok D-04
Cilacap
Alamat Email : ahmadsubandi19@yahoo.com

2. Pengalaman Pendidikan

- a. Program Magister Ilmu Keperawatan UI tahun 2012
- b. Program Profesi Ners STIKES Al-Irsyad Cilacap tahun 2006
- c. S-1 Keperawatan STIKES Al-Irsyad Cilacap tahun 2005
- d. AKPER Al-Irsyad Al-Islamiyyah Cilacap tahun 1998
- e. SMA Negeri 1 Cilacap tahun 1995
- f. SMP Negeri 2 Cilacap tahun 1992
- g. SD Negeri Donan 2 Cilacap tahun 1989

3. Pengalaman Pekerjaan

- a. Staff Pengajar Keperawatan Anak di STIKES Al-Irsyad Al-Islamiyyah Cilacap, tahun 2009-sekarang.
- b. Staff Pengajar Keperawatan Medikal Bedah di STIKES Al-Irsyad Al-Islamiyyah Cilacap, tahun 2006-2009.
- c. Tenaga Perawat di Poliklinik Al-Irsyad Al-Islamiyyah Cilacap, tahun 1999 – 2008.
- d. Tenaga Perawat di Puskesmas Cilacap Tengah, tahun 1998 – 1999.

4. Pengalaman Penelitian dan Pengabdian Masyarakat

- Pengabdian masyarakat tentang kemampuan penderita DM dalam mencegah dan merawat luka ulkus DM di RS Islam Fatimah Cilacap tahun 2009.

