

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Leukemia

1. Pengertian

Leukemia merupakan sekumpulan penyakit neoplastik yang beragam, ditandai dengan produksi atau transformasi maligna dari sel – sel pembentuk darah di sumsum tulang dan jaringan limfoid yang abnormal (sel leukemia). Produksi sel leukemia yang bertambah banyak menyebabkan sel leukemia keluar dari sumsum. Sel leukemia dapat ditemukan di dalam darah perifer atau darah tepi yang kemudian mempengaruhi hematopoiesis atau proses pembentukan sel darah normal dan sistem imunitas tubuh sehingga dapat menimbulkan gejala klinis pada tubuh penderita (Yayan, 2010).

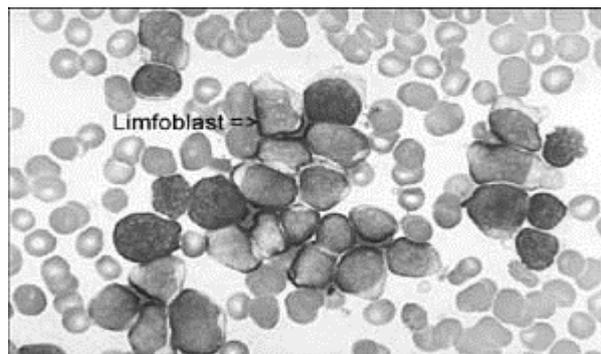
2. Etiologi

Menurut Purnomo (2010) klasifikasi leukemia dibagi menjadi empat tipe yaitu:

a. Leukemia Limfositik Akut (LLA)

LLA merupakan jenis leukemia dengan karakteristik adanya proliferasi dan akumulasi sel – sel patologis dari sistem limfopoetik yang mengakibatkan organomegali (pembesaran alat – alat dalam) dan kegagalan organ. LLA lebih sering ditemukan pada anak – anak

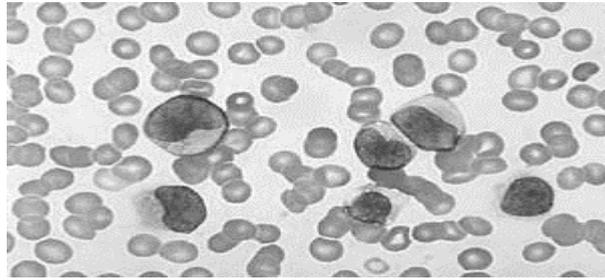
(82%) daripada umur dewasa (18%). Insiden LLA akan mencapai puncaknya pada umur 3 – 7 tahun. Tanpa pengobatan sebagian anak – anak akan hidup 2 – 3 bulan setelah terdiagnosis terutama diakibatkan oleh kegagalan dari sumsum tulang.



Gambar 2.1 Leukemia limfositik akut

b. Leukemia Mielositik Akut (LMA)

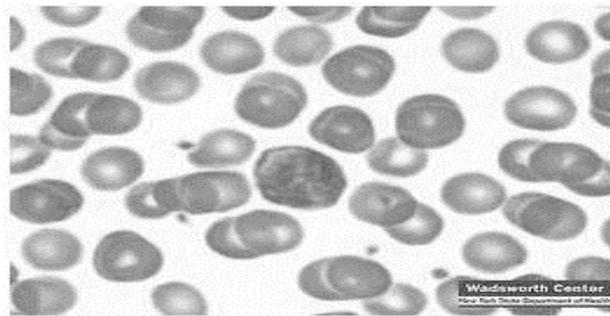
LMA merupakan leukemia yang mengisi sel stem hematopoetik yang akan berdiferensiasi ke semua sel mieloid. LMA merupakan leukemia nonlimfositik yang paling sering terjadi. LMA atau leukemia nonlimfositik akut (LNLA) lebih sering ditemukan pada orang dewasa (85%) dibandingkan anak – anak (15%). Permulaannya mendadak dan progresif dalam masa satu sampai tiga bulan dengan durasi gejala yang singkat. Jika tidak diobati, LNLA akan berakibat fatal dalam waktu tiga sampai enam bulan.



Gambar 2.2 Leukemia mielositik akut

c. Leukemia Limfositik Kronik (LLK)

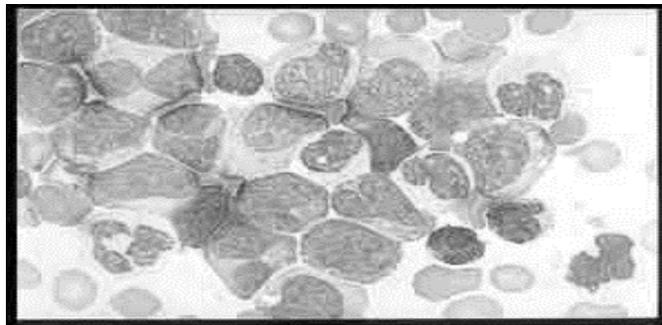
LLK adalah suatu keganasan klonal limfosit B (jarang pada limfosit T). Perjalanan penyakit ini biasanya perlahan, dengan akumulasi progresif yang berjalan lambat dari limfosit kecil yang berumur panjang. LLK cenderung dikenal sebagai kelainan ringan yang menyerang individu yang berusia 50 sampai 70 tahun perbandingan 2:1 untuk laki – laki.



Gambar 2.3 Leukemia limfositik kronis

d. Leukemia Mielositik Kronis (LMK)

LMK adalah gangguan mieloproliferatif yang ditandai dengan produksi berlebihan sel mieloid (sel granulosit) yang relatif matang. LMK mencakup 20% leukemia dan paling sering dijumpai pada orang dewasa usia pertengahan (40 – 50 tahun). Abnormalitas genetik yang dinamakan kromosom *philadelphia* ditemukan pada 90 – 95% penderita LMK. Sebagian besar penderita LMK akan meninggal setelah memasuki fase akhir yang disebut fase krisis blastik yaitu produksi berlebihan sel muda leukosit, biasanya berupa mieloblast/promielosit, disertai produksi neutrofil trombosit dan sel darah merah yang amat kurang.



Gambar 2.4 Leukemia mielositik kronis

3. Etiologi

Penyebab leukemia sampai saat ini belum diketahui secara pasti, akan tetapi menurut penelitian yang sudah dilakukan sebelumnya ada beberapa faktor risiko tertentu yang diduga dapat meningkatkan risiko terjadinya leukemia, yaitu:

a. Faktor Internal

Faktor internal meliputi:

1) Jenis kelamin anak

Kejadian leukemia banyak terjadi pada anak laki – laki dibanding anak perempuan dengan rasio 10:3 (Chandrayai, 2010). Menurut Sulastriana (2012), kasus leukemia pada laki – laki sebanyak 52,9%. Penelitian dari M. Tevlik Dorak, *et al* (2008) juga menyatakan bahwa laki – laki lebih berisiko tiga kali terkena leukemia daripada perempuan (OR= 3.05).

2) Urutan kelahiran anak

Urutan lahir anak dengan kategori anak pertama dalam keluarga memiliki OR= 0.87 terhadap kejadian kanker anak yaitu leukemia (Julie, 2011).

3) Berat anak lahir

Dalam hasil penelitian dari Pulina K. Bangun, *et al* (2013) menyatakan bahwa anak dengan berat bayi lahir ≥ 3.500 gram memiliki risiko 8.99 kali lebih tinggi untuk terkena leukemia dibanding anak dengan berat lahir normal dan rendah (OR=8.99).

4) Usia ibu saat mengandung anak

Usia ibu saat mengandung anak berperan menjadi faktor risiko leukemia. Dalam hasil penelitian dari Paulina *et al* (2013) dikemukakan bahwa ibu dengan usia ≥ 35 tahun memiliki risiko 1.5

kali lebih tinggi untuk anak terkena leukemia dibanding ibu dengan usia 20 – 34 tahun.

5) Usia ayah ketika ibu mengandung

Usia ayah ketika ibu mengandung anak juga berperan menjadi faktor risiko leukemia. Dalam hasil penelitian Paulina *et al* (2013) dikemukakan bahwa ayah dengan usia ≥ 35 tahun memiliki risiko 1.55 kali lebih tinggi untuk anak untuk anak terkena leukemia dibanding ayah dengan usia 20 – 34 tahun.

b. Faktor Eksternal

Faktor lingkungan meliputi: paparan radiasi, paparan insektisida rumah tangga dan perilaku merokok orangtua.

1) Paparan radiasi sutet

Rumah yang dekat dengan sumber radiasi seperti sutet, ataupun sering terpapar radiasi seperti radiasi ultraviolet anak memiliki risiko 4.73 kali lebih tinggi untuk terkena leukemia dibandingkan anak dengan yang tidak memiliki paparan radiasi (Paulina, 2013).

2) Paparan insektisida rumah tangga

Penggunaan insektisida rumah tangga seperti penggunaan obat nyamuk dapat menjadi faktor risiko terjadinya leukemia anak. Seperti hasil yang telah dikemukakan dalam penelitian bahwa anak dengan riwayat penggunaan insektisida rumah tangga memiliki risiko 5.25 kali lebih tinggi untuk terkena leukemia dibandingkan

dengan anak yang tidak memiliki paparan insektisida (Paulina, 2013).

3) Perilaku merokok orangtua

Orangtua memiliki perilaku merokok memberikan kontribusi dalam terjadinya leukemia anak. Polusi dari hasil pembakaran beberapa unsur bahan kimia berbahaya yang dapat menimbulkan kejadian kanker terutama leukemia pada anak. Hasil penelitian menyatakan bahwa orangtua yang memiliki perilaku merokok memiliki risiko 1.08 kali lebih tinggi untuk terkena leukemia dibandingkan anak dengan orangtua tidak merokok (Paulina, 2013).

4. Manifestasi Klinis

Menurut Purnomo (2010) gejala leukemia ditimbulkan umumnya berbeda diantara penderita, namun demikian secara umum dapat digambarkan sebagai berikut:

a. Demam

Penderita akan mengalami demam yang kadang suhu tubuh turun dengan sendirinya namun setelah itu demam datang dengan suhu tubuh yang lebih tinggi dari demam sebelumnya. Hal ini akan berakibat aktivitas sel imun yang menyerang sel kanker dalam tubuh sebagai bentuk pertahanan tubuh.

b. Sakit Kepala

Penderita sering mengalami pusing yang datang tiba – tiba. Hal ini dikarenakan aktivitas sel kanker yang menghimpit saraf kerja otak, dimana sel kanker tersebut masuk ke dalam otak melalui sumsum tulang belakang.

c. Berat Badan Menurun

Berat badan merupakan salah satu gejala yang timbul akibat proses penyerapan gizi yang tidak stabil karena adanya gangguan sel kanker yang menyerang organ pencernaan. Fungsi dari organ tersebut terganggu sehingga fungsinya kurang maksimal.

d. Anemia

Penderita akan menampakkan cepat lelah, pucat dan bernafas cepat. Sel darah merah dibawah normal menyebabkan oksigen dalam tubuh berkurang, akibatnya penderita bernafas cepat sebagai kompensasi pemenuhan kekurangan oksigen dalam tubuh.

e. Pendarahan

Platelet (sel pembeku darah) tidak diproduksi dengan wajar karena didominasi oleh sel darah putih, maka penderita akan mengalami perdarahan di jaringan kulit (banyaknya bintik merah lebar/kecil di jaringan kulit).

f. Terserang Infeksi

Sel darah putih berperan sebagai pelindung daya tahan tubuh, terutama melawan penyakit infeksi. Pada penderita leukemia, sel darah putih

yang terbentuk adalah tidak normal (abnormal) sehingga tidak berfungsi semestinya. Akibatnya tubuh penderita rentan terkena infeksi virus/bakteri, bahkan dengan sendirinya akan menampakkan keluhan adanya demam, pilek dan batuk.

g. Nyeri Tulang dan Persendian

Hal ini disebabkan akibat dari sumsum tulang (*bone marrow*) mendesak padat oleh sel darah putih, sehingga penderita merasakan nyeri pada tulang dan persendiannya.

h. Nyeri Perut

Nyeri perut merupakan salah satu indikasi gejala leukemia, dimana sel leukemia dapat terkumpul pada ginjal, hati dan empedu yang menyebabkan pembesaran pada organ tubuh tersebut dan timbulah nyeri. Nyeri perut ini dapat berdampak hilangnya nafsu makan penderita leukemia.

i. Pembengkakan

Kelenjar limpha kemungkinan besar mengalami pembengkakan baik itu yang dibawah lengan, leher, dada dan lainnya. Kelenjar limpha bertugas menyaring darah, sel leukemia dapat terkumpul dan menyebabkan pembengkakan.

j. Kesulitan Bernafas (*Dispnea*)

Penderita mungkin menampakkan gejala kesulitan bernafas dan nyeri dada, apabila terjadi hal ini maka harus segera mendapatkan pertolongan medis.

5. Patofisiologi

Leukemia terjadi dari proses mutasi tunggal dari sel progenitor pada sistem hematopoiesis yang menyebabkan sel mampu untuk berproliferasi secara tidak terkontrol yang dapat menjadi suatu keganasan dan sel prekursor yang tidak mampu berdiferensiasi pada sistem hematopoiesis. Pada leukemia, terjadi keganasan sel darah pada fase limfoid, mieloid, ataupun pluripoten. Penyebab dari hal ini belum sepenuhnya diketahui. Namun diduga berhubungan dengan perubahan susunan dari rantai *deoxyribonucleotide acid* (DNA) (Darmono, 2012).

Faktor eksternal juga dinilai mempengaruhi seperti bahan-bahan obat bergugus alkil, radiasi, dan bahan-bahan kimia. Faktor internal, yaitu kromosom yang abnormal dan perubahan dari susunan DNA. Perubahan susunan dari kromosom mungkin dapat mempengaruhi struktur atau pengaturan dari sel-sel onkogen. Leukemia pada sel limfosit B terjadi translokasi dari kromosom pada gen yang normal berproliferasi menjadi gen yang aktif untuk berproliferasi. Hal ini menyebabkan limfoblas memenuhi tubuh dan menyebabkan sumsum tulang gagal untuk memproduksi dan akhirnya menjadi pansitopenia. Seiring sel-sel yang abnormal bersirkulasi dalam tubuh dan masuk ke organ organ lain, seperti hati, limpa, dan mata. Gangguan pada sistemik ini menyebabkan perubahan pada kadar hematologi tubuh, terjadi infeksi oportunistik, iatrogenik karena komplikasi dari kemoterapi (Darmono, 2012).

6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang dalam Permono (2010) pada leukemia yaitu:

a. Pemeriksaan Darah Tepi

Pada penderita leukemia jenis LLA ditemukan leukositosis (60%) dan terkadang leukopenia (25%). Pada penderita LMA ditemukan penurunan eritrosit dan trombosit. Pada penderita LLK ditemukan limfositosis lebih dari $50.000/\text{mm}^3$ sedangkan pada penderita LCK/LMK ditemukan leukositosis lebih dari $50.000/\text{mm}^3$.

b. Pemeriksaan Sumsum Tulang

Hasil pemeriksaan sumsum tulang pada penderita leukemia akut ditemukan keadaan hiperselular. Hampir semua sel sumsum tulang diganti sel leukemia (*blast*), terdapat perubahan tiba – tiba dari sel muda ke sel yang matang tanpa sel antara (*leukemia gap*). Jumlah *blast* minimal 30% dari sel berinti dalam sumsum tulang. Pada LLK ditemukan adanya infiltrasi merata oleh limfosit kecil yaitu lebih dari 40% dari total sel yang berinti. Kurang lebih 95% pasien LLK disebabkan oleh peningkatan limfosit. Pada penderita LMK ditemukan keadaan hiperselular dengan peningkatan jumlah megakariosit dan aktivasi granulopoesis. Jumlah granulosit lebih dari $30.00/\text{mm}$.

c. Pungsi Lumbal

Pungsi lumbal dilakukan untuk melihat apakah ada sel leukemia pada cairan serebrospinalis. Pada anak dengan leukemia, lumbal punksi dilakukan sebagai terapi metastasis ke susunan saraf pusat untuk

kemoterapi. Melalui lumbal pungsi diberikan bahan kemoterapi menuju cairan serebrospinal sehingga mencegah sel – sel leukemia ada di sistem saraf pusat.

d. Biopsi Kelenjar Limfe

Biopsi kelenjar limfe penting untuk mendiagnosa limfoma. Pada anak dengan leukemia hal ini jarang dilakukan. Biopsi kelenjar limfe dilakukan bersamaan dengan proses pembedahan untuk pengobatan atas indikasi tertentu.

7. Penatalaksanaan Medis

Terapi untuk leukemia akut menurut Bakta (2009) yaitu sebagai berikut:

a. Kemoterapi

Kemoterapi adalah terapi yang menggunakan obat anti kanker yang diberikan ke cairan serebrospinal, atau melalui aliran darah untuk dapat mencapai ke seluruh tubuh agar terapi yang diberikan efektif. Pengobatan dengan kemoterapi pada leukemia mieloblastik akut diberikan dengan dosis yang tinggi dan dikonsumsi dalam waktu yang singkat. Terapi untuk leukemia limfoblastik akut diberikan dengan dosis yang rendah dan waktu konsumsi yang lama biasanya 2 – 3 tahun.

b. Pembedahan

Pembedahan merupakan terapi yang sangat terbatas penggunaannya pada pasien leukemia. Hal ini dikarenakan sel – sel leukemia telah menyebar keseluruh tubuh melalui sumsum tulang menuju organ –

organ yang ada ditubuh. Terapi pembedahan hanya dilakukan atas indikasi tertentu dan memiliki risiko tinggi.

c. Radiasi

Terapi radiasi menggunakan bahan energi dengan radiasi tinggi untuk menghancurkan sel – sel kanker. Terapi ini biasanya dilakukan untuk mencegah penyebaran dari sel – sel leukemia ke otak maupun ke testis.

8. Prognosis Leukemia

Setelah seseorang yang terdiagnosis leukemia namun kemudian tidak menjalani pengobatan dapat meningkatkan keparahan penyakit yang selanjutnya dapat mengakibatkan kematian. Lebih dari 90% penderita yang menjalani pengobatan kemoterapi tahap awal memperlihatkan kemajuan berupa terkendalinya produksi sel leukemia dalam tubuh. Banyak penderita mengalami kekambuhan, namun 50% anak – anak yang tidak memperlihatkan tanda dan gejala leukemia dalam kurun waktu 5 tahun setelah pengobatan dinyatakan sembuh. Anak – anak yang berusia 3 – 7 tahun ketika terdiagnosa leukemia memiliki prognosis paling baik. Anak – anak dengan jumlah sel darah putih < 25.000 sel/mikro darah ketika terdiagnosis memiliki prognosis lebih baik daripada penderita dengan jumlah sel darah putih >25.000 sel/mikro darah (Yayan, 2010).

B. Konsep Dukungan Keluarga

1. Pengertian

Dukungan keluarga menurut Friedman (2010) adalah sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan informasional, penilaian, instrumental dan emosional. Jadi dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikannya, sedangkan menurut Ali (2010) keluarga adalah dua atau lebih individu yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan dan adopsi dalam satu rumah tangga, yang berinteraksi satu dengan lainnya dalam peran dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya.

2. Tujuan Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (2010) dukungan keluarga dapat mengurangi atau menyangga efek serta meningkatkan kesehatan mental individu atau keluarga secara langsung. Dukungan keluarga juga dapat berfungsi sebagai strategi pencegahan guna mengurangi stress akibat negatifnya. Sistem dukungan keluarga ini berupa membantu berorientasi tugas sering kali diberikan oleh keluarga besar, teman dan tetangga. Bantuan dari keluarga besar juga dilakukan dalam bentuk bantuan langsung, termasuk bantuan *financial* yang terus – menerus dan *intermitten*, merawat anak,

perawatan fisik lansia, melakukan tugas rumah tangga dan bantuan praktis selama masa krisis.

3. Jenis Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (2010), menyatakan bahwa keluarga berfungsi sebagai sistem pendukung bagi anggotanya. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung, selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Terdapat empat dimensi dari dukungan keluarga yaitu:

a. Dukungan Emosional

Berfungsi sebagai pelabuhan istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan emosional serta meningkatkan moral keluarga (Friedman, 2010). Dukungan emosional melibatkan ekspresi empati, perhatian, pemberian semangat, kehangatan pribadi, cinta atau bantuan emosional. Tingkah laku yang diberikan oleh keluarga mendorong perasaan nyaman dan mengarahkan individu untuk percaya bahwa pasien dihormati, dicintai dan bahwa orang lain bersedia untuk memberikan perhatian.

b. Dukungan Informasi

Keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan *disseminator* (penyebar) informasi tentang dunia. Dukungan informasi terjadi dan diberikan oleh keluarga dalam bentuk nasehat, saran dan diskusi

tentang bagaimana cara mengatasi atau memecahkan masalah yang ada.

c. Dukungan Instrumental

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit. Dukungan instrumental merupakan dukungan yang diberikan oleh keluarga secara langsung yang meliputi bantuan material seperti memberikan tempat tinggal, meminjamkan atau memberikan uang dan bantuan dalam mengerjakan tugas rumah sehari – hari. Dukungan instrumental yang diberikan kepada anak yaitu dengan memberikan mainan yang disukai, menceritakan kisah dongeng.

d. Dukungan Penghargaan

Keluarga bertindak sebagai sistem pembimbing umpan balik, membimbing dan memerantarai pemecahan masalah dan merupakan sumber validator identitas anggota. Dukungan penghargaan terjadi melalui ekspresi penghargaan yang positif melibatkan pernyataan setuju dan penilaian positif terhadap ide – ide, perasaan dan performa orang lain yang berbanding positif antara individu dengan orang lain.

4. Faktor Yang Mempengaruhi

Menurut Friedman (2010) faktor – faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah:

a. Faktor Internal

1) Tahap perkembangan

Dukungan dapat ditentukan oleh faktor usia dalam hal ini adalah pertumbuhan dan perkembangan, dengan demikian setiap rentang usia memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda – beda.

2) Pendidikan atau tingkat pengetahuan

Keyakinan seseorang terhadap adanya dukungan terbentuk oleh variabel intelektual yang terdiri dari pengetahuan, latar belakang pendidikan dan pengalaman masa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang termasuk kemampuan untuk memahami faktor – faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan dirinya.

3) Faktor emosi

Faktor emosional juga mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara melakukannya. Seseorang yang mengalami respon stress dalam setiap perubahan hidupnya cenderung berespon terhadap berbagai tanda sakit, mungkin dilakukan dengan cara mengkhawatirkan bahwa penyakit tersebut dapat mengancam kehidupannya. Seseorang yang secara umum terlibat sangat tenang mungkin mempunyai respon emosional yang kecil selama ia sakit.

4) Spiritual

Aspek spiritual dapat terlihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman dan kemampuan mencari harapan dan arti hidup.

b. Faktor Eksternal

1) Praktik dikeluarga

Cara bagaimana keluarga memberikan dukungan biasanya mempengaruhi penderita dalam melaksanakan kesehatannya. Misalnya, klien juga kemungkinan besar akan melakukan tindakan pencegahan jika keluarga melakukan hal yang sama.

2) Faktor sosial – ekonomi

Faktor sosial dan psikososial dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakitnya. Variabel psikososial mencakup: stabilitas perkawinan, gaya hidup dan lingkungan kerja. Seseorang biasanya akan mencari dukungan dan persetujuan dari kelompok sosialnya. Hal ini akan mempengaruhi keyakinan kesehatan dan cara pelaksanaannya. Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang biasanya ia akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakan, sehingga

ia akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya.

3) Latar belakang budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai dan kebiasaan individu dalam memberikan dukungan termasuk cara pelaksanaan kesehatan pribadi.

C. Kecemasan Pada Anak

1. Pengertian

Kecemasan merupakan reaktivitas emosional berlebihan, depresi yang tumpul atau konteks sensitif, respon emosional (Clift, 2011). Pendapat lain menyatakan bahwa kecemasan merupakan perwujudan dari berbagai emosi yang terjadi karena seseorang mengalami tekanan perasaan dan tekanan batin. Kondisi tersebut membutuhkan penyelesaian yang tepat sehingga akan merasa aman. Namun, pada kenyataannya tidak semua masalah dapat diselesaikan dengan baik oleh individu bahkan ada yang cenderung dihindari. Situasi ini menimbulkan perasaan yang tidak menyenangkan dalam bentuk perasaan gelisah, takut atau bersalah (Supriyantini, 2010).

Menurut Rachmad (2009), kecemasan timbul karena adanya sesuatu yang tidak jelas atau tidak diketahui sehingga muncul perasaan yang tidak tenang rasa khawatir, atau ketakutan. Ratih (2012) menyatakan kecemasan

merupakan perwujudan tingkah laku psikologis dan berbagai pola perilaku yang timbul dari perasaan kekhawatiran subjektif dan ketegangan.

2. Klasifikasi Tingkat Kecemasan

Kecemasan sangat berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Menurut Susilawati (2014) ada empat tingkatan yaitu:

a. Kecemasan Ringan

Dihubungkan dengan ketegangan yang dialami sehari – hari, individu masih waspada serta lapang persepsinya meluas, menajamkan indera. dapat memotivasi individu untuk belajar dan mampu memecahkan masalah secara efektif dan menghasilkan pertumbuhan dan kreatifitas.

b. Kecemasan Sedang

Individu terfokus hanya pada pikiran yang menjadi perhatiannya, terjadi penyempitan lapang persepsi, masih dapat melakukan sesuatu dengan arahan orang lain.

c. Kecemasan Berat

Lapang persepsi individu sangat sempit. Pusat perhatiannya pada detil yang kecil dan spesifik dan tidak berfikir hal – hal lain. Seluruh perilaku dimaksudkan untuk mengurangi kecemasan dan perlu banyak perintah/arahan untuk terfokus pada area lain.

d. Panik

Individu kehilangan kendali diri dan detail perhatian hilang. Hilangnya kontrol, maka tidak mampu melakukan apapun meskipun

dengan perintah. Terjadi peningkatan aktivitas motorik, berkurangnya kemampuan berhubungan dengan orang lain, penyimpangan persepsi dan hilangnya pikiran rasional, tidak mampu berfungsi secara efektif. biasanya disertai dengan disorganisasi kepribadian.

3. Gejala

Menurut Susilawati (2014) keluhan dan gejala umum yang berkaitan dengan kecemasan dapat dibagi menjadi gejala somatik dan psikologis.

a. Gejala Somatik

- 1) Keringat berlebih
- 2) Ketegangan pada otot skelet: sakit kepala, kontraksi pada bagian belakang leher atau dada, suara bergetar dan nyeri punggung.
- 3) Sindrom hiperventilasi: sesak napas, pusing, parestesi
- 4) Gangguan fungsi gastrointestinal: nyeri abdomen, tidak nafsu makan, mual, diare, konstipasi
- 5) Irritabilitas kardiovaskuler: hipertensi, takikardi
- 6) Disfungsi genitourinaria: sering buang air kecil, sakit saat berkemih, sakit pelvis pada wanita, kehilangan nafsu seksual.

b. Gejala Psikologis

- 1) Gangguan *mood*: sensitive sekali, cepat marah, mudah sedih
- 2) Kesulitan tidur: insomnia, mimpi buruk, mimpi yang berulang – ulang
- 3) Kelelahan, mudah capek

- 4) Kehilangan motivasi dan minat
- 5) Perasaan – perasaan yang tidak nyata
- 6) Sangat sensitive terhadap suara: merasa tidak tahan terhadap suara – suara yang sebelumnya biasa saja
- 7) Berpikiran kosong, tidak mampu berkonsentrasi, mudah lupa
- 8) Canggung, koordinasi buruk
- 9) Tidak bisa membuat keputusan: tidak bisa menentukan pilihan bahkan untuk hal – hal kecil
- 10) Gelisah, resah, tidak bisa diam
- 11) Kecenderungan untuk melakukan sesuatu berulang – ulang
- 12) Keraguan dan ketakutan yang mengganggu
- 13) Terus – menerus memeriksa segala sesuatu yang telah dilakukan.

4. Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan Pada Anak

menurut Perry dan Potter (2010) yaitu:

a. Jenis Kelamin

Anak pada umur 3 – 6 tahun, kecemasan lebih sering terjadi pada anak perempuan dibandingkan laki – laki. Hal ini karena laki – laki lebih aktif dan eksploratif sedangkan perempuan lebih sensitive dan banyak menggunakan perasaan. Pada perempuan juga lebih mudah dipengaruhi oleh tekanan – tekanan lingkungan daripada laki – laki, kurang sabar dan mudah menggunakan air mata.

b. Umur

Semakin tua seseorang semakin baik seseorang dalam mengendalikan emosinya.

c. Lama Hari Rawat

Kecemasan anak yang dirawat di rumah sakit akan sangat terlihat pada hari pertama sampai kedua bahkan sampai hari ketiga dan biasanya memasuki hari keempat atau kelima kecemasan yang dirasakan anak akan mulai berkurang. Kecemasan yang terjadi pada pasien dan orangtua juga bisa dipengaruhi oleh lamanya seseorang dirawat. Kecemasan pada anak yang sedang dirawat bisa berkurang karena adanya dukungan orangtua yang selalu menemani anak selama dirawat, teman – teman anak yang datang berkunjung ke rumah sakit atau anak sudah membina hubungan yang baik dengan petugas kesehatan (perawat, dokter) sehingga dapat menurunkan tingkat kecemasan anak.

d. Lingkungan Rumah Sakit

Lingkungan rumah sakit merupakan lingkungan yang baru bagi anak, sehingga anak sering merasa takut dan terancam tersakiti oleh tindakan yang akan dilakukan kepada dirinya. Lingkungan rumah sakit juga akan memberikan kesan tersendiri bagi anak, baik dari petugas kesehatan, alat kesehatan dan teman seruangan dengan anak juga mempengaruhi kecemasan anak karena anak merasa berpisah dengan orangtuanya.

Menurut Moersintowati (2008), faktor yang mempengaruhi kecemasan pada anak yang dirawat di rumah sakit antara lain:

- a. Lingkungan rumah sakit
- b. Bangunan rumah sakit
- c. Bau khas rumah sakit
- d. Obat – obatan
- e. Alat medis
- f. Tindakan medis
- g. Petugas kesehatan

5. Upaya yang dilakukan Untuk Mengatasi Kecemasan

Menurut Wong (2013), menyatakan bahwa intervensi yang penting dilakukan perawat terhadap anak yang mengalami kecemasan yaitu memberikan dukungan psikologis pada anggota keluarga, mempersiapkan anak sebelum masuk rumah sakit. Upaya untuk mengatasi kecemasan pada anak antara lain yaitu:

- a. Melibatkan orangtua anak, agar orangtua berperan aktif dalam perawatan anak dengan cara membolehkan mereka untuk tinggal bersama anak selama 24 jam. Jika tidak mungkin, beri kesempatan orangtua untuk melihat anak setiap saat dengan maksud untuk mempertahankan kontak antara mereka.
- b. Modifikasi lingkungan rumah sakit, agar anak tetap merasa nyaman dan tidak asing dengan lingkungan baru.

- c. Peran dan petugas kesehatan rumah sakit, dimana diharapkan petugas kesehatan khususnya perawat harus menghargai sikap anak karena selain orangtua perawat adalah orang yang paling dekat dengan anak selama perawatan di rumah sakit. Sekalipun anak mengajak bermain sesuai dengan tahap perkembangan anak untuk kepentingan terapi.

6. Alat Ukur Kecemasan

Pengukuran kecemasan menurut Saryono (2010) terdiri dari beberapa instrumen yang dapat digunakan antara lain:

a. *Hamilton Scale for Anxiety (HRS – A)*

Hawari (2011) mempopulerkan alat ukur kecemasan yaitu HRS – A. Alat ukur ini terdiri dari 14 kelompok gejala yang masing – masing kelompok dirinci lagi dengan gejala – gejala yang lebih spesifik. Masing – masing kelompok gejala diberi penilaian angka antara 0 – 4 yang artinya adalah nilai 0 tidak ada gejala (keluhan), nilai 1 gejala ringan, nilai 2 gejala sedang, nilai 3 gejala berat dan nilai 4 gejala berat sekali. Kemudian masing – masing nilai angka dari 14 kelompok gejala tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat kecemasan seseorang, yaitu total nilai kurang dari 14 tidak ada kecemasan, 14 – 20 kecemasan ringan, 21 – 27 kecemasan sedang, nilai 28 – 41 kecemasan berat dan nilai 42 – 56 kecemasan berat sekali.

b. *Generalized Anxiety Disorder Assessment (GADA)*

Pengukuran kecemasan ini meliputi: kekhawatiran berlebihan, kesulitan mengontrol cemas, kekhawatiran yang terus menerus, perasaan gelisah, ketegangan otot (dagu, leher dan bahu), mudah mengantuk, tidur gelisah, kecemasan mempengaruhi kehidupan sehari – hari. Pengukuran ini dilakukan untuk gangguan kecemasan umum, dengan menjawab “ya” atau “tidak”. Jawaban ya bila subyek merasakan gejala tersebut dalam enam bulan terakhir.

c. *Faces Anxiety Scale for Children*

Model pengukuran kecemasan ini dikembangkan oleh McMurty (2010) untuk mengukur kecemasan/ rasa takut pada pasien anak di unit perawatan intensif. *Faces anxiety scale for children* menunjukkan berbagai tingkat kecemasan. Skor 1 memberikan gambaran tidak ada kecemasan sama sekali, skor 2 menggambarkan sedikit cemas, skor 3 menggambarkan sedikit lebih cemas (aktivitas mulai terganggu), skor 4 menggambarkan lebih cemas (mengganggu aktivitas) dan skor 5 menggambarkan kecemasan yang ekstrim (sangat mengganggu aktivitas).



Gambar 2.5 *Facial Image Scale, Score 1– 5*

D. Konsep *Supportive Educative System*

Supportive educative pertama kali dikenalkan oleh Orem pada tahun 1971. *Supportive educative* terdiri dari 3 teknik yaitu support (dukungan), *guidance* (bimbingan) dan *teaching* (pengajaran). Bimbingan merupakan suatu bantuan yang diberikan oleh seseorang kepada orang lain dalam membuat pilihan – pilihan dan penyesuaian – penyesuaian dalam membuat pemecahan masalah dengan tujuan membantu menumbuhkan kebebasan serta kemampuan seseorang agar menjadi individu yang bertanggung jawab terhadap dirinya sendiri (Alligood, 2014).

Pengajaran merupakan suatu tindakan kompleks dengan menggunakan sejumlah komponen yang terkandung dalam tindakan mengajar untuk menyampaikan pesan pengajaran agar tercipta sistem lingkungan yang memungkinkan terjadinya proses belajar. Sistem lingkungan ini terdiri dari komponen – komponen yang saling mempengaruhi, yakni tujuan instruksional yang ingin dicapai, materi yang diajarkan, promotor dan sasaran memainkan peranan serta prasarana belajar mengajar yang tersedia (Qomaria 2014). Melalui kegiatan bimbingan, pengajaran dan dukungan ini kontak antara klien dengan penyakit kronis dan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi klien dapat dikoreksi dan dibantu penyelesaiannya, akhirnya klien akan dengan sukarela berdasarkan kesadaran dan penuh pengertian akan mengubah perilakunya (Nototatmodjo, 2010).

Penelitian yang dilakukan oleh Lerdngammongkolkul *et al* (2011) pada kelompok eksperimen yang mendapatkan intervensi *supportive educative nursing* program yang terdiri dari 2 hari pertemuan, didistribusikan dengan *booklet* tentang perawatan penyakit dan *follow up* melalui telepon menunjukkan perubahan dan peningkatan perilaku perawatan pada penderita dengan infeksi pernafasan akut. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Mohammadpour *et al* (2015) intervensi *supportive educative* yang dilakukan terdiri dari 3 sesi dengan waktu 45 menit untuk masing – masing sesi, kemudian selama 45 hari pertama setelah pendidikan, peneliti melakukan panggilan telepon ke penderita dalam kelompok eksperimen dan memberi layanan konseling yang diperlukan dalam hal perawatan diri. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa intervensi yang dilakukan dapat memperbaiki kemampuan perawatan diri penderita *non-hospitalised* dan secara positif mempengaruhi hasil kesehatan masyarakat.

E. Konsep *Family Centered Care*

1. Pengertian

Family centered care muncul sebagai konsep penting dalam perawatan kesehatan pada akhir abad ke 20. Konsep *family centered care* awalnya dikembangkan di negara – negara diuntungkan secara ekonomi, didasarkan pada pentingnya memenuhi kebutuhan psikososial dan perkembangan anak dengan penekanan pada peran keluarga dan pemahaman bahwa keluarga merupakan sumber utama kekuatan dan

dukungan anak (*American Pediatric Role*). *Family centered care* sebagai standar perawatan kesehatan anak banyak diaplikasikan di rumah sakit anak California dan Philadelphia sudah terstandar dengan baik, sedangkan di Indonesia kemungkinan bisa diterapkan namun untuk mewujudkan penerapan yang ideal tidak mudah karena belum banyak petugas kesehatan yang memahami konsep *family centered care* dan asuhan keperawatan sering terjebak rutinitas (Dennis, 2012).

Family centered care didefinisikan menurut Foster (2010) sebagai suatu pendekatan inovatif dalam merencanakan, melakukan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang diberikan kepada anak didasarkan pada manfaat hubungan antar perawat dan keluarga yaitu orangtua. Menurut Fiane (2012) *family centered care* merupakan suatu pendekatan yang holistik. Pendekatan *family centered care* tidak hanya memfokuskan asuhan keperawatan kepada anak sebagai klien atau individu dengan kebutuhan biologis, psikologis, sosial dan spiritual (biopsikospiritual) tetapi juga melibatkan keluarga sebagai bagian yang konstan dan tidak bisa dipisahkan dari kehidupan anak.

2. Tujuan

Tujuan penerapan konsep *family centered care* dalam perawatan anak menurut Shield (2012) adalah memberikan kesempatan bagi orangtua untuk merawat anak mereka selama proses hospitalisasi. *Family centered*

care juga bertujuan untuk meminimalkan trauma selama perawatan anak di rumah sakit dan meningkatkan kemandirian sehingga peningkatan kualitas hidup dapat tercapai.

3. Element

Menurut Shields (2012), terdapat beberapa element *family centered care* yaitu:

- a. Perawat menyadari bahwa keluarga adalah bagian yang konstan dalam kehidupan anak, sementara sistem layanan dan anggota dalam sistem tersebut berfluktuasi.

Kesadaran perawat bahwa keluarga adalah bagian yang konstan, merupakan hal yang penting. Fungsi perawat sebagai motivator menghargai dan menghormati peran keluarga dalam merawat anak serta bertanggung jawab penuh dalam mengelola kesehatan anak. Beberapa hal yang diterapkan untuk menghargai dan mendukung individualitas dan kekuatan yang dimiliki dalam satu keluarga seperti:

- 1) Kunjungan yang dibuat di rumah keluarga atau ditempat lain dengan waktu dan lokasi yang disepakati bersama keluarga
- 2) Perawat mengkaji keluarga berdasarkan kebutuhan keluarga
- 3) Orangtua adalah bagian dari keluarga yang menjadi fokus utama dari perawatan yang diberikan mereka turut merencanakan perawatan dan peran mereka dalam perawatan anak

- 4) Perencanaan perawatan yang diberikan bersifat komprehensif dan perawatan memberikan semua perawatan yang dibutuhkan misalnya perawatan pada anak, dukungan kepada orangtua, bantuan keuangan, hiburan dan dukungan emosional.
- b. Memfasilitasi kerjasama antara keluarga dan perawat di semua tingkat pelayanan kesehatan, merawat anak secara individual, pengembangan program, pelaksanaan dan evaluasi serta pembentukan kebijakan, hal ini ditujukan ketika:
- 1) Kolaborasi untuk memberikan perawatan kepada anak dan peran kerja sama antara orangtua dan tenaga profesional sangat penting dan vital
- Keluarga bukan sekedar sebagai pendamping, tetapi terlibat didalam pemberian pelayanan kesehatan kepada anak mereka. Tenaga profesional memberikan pelayanan sesuai dengan keahlian dan ilmu yang mereka peroleh sedangkan orangtua berkontribusi dengan memberikan informasi tentang anak mereka. Dalam kerja sama antara orangtua dengan tenaga profesional, orangtua bisa memberikan masukan untuk perawatan anak mereka.

- 2) Kerja sama dalam mengembangkan masyarakat dan pelayanan rumah sakit

Hal utama yang harus diutamakan pada tahap ini adalah kolaborasi dengan bidang yang lain untuk menunjang proses perawatan. *Family centered care* memberikan kesempatan kepada orangtua dengan profesional untuk berkontribusi melalui pengetahuan dan pengalaman yang mereka miliki untuk mengembangkan perawatan terhadap anak di rumah sakit. Pengalaman merawat anak membuat orangtua dapat memberikan perspektif yang penting, berkaitan dengan perawatan anak serta cara perawat untuk menerima dan mendukung keluarga (Shields, 2012).

- 3) Kolaborasi dalam tahap kebijakan

Menurut Shields (2012) *family centered care* dapat terwujud melalui kolaborasi orangtua dan tenaga profesional dalam tahap kebijakan. Kolaborasi ini memberikan manfaat kepada orangtua, anak dan tenaga profesional. Orangtua bisa menghargai kemampuan yang mereka miliki dengan memberikan pengetahuan mereka tentang sistem pelayanan kesehatan serta kompetensi mereka. Keterlibatan mereka dalam membuat keputusan menambah kualitas pelayanan kesehatan. Orangtua dapat melakukan peran mereka mereka sebagai role model kepada anak – anak. Peran orangtua dengan mengambil bagian

dalam hubungan kolaborasi dengan tenaga profesional, memberikan kesehatan kepada orangtua menjalankan peraturan dalam kehidupan anak mereka.

- c. Menghormati keanekaragaman ras, etnis budaya dan sosial ekonomi dalam keluarga

Tujuannya adalah untuk menunjang keberhasilan perawatan anak mereka di rumah sakit dengan mempertimbangkan tingkat perkembangan anak. Hal ini akan menjadi sulit apabila program perawatan diterapkan bertentangan dengan nilai – nilai yang dianut dalam keluarga.

- d. Mengakui kekuatan keluarga dan individualitas serta memperhatikan perbedaan mekanisme coping dalam keluarga

Elemen ini mewujudkan dua konsep yang seimbang yaitu pertama, *family centered care* harus menggambarkan keseimbangan anak dan keluarga. Hal ini berarti mempertimbangkan kelebihan dari anak dan keluarga. Kedua menghargai dan menghormati mekanisme coping dan individualitas yang dimiliki oleh anak maupun keluarga dalam kehidupan mereka. Terkadang pengkajian dan intervensi serta keperawatan hanya berfokus pada masalah kesehatan dan perkembangan anak serta mengesampingkan kelebihan yang dimiliki oleh anak sehingga menimbulkan ketidakakuratan keadaan.

Orangtua dan perawat memiliki peran penting untuk menemukan kekuatan yang dimiliki anak. Pendekatan ini dapat membuat perbedaan yang positif dalam interaksi antara perawat dan orangtua. Kesadaran terhadap kekuatan yang dimiliki anak dan orangtua merupakan satu langkah yang penting dalam mengatur kepribadian dan penghargaan mereka terhadap mekanisme coping (Shields, 2012).

- e. Memberikan informasi yang lengkap dan jelas kepada orangtua dan secara berkelanjutan dengan dukungan penuh

Memberikan informasi kepada orangtua bertujuan untuk mengurangi kecemasan yang dirasakan orangtua. Selain itu, dengan dukungan informasi orangtua akan merasa menjadi bagian yang penting dalam perawatan anak. Ketersediaan informasi tidak hanya memiliki pengaruh emosional, melainkan hal ini merupakan faktor krusial dalam melibatkan partisipasi orangtua secara penuh dalam proses membuat keputusan terutama untuk setiap tindakan medis dalam perawatan anak mereka (Shields, 2012).

- f. Mendorong dan memfasilitasi keluarga untuk saling mendukung

Perawat ataupun tenaga profesional lain memfasilitasi keluarga untuk mendapatkan dukungan dari keluarga lain yang juga memiliki

masalah yang sama mengenai anak mereka. Dukungan antara keluarga ini berfungsi untuk:

- 1) Saling memberikan dukungan dan menjalin hubungan persahabatan
- 2) Bertukar informasi mengenai kondisi dan perawatan anak
- 3) Memanfaatkan dan meningkatkan sistem pelayanan yang ada untuk kebutuhan perawatan anak mereka.

g. Memahami dan menggabungkan kebutuhan dalam setiap perkembangan bayi, anak – anak, remaja dan keluarga mereka ke dalam sistem perawatan kesehatan

Pemahaman dan penerapan setiap kebutuhan dalam perkembangan anak mendukung perawat untuk menerapkan pendekatan yang komprehensif terhadap anak dan keluarga agar mereka mampu dalam melewati setiap tahap perkembangan (Shields, 2012).

h. Menerapkan kebijakan yang komprehensif dan program – program yang memberikan dukungan emosional dan keuangan untuk memenuhi kebutuhan keluarga

Dukungan pada keluarga bervariasi dan berubah setiap waktu sesuai dengan kebutuhan keluarga tersebut. Jenis dukungan yang diberikan misalnya mendukung keluarga untuk memenuhi waktu istirahat mereka, pelayanan *home care*, pelayanan konseling, promosi

kesehatan, program bermain serta koordinasi dengan layanan kesehatan yang baik untuk membantu keluarga memanfaatkan layanan kesehatan secara finansial. Dukungan yang baik dapat membantu menurunkan stress yang dialami oleh keluarga karena ketidakseimbangan tuntutan keadaan kondisi dengan ketersediaan tenaga yang dimiliki oleh keluarga saat mendampingi anak selama dirawat di rumah sakit.

- i. Merancang sistem perawatan kesehatan yang fleksibel, dapat dijangkau dengan mudah dan responsip terhadap kebutuhan keluarga teridentifikasi

Sistem pelayanan kesehatan yang fleksibel didasarkan pada pemahaman bahwa setiap anak memiliki kebutuhan terhadap layanan kesehatan yang berbeda maka layanan kesehatan yang ada harus menyelesaikan dengan kebutuhan dan kelebihan yang dimiliki oleh anak dan keluarga. Oleh karena itu, tidak hanya satu intervensi kesehatan untuk semua anak tetapi lebih dari satu intervensi yang berbeda untuk setiap anak. Selain layanan yang fleksibel, dalam *family centered care* juga mendukung agar layanan kesehatan mudah diakses oleh anak dan keluarga misalnya sistem pembayaran layanan kesehatan yang dipakai selama anak menjalani perawatan di rumah sakit baik menggunakan asuransi atau jaminan kesehatan pemerintah dan swasta, konsultasi kesehatan, prosedur pemeriksaan pembedahan

dan layanan selama anak menjalani rawat inap di rumah sakit (Shields, 2012).

4. Kebijakan Terkait *Family Centered Care*

a. Jam Kunjung

Seiring dengan pemahaman keluarga sebagai sumber kekuatan dan pendukung yang utama bagi anak, maka kebijakan tentang jam kunjungan, ijin menemani anak selama dirawat harus disesuaikan dengan konsep *family centered care*. Dalam konsep *family centered care* keluarga dipandang sebagai unsur yang konstan sementara kehadiran profesi kesehatan fluktuatif. Hal yang perlu diperhatikan adalah kunjungan keluarga ke ruangan perawatan memperhatikan prinsip aseptik dengan mencuci tangan sebelum dan setelah kunjungan, pemakaian baju khusus dalam rangka meminimalkan risiko infeksi nosokomial. Baju pengunjung dibuat menarik dengan motif dan corak yang cocok untuk anak – anak (Bissel, 2010).

b. *Pre – Hospital* Konseling

Konseling yang dilakukan tenaga kesehatan kepada orangtua dan anak, terkait dengan kebijakan, prosedur dan peraturan rumah sakit sebelum anak dirawat. Konseling ini dilihat dari prinsip *family centered care*, petugas kesehatan memberikan hak informasi yang

jelas kepada klien dan keluarga. Menghormati anak dan keluarga bahwa mereka memiliki hak untuk bertanya (Bissel, 2010).

c. Prosedur (*Treatment*)

Hal yang harus diperhatikan dalam prosedur yaitu:

1) Mempertahankan perasaan mengontrol

Dalam mempertahankan perasaan mengontrol terbagi menjadi:

- a) Mempertahankan kebebasan anak untuk bergerak, restrain untuk pemasangan intravena pada anak yang kooperatif tidak diperlukan. Hal ini akan memberikan kebebasan anak untuk bergerak, fasilitasi dengan kursi roda pada anak yang mengalami kesulitan berjalan agar dapat berkeliling ruangan dengan pengawasan.
- b) Fasilitasi kemandirian anak, anak dilibatkan dalam proses keperawatan dengan melibatkan kemandirian *self care* seperti: mengatur jadwal kegiatan, memilih makanan, mengenakan baju, mengatur waktu tidur. Prinsip tindakan ini adalah perawat respek terhadap individualitas pasien dan keputusan yang diambil pasien.
- c) Berikan pemahaman atau informasi, anak prasekolah memiliki kemampuan kognitif berpikir yang mengakibatkan kesalahan interpretasi terhadap sakit dan perawatan. Anak merasa sakit sebagai hukuman. Petugas kesehatan memberikan informasi yang jelas tentang prosedur yang akan

dilakukan, berikan kesempatan anak memegang alat yang akan digunakan untuk pemeriksaan, misalnya stetoskop (Bissel, 2010).

2) Meminimalkan injuri dan nyeri

Standar operasional prosedur *atraumatic care* bisa diterapkan pada anak prasekolah. Prinsip nyeri pada anak prasekolah sangat dipengaruhi oleh perkembangan kognitif anak yang berada pada tahap perkembangan pra operasional dan pikiran magis.. Adanya prosedur khusus untuk perawatan di ruang anak yang membedakan dengan dewasa akan meminimalkan kekuatan anak, misalnya melakukan prosedur dengan kegiatan bermain terlebih dahulu (Bissel, 2010).

3) Meminimalkan dampak pemisahan pada prasekolah

Meminimalkan dampak pemisahan pada prasekolah dibagi menjadi:

a) Melibatkan orangtua dan keluarga dalam perawatan anak, mulai dari pengkajian sampai evaluasi dan pembuatan kebijakan.

b) Mempromosikan *self mastery*

Perawat membantu klien dengan memfasilitasi pengalaman positif selama dirawat, mengidentifikasi kekuatan dan

kompetensi anak selama penyembuhan dan dapat digunakan sebagai dasar pengalaman untuk dimasa mendatang.

c) Mempertahankan sosialisasi

Memfasilitasi terbentuknya *support group* diantara orangtua dan anak sehingga orangtua dan anak mendapatkan dukungan dari lingkungan. Misalnya group orangtua dengan thalasemia, group anak dengan leukemia. Perawat dapat memfasilitasi group untuk tukar menukar pengalaman selama merawat anaknya, baik melalui kegiatan informal atau formal seperti seminar (Bissel, 2010).

d) Fasilitas *family centered care*

Fasilitas yang harus disediakan dalam melakukan aplikasi *family centered care* yaitu: ruangan khusus untuk anak, menyediakan bed untuk penunggu, tempat memajang foto keluarga, *lounge* khusus orangtua, menyediakan ruangan bermain, menyediakan perpustakaan untuk anak, konsultasi untuk oarng tua.

F. Model Keperawatan Dorothea E Orem

Orem memberi label bagi teorinya (*self care deficit theory of nursing*) sebagai teori umum. Teori umum ini disusun atas tiga teori yang berhubungan : Teori *self care*, Teori *self-care deficit*, Teori system keperawatan. Ketiga teori tersebut dihubungkan oleh enam konsep sentral yaitu : *self care*, *self care*

agency, kebutuhan *self care therapeutic*, *self care deficit*, *nursing agency* dan *nursing system* serta satu konsep perifer yaitu *basic conditioning factor* (faktor kondisi dasar) (Alligood, 2014).

1. Teori Self Care

Untuk memahami teori *self care* sangat penting terlebih dahulu memahami konsep *self care*, *self care agency*, *basic conditioning factor* dan kebutuhan *self care therapeutic*. *Self care* adalah *performance* atau praktek kegiatan individu untuk berinisiatif dan membentuk perilaku mereka dalam memelihara kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan. Jika *self care* dibentuk dengan efektif maka hal tersebut akan membantu membentuk integritas struktur dan fungsi manusia dan erat kaitannya dengan perkembangan manusia.

Self care agency adalah kemampuan manusia atau kekuatan untuk melakukan *self care*. Kemampuan individu untuk melakukan *self care*. Kemampuan individu untuk melakukan *self care* dipengaruhi oleh *basic conditioning factors* seperti ; umur, jenis kelamin, status budaya, system perawatan kesehatan, orientasi sosial budaya, system perawatan kesehatan, sistem keluarga, pola kehidupan, lingkungan serta ketersediaan sumber. Kebutuhan *self care therapeutic (therapeutic self care demand)* adalah merupakan totalitas dari tindakan *self care* yang diinisiatif dan dibentuk untuk memenuhi kebutuhan *self care* dengan menggunakan

metode yang valid yang berhubungan dengan tindakan yang akan dilakukan.

Konsep lain yang berhubungan dengan teori *self care* adalah *self care requisite*. Orem mengidentifikasi tiga kategori *self care requisite* :

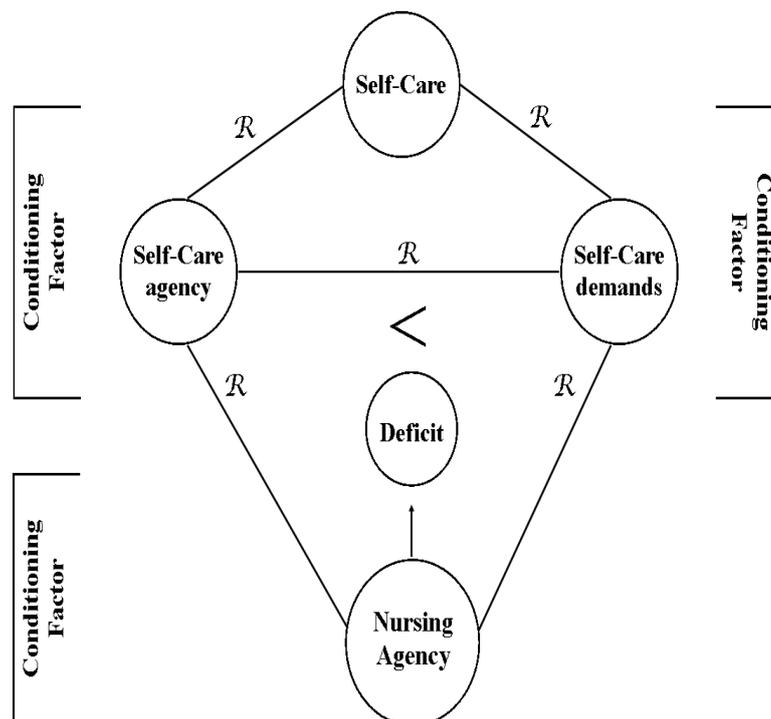
- a. *Universal* meliputi ; udara, air, makanan dan eliminasi, aktifitas dan istirahat, solitude dan interaksi sosial, pencegahan kerusakan hidup, kesejahteraan dan peningkatan fungsi manusia.
- b. *Developmental*, lebih khusus dari universal dihubungkan dengan kondisi yang meningkatkan proses pengembangan siklus kehidupan seperti pekerjaan baru, perubahan struktur tubuh dan kehilangan rambut.
- c. Perubahan kesehatan (*health deviation*) berhubungan dengan akibat terjadinya perubahan struktur normal dan kerusakan integritas individu untuk melakukan *self care* akibat suatu penyakit atau *injury*.

2. Teori Self Care Deficit

Merupakan hak utama dari teori general keperawatan menurut orem. Dalam teori ini keperawatan diberikan jika orang dewasa (atau pada kasus ketergantungan) tidak mampu atau terbatas dalam melakukan *self care* secara efektif. Keperawatan diberikan jika kemampuan merawat berkurang atau tidak terpenuhi atau adanya ketergantungan. Orem mengidentifikasi lima metode yang dapat digunakan dalam membantu *self care* :

- a. Tindakan untuk atau memperlakukan orang lain
- b. Memberikan petunjuk atau pengarahan
- c. Memberikan dukungan fisik dan psikologis
- d. Memberikan dan memelihara lingkungan yang mendukung pengembangan personal
- e. Pendidikan

Perawat dapat membantu individu dengan menggunakan beberapa atau semua metode tersebut dalam memenuhi *self care*. Orem menggambarkan hubungan diantara konsep yang telah dikemukakannya sebagai berikut :



Gambar 2.6. Kerangka Kerja konseptual untuk perawatan *R, relationship ;deficit relationship, current or projected*

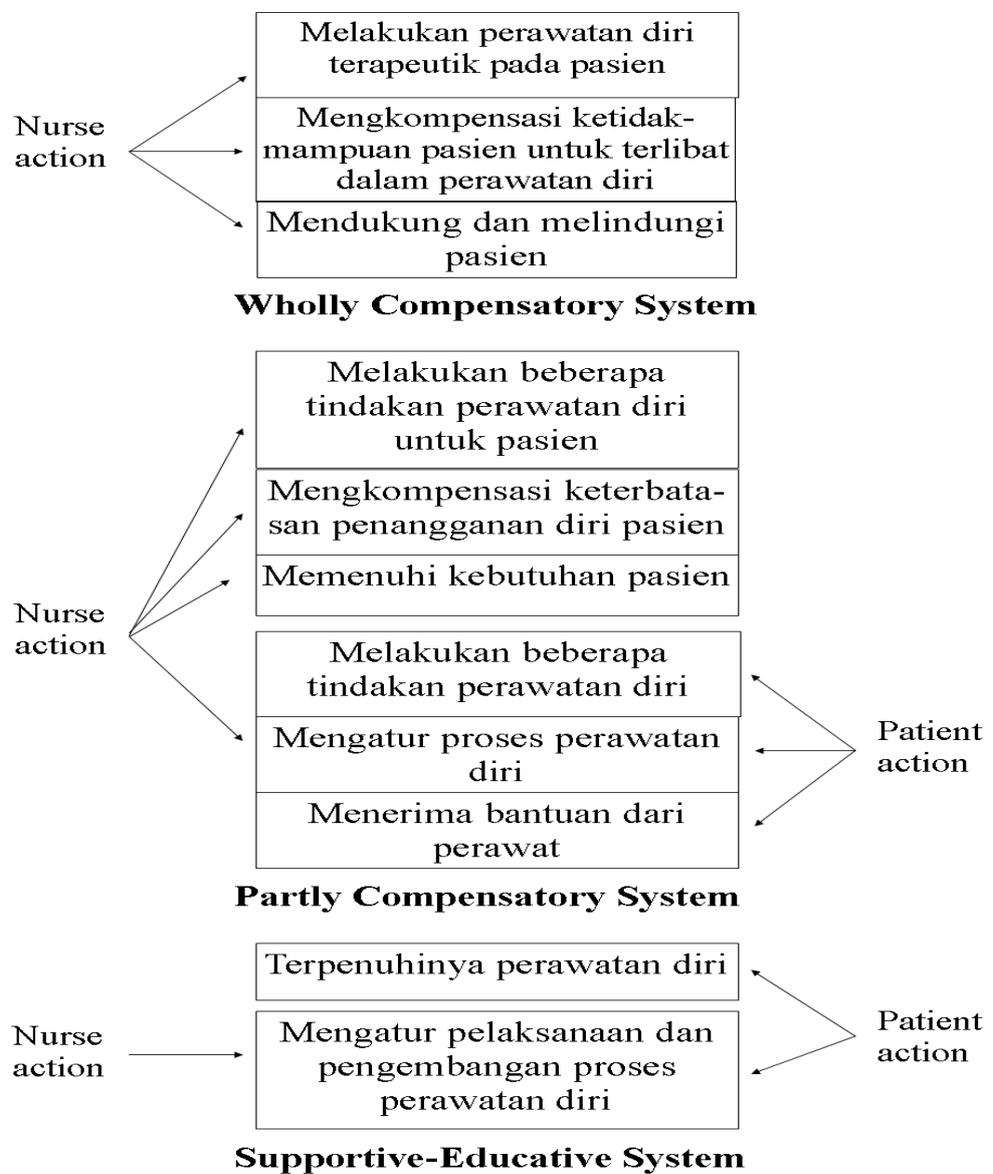
Berdasarkan gambar diatas dapat dilihat bahwa jika kebutuhan lebih banyak dari kemampuan, maka keperawatan akan dibutuhkan. Tindakan-tindakan yang dapat dilakukan oleh perawat pada saat memberikan pelayanan keperawatan dapat digambarkan sebagai domain keperawatan. Orem (1991) mengidentifikasi lima area aktifitas keperawatan yaitu :

- 1) Masuk kedalam dan memelihara hubungan perawat klien dengan individu, keluarga, kelompok sampai pasien dapat melegitimasi perencanaan keperawatan.
- 2) Menentukan jika dan bagaimana pasien dapat dibantu melalui keperawatan
- 3) Bertanggung jawab terhadap permintaan pasien, keinginan dan kebutuhan untuk kontak dan dibantu perawat
- 4) Menjelaskan, memberikan dan melindungi klien secara langsung dalam bentuk keperawatan
- 5) Mengkoordinasikan dan mengintegrasikan keperawatan dengan kehidupan sehari-hari klien atau perawatan kesehatan lain-lain jika dibutuhkan serta pelayanan sosial dan edukasional yang dibutuhkan atau yang akan diterima.

3. Teori Nursing System

Nursing system didesain oleh perawat didasarkan pada kebutuhan *self care* dan kemampuan pada kebutuhan *self care*. Jika ada *self care deficit*, *self care agency* dan kebutuhan *self care deficit therapeutic* maka keperawatan

akan diberikan. *Nursing agency* adalah suatu properti atau atribut yang lengkap diberikan untuk orang-orang yang telah dididik dan dilatih sebagai perawat yang dapat melakukan, mengetahui dan membantu orang lain untuk menemukan kebutuhan *self care* terapeutik mereka, melalui pelatihan dan pengembangan *self care agency*.



Gambar 2.7 Sistem Keperawatan Dasar Dari Teori Orem

Orem mengidentifikasi tiga klasifikasi *nursing system* yaitu :

a. *Wholly compensatory system*

Suatu situasi dimana individu tidak dapat melakukan tindakan *self care* dan menerima *self care* secara langsung serta ambulasi harus dikontrol dengan pergerakan dimanipulatif atau adanya alasan-alasan medis tertentu. Ada tiga kondisi yang termasuk dalam tiga kategori ini yaitu : tidak dapat melakukan tindakan *self care* misalnya koma, dapat membuat keputusan, observasi atau pilihan tentang *self care* tetapi tidak dapat melakukan ambulasi dan pergerakan manipulatif, tidak mampu membuat keputusan yang tepat tentang *self care*.

b. *Partially compensatory nursing system*

Suatu kondisi dimana antara perawat dan klien melakukan perawatan atau tindakan lain dan perawat atau pasien mempunyai peran yang besar untuk mengukur kemampuan *self care*.

c. *Supportive educative system*

Pada sistem ini orang dapat membentuk atau dapat belajar membentuk internal atau eksternal *self care* tetapi tidak dapat melakukannya tanpa bantuan. Hal ini juga dikenal dengan *supportive developmental system*.

G. Integrasi Teori Model Orem dengan Penelitian

Berdasarkan teori *self care*, keluarga sebagai sasaran dalam penelitian pada dasarnya mempunyai kemampuan dalam melakukan perawatan diri yang

disebut dengan *self care agency*. *Self care agency* dapat berubah setiap waktu tergantung pada *basic conditioning factor* yang mempengaruhi yaitu; umur, jenis kelamin, tahap perkembangan, status kesehatan, sistem perawatan, sistem keluarga, lingkungan, kondisi ekonomi dan budaya.

Ketika terjadi ketidakseimbangan antara *self care demand* dan *self care agency* akan timbul *self care deficit* yaitu akibat kurangnya dukungan keluarga dalam mengatasi kecemasan pada anak dengan leukemia. Untuk mengatasi hal tersebut dilakukan intervensi *supportive educative system* berupa pengajaran, bimbingan dan dukungan dengan tujuan dapat meningkatkan dukungan keluarga dalam upaya kecemasan anak dengan leukemia dapat berkurang.

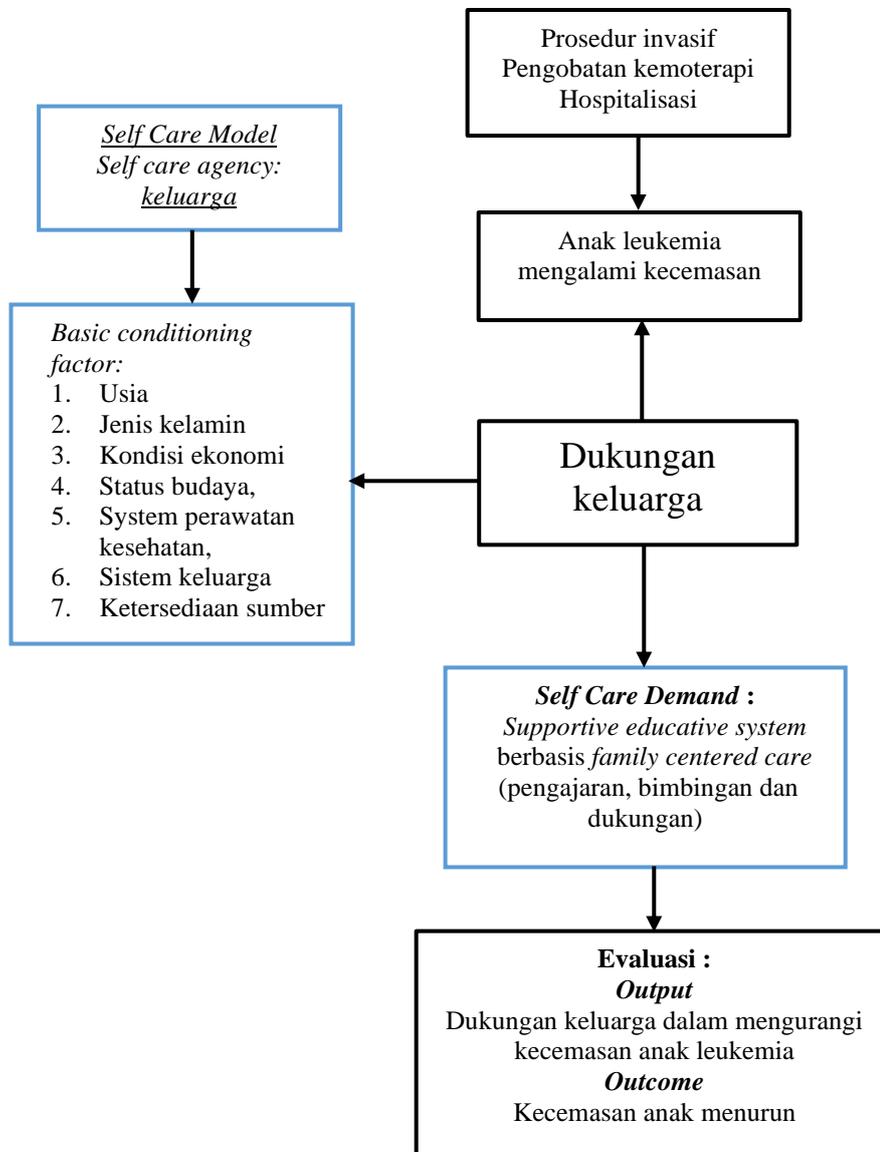
H. Penelitian Terkait

Penelitian terkait *family centered care* (FCC) pada anak dengan kanker pernah dilakukan oleh MacKay (2011) yaitu dengan hasil bahwa FCC memiliki peran yang sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan kepada keluarga dengan anak yang memiliki kanker. Saat melakukan FCC terdapat beberapa hambatan salah satunya yaitu untuk menyediakan FCC terjadi ketika keluarga pasien tidak mempercayai staf medis. Kadang-kadang, keluarga pasien yang tidak percaya pada staf perawat menjadi konfrontatif. Ini sangat menekan bagi staf perawat karena mereka harus menginvestasikan banyak waktu dan energi untuk menyelesaikan masalah dengan keluarga pasien ini.

Penelitian lain yang terkait yaitu oleh Lyon (2013) pada usia remaja dengan kanker 14 s.d 21 tahun didapatkan hasil bahwa *family centered care* memberikan manfaat untuk mempersiapkan pasien dan keluarga untuk memberikan keputusan perawatan kesehatan bagi anggota keluarga yang sakit. Intervensi yang dapat diberikan dari FCC ini adalah memberikan pemahaman kepada remaja untuk perlunya melakukan diskusi antara keluarga dan petugas kesehatan dalam mengeksplorasi perasaan, harapan, ketakutan dan pengalaman selama menjalani pengobatan.

Penelitian terkait efektivitas *supportive educative* pernah dilakukan oleh AF Darmansyah (2013) yaitu menunjukkan bahwa *supportive educative* keperawatan dapat meningkatkan *self care agency* penderita DM tipe 2 dan HbA1c melalui peningkatan *self regulation*. Model *supportive educative* dapat diterapkan pada pelayanan kesehatan di Indonesia dalam memandirikan penderita dengan DM tipe 2 dan penderita dengan penyakit kronis lainnya. Penelitian lain terkait *self care* yaitu dilakukan oleh Kusnanto (2018) menunjukkan hasil bahwa penerapan model perawatan diri Orem efektif dalam meningkatkan *self care agency*, perawatan diri, dan kualitas hidup, dan penelitian ini memberikan bukti manfaat penggunaannya dalam perawatan pasien dengan SLE di lingkungan komunitas. Penyedia perawatan kesehatan harus memasukkan model perawatan diri Orem dalam perawatan untuk meningkatkan *self care agency*, perawatan diri, dan kualitas hidup pada pasien dengan SLE.

I. Kerangka Teori



Skema 2.8 Skema Kerangka Teori
(Friedman, 2010; Alligood, 2014; Wong, 2013)