BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. DESKRIPSI DATA

1. Deskripsi lokasi penelitian

a. Sejarah berdirinya rumah sakit

Sejarah Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul berawal dari sebuah balai pengobatan dan rumah bersalin (BP/RB) yang didirikan pada tanggal 1 Maret 1966, kemudian pada tanggal 21 Agustus 1995 menjadi Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak. Pada tanggal 9 Oktober 2001 rumah sakit ini resmi menjadi Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul type C (Pratama). Rumah sakit ini terletak di Jl. Jendral Sudirman 124 Bantul dengan luas lahan 5.700 m^2 dan terakreditasi C.

b. Visi dan Misi

Visi dari Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul adalah terwujudnya rumah sakit yang islami yang mempunyai keunggulan kompetitif global, menjadi kebanggaan umat. Sedang misi dari Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul adalah berdakwah melalui

pelayanan kesehatan dengan mengutamakan peningkatan kepuasan pelanggan serta peduli pada kaum dhu'afa.

c. Falsafah

Falsafah dari Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul adalah RSU PKU Muhammadiyah Bantul merupakan perwujudan dari ilmu, iman, amal sholeh.

d. Ketenagaan dan pelayanan rumah sakit

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul dilengkapi dengan jumlah tempat tidur sebanyak 127 tempat tidur. Rumah sakit ini juga memiliki tenaga medis yang berjumlah : dokter umum sebanyak 17 orang, dokter spesialis sebanyak 15 orang, dokter gigi sebanyak 5 orang, perawat sebanyak 164 orang, dan paramedik non perawat sebanyak 14 orang.

Jenis-jenis pelayanan yang tersedia di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul diantaranya adalah pelayanan 24 jam, pelayanan penunjang medik, poliklinik, dan pelayanan lain. Pelayanan 24 jam terdiri dari Instansi Gawat Darurat, Rawat Inap, ICU, Pelayanan Bersalin, Pelayanan Operasi, Pelayanan Rukti Jenazah, dan Circumsisi (Khitan). Pelayanan penunjang medik terdiri dari Laboratorium Klinik, Farmasi, Radiologi, Ambulan 118 dan PKU DMC, dan pelayanan gizi. Poliklinik terdiri dari Poliklinik Anak, Poliklinik Penyakit Dalam, Poliklinik Kebidanan dan Penyakit Dalam,

Poliklinik Bedah (Bedah Umum, Orthopedi, Anak, Digestive, Mulut, Thoraks dan Vaskuler), Poliklinik Syaraf, Poliklinik Jiwa, Poliklinik Kulit Kelamin, Poliklinik THT, Poliklinik Gigi, Poliklinik Mata, Poliklinik Tumbuh Kembang Anak, Poliklinik Umum, Poliklinik Gisioterapi, dan Poliklinik Bidan. Pelayanan lain terdiri dari Club lansia, Club Diabetes, Tes Bebas Narkoba, Senam Hamil, Pelayanan Informasi Obat, Konsultasi Gizi, Pelayanan *Home Care*, Pelayanan Akte Kelahiran, dan *General Medical Check up (GMC).* Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul juga memiliki layanan rawat jalan yang terdiri dari unit keperawatan dengan 1 perawat, IGD dengan 15 perawat, VK dengan 9 perawat, Poliklinik dengan 16 perawat, OK dengan 9 perawat, dan ICU dengan 13 perawat.

Berdasarkan data ketenagaan Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul pada Bulan Januari Tahun 2011, terdapat delapan bangsal perawatan yaitu : Bangsal Al-Fath (VIP) memiliki perawat sebanyak 7 orang dan 3 tempat tidur, Bangsal An Nisa memiliki 13 perawat dan 17 tempat tidur, Bangsal Ar Rahman memiliki perawat sebanyak 14 dan 20 tempat tidur, Bangsal Al Kahfi memiliki perawat sebanyak 14 dan 22 tempat tidur, Bangsal Al Insan memiliki perawat sebanyak 18 dan 25 tempat tidur, Bangsal An Nuur memiliki perawat sebanyak 14 dan 19 tempat tidur, Bangsal Al A'raf memiliki 16 perawat, dan Bangsal Al Kautsar memiliki 5 perawat.

Penelitian ini dilakukan di Bangsal Ar Rahman Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul dari Bulan Februari 2012 sampai Bulan April 2012.

2. Karakteristik Subyek Penelitian

a. Karakteristik responden anak

Responden dalam penelitian ini berjumlah 35 anak yang sedang menjalani hospitalisasi dan 35 keluarga yang menunggu saat anak dirawat. Karakteristik anak dalam penelitian ini berdasarkan umur, jenis kelamin, urutan kelahiran anak, jumlah saudara, kelas perawatan, dan pengalaman dirawat. Gambaran umum karakteristik responden dapat dilihat secara rinci pada tabel-tabel dibawah ini:

Tabel 6. Distribusi Frekuensi dan Persentase Karakteritik Anak Yang Mengalami Hospitalisasi di Bangsal Ar-Rahman RSU PKU Muhammadiyah Bantul Yogyakarta (n=35)

Karakteristik Anak	Frekuensi	Persen
1. Jenis kelamin		
Laki-laki	19	54,3
Perempuan	16	45,7
Total	35	100,0
2. Urutan kelahiran anak		
Anak pertama	17	48,6
Anak ke dua	13	37,1
Anak ke tiga	5	14,3
Total	35	100,0
3. Jumlah saudara		
0	13	37,1
1	9	25,7
2	11	31,4
3	2	5,7

	Total	35	100,0
4.	**Kelas perawatan**		
	VIP	3	8,6
	Kelas I	5	14,3
	Kelas II	18	51,4
	Kelas iii	9	25,7
	Total	35	100,0
5.	**Pengalaman dirawat**		
	Pertama kali	16	45,7
	Lebih dari satu kali	19	54,3
	Total	35	100,0

Sumber: data primer

Berdasarkan tabel 6, menunjukkan bahwa jenis kelamin anak antara laki-laki dan perempuan memiliki persentase yang seimbang yaitu 54,3% dan 45,7%. Urutan kelahiran anak paling banyak adalah anak pertama yaitu 17 orang (48,6%) dan urutan kelahiran anak paling sedikit adalah anak ketiga yaitu 5 orang (14,3%). Anak yang tidak memiliki saudara (anak tunggal) memiliki persentase paling banyak yaitu 13 orang (37,1%) sedang anak dengan jumlah saudara tiga memiliki persentase paling sedikit yaitu 2 orang (5,7%). Kelas perawatan anak di rumah sakit paling banyak pada kelas II yaitu 18 orang (51,4%) dan paling sedikit pada kelas VIP yaitu 3 orang (8,6%). Antara anak yang memiliki pengalaman pertama kali dirawat dengan anak yang memiliki pengalaman dirawat lebih dari satu kali memiliki persentase hampir seimbang yaitu 45,7% dan 54,3%.

b. Karakteristik responden keluarga

Karakteristik keluarga berdasarkan umur, pendidikan, dan pekerjaan keluarga. Untuk lebih rincinya tentang gambaran umum karakteristik keluarga dapat dilihat pada tabel-tabel dibawah ini.

Tabel 7. Distribusi Frekuensi dan Persentase Karakteristik Keluarga yang Mendampingi Anak di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul (n=35)

Karakteristik Keluarga	Frekuensi	Persen
1. Umur keluarga		
20 – 40 tahun	31	88,6
41 – 65 tahun	4	11,4
Total	35	100,0
2. Pendidikan ayah		
SD	3	8,6
SLTP	4	11,4
SLTA	20	57,1
Diploma	1	2,9
Sarjana	7	20,0
Total	35	100,0
3. Pendidikan ibu		
SD	2	5,7
SLTP	4	11,4
SLTA	18	51,4
Diploma	5	14,3
Sarjana	6	17,1
Total	35	100,0
4. Pekerjaan ayah		
PNS	5	14,3
Swasta	20	57,1
Wiraswasta	6	17,1
Buruh	4	11,4
Total	35	100,0
5. Pekerjaan ibu		
PNS	2	5,7
Swasta	9	25,7
Wiraswasta	5	14,3
Buruh	3	8,6

IRT	16	45,7
Total	35	100,0

Sumber : data primer

Berdasarkan tabel 7, menunjukkan bahwa umur keluarga yang mendampingi anak selama dirawat rata-rata umur 20-40 tahun yaitu 31 orang (88,6%). Pendidikan ayah paling banyak adalah SLTA yaitu 18 orang (57,1%) dan paling sedikit adalah Diploma yaitu 1 orang (2,9%). Pendidikan ibu paling banyak adalah SLTA yaitu 18 orang (51,4%) dan paling sedikit adalah SD yaitu 2 orang (5,7%). Pekerjaan ayah paling banyak adalah swasta yaitu 20 orang (57,1%) dan paling sedikit adalah buruh yaitu 4 orang (11,4%). Pekerjaan ibu paling banyak adalah IRT yaitu 16 orang (45,7%) dan yang paling sedikit adalah PNS yaitu 2 orang (5,7%).

B. PENGUJIAN HIPOTESIS

1. Dukungan Keluarga pada Anak

Gambaran dukungan keluarga yang dimaksud dalam penelitian ini meliputi bentuk dan tingkat dukungan keluarga yang diterima oleh anak usia prasekolah yang di hospitalisasi di Bangsal Ar-Rahman RSU PKU Muhammadiyah Bantul Yogyakarta.

a. Dukungan keluarga secara umum

Dukungan keluarga yang diterima anak yang sedang di hospitalisasi dapat dilihat pada tabel 8. Kategorisasi dilakukan menjadi tiga kelompok, yaitu tingkat rendah, sedang dan tinggi.

Tabel 8. Distribusi Dukungan Keluarga Pada Anak Yang Mengalami Hospitalisasi di Bangsa Ar-Rahman RSU PKU Muhammadiyah Bantul (n=35)

Kategori dukungan keluarga	Frekuensi	Persen
Rendah	0	0
Sedang	3	8.6
Tinggi	32	91.4
Total	35	100.0

Sumber : data primer

Bedasarkan Tabel 8 diatas, menunjukkan bahwa sebagian besar anak mendapatkan dukungan keluarga berkategori tinggi yaitu sebanyak 32 responden (91,4%), dan hanya beberapa anak yang mendapatkan dukungan keluarga sedang yaitu 3 orang (8,6%), serta tidak ada anak yang mendapatkan dukungan keluarga kategori rendah (0%).

b. Jenis-jenis dukungan keluarga

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan 4 dukungan keluarga yang diberikan keluarga kepada anak adalah dalam kategori tinggi, baik dari segi dukungan informasional, dukungan emosional, dukungan instrumental, serta dukungan penghargaan dan penilaian.

Gambaran untuk setiap dukungan dapat dilihat dalam tabel dibawah ini:

Tabel 9. Gambaran Dukungan Keluarga Terhadap Anak Yang Sedang di Hospitalisasi

	Dukungan Keluarga	Frekuensi	Persen
1.	**Dukungan informasional**		
	Rendah	0	0
	Sedang	8	22,9
	Tinggi	27	77,1
	Total	35	100,0
2.	**Dukungan emosional**		
	Rendah	0	0
	Sedang	1	2,9
	Tinggi	34	97,1
	Total	35	100,0
3.	**Dukungan instrumental**		
	Rendah	2	5,7
	Sedang	4	11,4
	Tinggi	29	82,9
	Total	35	100,0
4.	**Dukungan penilaian dan penghargaan**		
	Rendah	0	0
	Sedang	2	5,7
	Tinggi	33	94,3
	Total	35	100,0

Sumber : data primer

Berdasarkan tabel 9, menunjukkan bahwa kategori dukungan keluarga sebagian besar dalam kategori tinggi. Dukungan keluarga yang paling tinggi adalah dukungan emosional yaitu 97,1% dan dukungan keluarga paling rendah adalah dukungan instrumental yaitu 5,7%.

2. Gambaran kecemasan anak

Data kecemasan dalam penelitian ini diambil menggunakan kuesioner dengan jawaban tidak pernah, kadang-kadang, sering dan selalu, dengan skor 0, 1, 2 dan 3. Kecemasan dikategorikan menjadi cemas ringan, cemas sedang, cemas berat, dan cemas sangat berat. Gambaran tingkat kecemasan responden dapat dilihat pada tabel 10 berikut ini:

Tabel 10. Gambaran Tingkat Kecemasan Anak Akibat Hospitalisasi di Bangsa Ar-Rahman RSU PKU Muhammadiyah Bantul (n=35)

Kategori kecemasan anak	Frekuensi	Persen
Ringan	15	42.9
Sedang	19	54.3
Berat	1	2.9
Panik	0	0
Total	35	100.0

Sumber : data primer

Bedasarkan Tabel 10 dapat dilihat bahwa sebanyak 15 anak mengalami cemas ringan (42,9%), 19 anak mengalami cemas sedang (54,3%), 1 anak mengalami cemas berat (2,9%), dan tidak ada anak yang mengalami cemas sangat berat (panik).

3. Hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan anak usia prasekolah

Hubungan antar variabel dukungan keluarga dengan variabel tingkat kecemasan anak usia prasekolah dapat dilihat pada tabel 11 dan 12 di bawah ini:

Tabel 11. *Crosstabulation* Dukungan Keluarga dan Kecemasan Anak

Dukungan Keluarga	Kecemasan Anak				Total
	Ringan	Sedang	Berat	Panik	
Ringan	0	0	0	0	0
	0%	0%	0%	0%	0%
Sedang	0	2	1	0	3
	0%	5,7%	2,9%	0%	8,6%
Tinggi	15	17	0	0	32
	42,9%	48,6%	0%	0%	91,4%
Total	15	19	1	0	35
	42,9%	54,3%	2,9%	0%	100%

Sumber : data primer

Pada tabel 11 dapat dilihat bahwa dukungan keluarga sedang dengan kecemasan anak ringan sebanyak 0 orang (0%), dukungan keluarga sedang dengan kecemasan anak sedang sebanyak 2 orang (5,7%), dukungan keluarga sedang dengan kecemasan anak berat sebanyak 1 orang (2,9%), dukungan keluarga tinggi dengan kecemasan anak ringan sebanyak 15 orang (42,9%), dukungan keluarga tinggi dengan kecemasan sedang sebanyak 17 orang (48,6%), dan dukungan keluarga dengan kecemasan anak berat tidak ada atau 0%. Maka dapat dilihat bahwa dukungan keluarga tinggi dengan kecemasan anak sedang memiliki persentase paling tinggi yaitu sebanyak 17 orang (48,6%).

Tabel 12. Hasil Uji Korelasi *Spearman Rho* Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kecemasan Anak Usia Prasekolah Akibat Hospitalisasi di Bangsal Ar-Rahman RSU PKU Muhammadiyah Bantul Yogyakarta (n=35)

Spearman Rho		Dukungan Keluarga	Kecemasan Anak
Dukungan Keluarga	Correlation Coefficient	1.000	-0,359

	Sig. (2tailed)		0,034
	N	35	35
Kecemasan Anak	Correlation Coefficient	-0,359	1.000
	Sig. (2tailed)	0,034	
	N	35	35

Sumber: data primer

Pada tabel 12 dapat dilihat bahwa hasil korelasi antara variabel dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan anak usia prasekolah menunjukkan nilai *(p-value)* 0,034 lebih kecil dari *(alpha)* 0,05. Berdasarkan kriteria nilai uji tersebut menunjukkan bahwa hipotesis nol ditolak dan secara statistik ada hubungan yang bermakna (signifikan) antara hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan anak usia prasekolah akibat hospitalisasi di Bangsal Ar-Rahman RSU PKU Muhammadiyah Bantul Yogyakarta.

C. PEMBAHASAN

1. Karakteristik anak

Responden dalam penelitian ini berjumlah 35 orang yang sedang menjalani hospitalisasi dan 35 keluarga yang menunggu saat anak dirawat. Karakteristik anak dalam penelitian ini berdasarkan umur, jenis kelamin, urutan kelahiran anak, jumlah saudara, kelas perawatan, dan pengalaman dirawat. Berdasarkan tabel diatas jenis kelamin anak prasekolah antara laki-laki dan perempuan memiliki frekuensi yang hampir sama yaitu

54,3% dan 45,7%. Berdasarkan hasil penelitian dari 19 pasien laki-laki sebagian besar mengalami kecemasan ringan dan 16 pasien perempuan sebagian besar mengalami kecemasan sedang. Menurut Gunarso (1995) *cit* Mariyam & Kurniawan (2008), perempuan memiliki perasaan yang lebih sensitif terhadap suatu permasalahan jika dibandingkan dengan laki-laki, sehingga mekanisme koping pada perempuan lebih buruk jika dibandingkan dengan mekanisme koping laki-laki. Maka dari itu perempuan akan lebih mengalami kecemasan jika dibandingkan dengan laki-laki.

Urutan kelahiran anak paling banyak adalah anak pertama yaitu 48,6% dan yang paling sedikit adalah anak ketiga yaitu 14,3%. Berdasarkan hasil penelitian dari 17 anak yang memiliki urutan kelahiran pertama mengalami kecemasan sedang sebanding dengan yang mengalami kecemasan ringan, anak kedua dari 13 pasien paling banyak mengalami kecemasan sedang dan anak ketiga dari 5 pasien paling banyak mengalami kecemasan ringan. Menurut Supartini (2004), anak pertama cenderung mendapatkan perhatian yang penuh dari keluarga, namun keluarga juga belum mempunyai pengalaman dalam merawat anak, sehingga keluarga selalu bersikap memenuhi segala sesuatu yang dibutuhkan anak serta selalu melindungi anaknya, oleh karena itu anak pertama akan tumbuh menjadi anak yang pencemas dan perfeksionis. Anak tengah memiliki kesempatan untuk belajar beradaptasi dengan anak terbesar dan anak

terkecil, karena anak tengah berada diantara anak tertua dan anak bungsu, sehingga anak akan tumbuh menjadi anak yang mandiri. Anak bungsu cenderung memiliki kepribadian yang hangat, ramah dan penuh perhatian terhadap orang disekitarnya, hal tersebut dikarenakan anak bungsu biasanya akan mendapatkan perhatian penuh dari semua anggota keluarganya. Teori tersebut juga berkaitan dengan jumlah saudara yang dimiliki anak.

Anak yang tidak memiliki saudara memiliki presentase paling tinggi yaitu 37,1% dan anak dengan jumlah saudara 3 memiliki presentase paling sedikit yaitu 5,7%. Berdasarkan hasil penelitian dari 13 pasien anak yang tidak memiliki saudara mengalami kecemasan ringan dan sebanding dengan anak yang mengalami kecemasan sedang. Dari 9 pasien anak yang memiliki jumlah saudara 1 orang sebagian besar mengalami kecemasan sedang. Dari 11 pasien anak yang memiliki jumlah saudara 2 orang sebagian besar mengalami kecemasan sedang. Dan dari 2 pasien anak yang memiliki jumlah saudara 3 orang masing-masing mengalami kecemasan ringan dan sedang.

Kelas perawatan paling banyak adalah kelas III yaitu 51,4% dan kelas perawatan paling sedikit adalah kelas VIP yaitu 3%. Berdasarkan penemuan peneliti didapatkan bahwa anak yang berada di bangsal VIP kebanyakan mengalami kecemasan ringan hal tersebut dikarenakan tersedianya fasilitas seperti TV, AC dan ruangan yang nyaman, untuk

bangsal kelas I memiliki fasilitas hampir sama persis dengan bangsal VIP, dari 5 pasien 3 diantaranya mengalami kecemasan sedang. Untuk bangsal kelas II didapatkan kondisi ruangan yang terkadang ramai dan tidak tersedianya hiburan TV, namun menggunakan AC, sehingga dapat diketahui dari 18 orang pasien 9 diantaranya mengalami kecemasan ringan, 8 pasien mengalami kecemasan sedang dan 1 pasien mengalami kecemasan berat, hal tersebut berkaitan dengan penyakit pasien itu sendiri dan kondisi lingkungan rumah sakit yang masih membuat beberapa anak merasa tidak nyaman. Pada bangsal kelas III didapatkan kondisi ruangan yang sempit, panas, dan minim fasilitas hiburan bagi anak-anak, dari 9 orang pasien, 2 pasien mengalami kecemasan ringan dan 7 mengalami kecemasan sedang, hal ini berkaitan dengan kondisi lingkungan rumah sakit yang kurang nyaman bagi anak. Disamping itu, di lantai dasar rumah sakit terdapat tempat permainan anak-anak sehingga apabila anak mengalami kejenuhan anak dapat bermain di tempat tersebut. Oleh karena itu, pada penelitian ini hanya didapatkan 1 pasien yang mengalami kecemasan berat, dan sebagian besar mengalami kecemasan kategori sedang sampai ringan. Hal ini didukung dari pernyataan Walgito (2004) bahwa lingkungan mempunyai pengaruh terhadap setiap individu, karena antara individu dengan lingkungannya memilki hubungan yang saling timbal balik. Selain itu, pada saat dihospitalisasi, lingkungan yang ada

dirumah sakit dapat menimbulkan stress dan kecemasan pada anak (Supartini, 2004).

Pengalaman dirawat paling banyak adalah anak yang sudah dirawat lebih dari satu kali yaitu 54,3% dan yang paling sedikit adalah yang baru pertama kali yaitu 45,7%. Menurut Supartini (2004) apabila anak pernah mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan saat dirawat di rumah sakit sebelumnya akan menyebabkan anak takut dan trauma. Sebaliknya apabila anak dirawat di rumah sakit mendapatkan perawatan yang baik dan menyenangkan maka anak akan lebih kooperatif pada perawat dan dokter. Oleh karena itu, kecemasan antara anak yang mempunyai pengalaman dirawat dengan anak yang baru pertama kali dirawat akan berbeda. Untuk anak yang pertama kali dirawat dari 16 pasien sebagian besar mengalami kecemasan sedang dan 1 pasien mengalami kecemasan berat, sedang untuk anak yang sudah dirawat lebih dari satu kali dari 19 pasien sebagian besar anak mengalami kecemasan sedang.

Anak-anak akan bereaksi terhadap *stressor-stressor* yang menghampiri pada saat masuk rumah sakit untuk pertama kali, selama proses hospitalisasi, dan pada saat anak keluar rumah sakit. Akan tetapi gambaran anak pada saat sebelum mengalami hospitalisasi tentang keadaannya lebih penting dibandingkan dengan usia dan kematangan

intelektualnya yang dapat mempengaruhi tingkat penyesuaian terhadap hospitalisasi (Wong, 2001).

2. Karakteristik keluarga

Hasil data yang didapat oleh peneliti menunjukkan bahwa umur keluarga yang mendampingi anak selama proses hospitalisasi adalah umur 20-40 tahun sebanyak 31 orang dan umur 41-65 tahun sebanyak 4 orang. Umur sebagai unsur biologis yang menunjukkan tingkat kematangan organ-organ fisik manusia terutama pada organ perseptual sehingga persepsi berlangsung. Pada saat jiwa seseorang mengolah pengertian-pengertian atau tanggapan, umur lah yang akan mempengaruhinya, sehingga kematangan proses pemikiran seseorang dipengaruhi oleh pemikirannya dimana semakin tua umur seseorang maka akan semakin tinggi proses kematangan berfikirnya (Anggraini, 2011). Dari penelitian dapat dilihat bahwa keluarga yang mendampingi anak rata-rata berumur 20-40 tahun. Hal tersebut dikarenakan berbagai alasan, salah satunya adalah karena ketersediaan dukungan keluarga yang rata-rata bersumber dari ayah, ibu, paman atau bibi. Sedang untuk keluarga yang berumur lebih dari 41 tahun jarang mendampingi anak di rumah sakit selama 24 jam.

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa sumber dukungan keluarga berasal dari ayah, ibu, bude dan nenek. Sumber dukungan berasal dari ayah sebanyak 7 orang diantaranya 2 orang berpendidikan S1, 1 orang

berpendidikan Diploma, dan 4 orang berpendidikan SLTA. Sumber dukungan yang berasal dari ibu sebanyak 26 orang diantaranya 4 orang berpendidikan S1, 3 orang berpendidikan Diploma, 14 orang berpendidikan SLTA, 4 orang berpendidikan SLTP, dan 1 orang berpendidikan SD. Sumber dukungan keluarga yang berasal dari bude sebanyak 1 orang yang berpendidikan SLTA. Dan sumber dukungan keluarga yang berasal dari nenk sebanyak 1 orang yang berpendidikan SD. Maka dapat disimpulkan bahwa sebagian besar sumber dukungan berasal dari orang tua (ayah dan ibu) yang berpendidikan SLTA.

Tingkat pendidikan orang tua berdasarkan data yang diperoleh peneliti adalah sebagian besar lulusan SLTA yaitu 57,1% dan tingkat pendidikan ayah paling sedikit adalah Diploma yaitu 2,9%. Dan untuk pendidikan ibu paling banyak adalah SLTA yaitu 51,4%, dan paling sedikit adalah SD yaitu 5,7%. Oleh karena tingkat pendidikan keluarga sebagian besar masih lulusan SLTA, maka tingkat pengetahuan keluarga masih lebih rendah dibandingkan dengan tingkat pendidikan keluarga yang lulus dari perguruan tinggi. Menurut Sacharin (1996) perbedaan tingkat pendidikan keluarga juga mempengaruhi cara mereka mendidik anaknya. Selain itu, cara bagaimana orang tua mendidik anaknya akan mempengaruhi perkembangan dari anak itu sendiri. Semakin tinggi pendidikan keluarga khususnya orang tua maka diharapkan semakin tinggi

pula pengetahuan mereka untuk memberikan dukungan keluarga bagi anak mereka guna proses tumbuh kembang yang sempurna.

Hal ini sesuai dengan pendapat Sumantri *cit* Anggraini (2011) yang menyatakan bahwa pengetahuan merupakan suatu keadaan yang muncul karena adanya persentuhan terhadap suatu perkara. Kedalaman dan keluasan dari kondisi-kondisi ini dalam pikiran dan jiwa sangat sangat bergantung pada sejauh mana reaksi, pertemuan, persentuhan, dan hubungan dengan objek-objek eksternal.

Jenis pekerjaan orang tua berdasarkan data yang diperoleh oleh peneliti paling banyak adalah untuk jenis pekerjaan swasta yaitu 57,1%, dan yang paling sedikit adalah buruh yaitu 11,4%. Dan untuk jenis pekerjaan ibu paling banyak adalah IRT yaitu 45,7%, dan yang paling sedikit adalah PNS yaitu 5,7%. Jenis pekerjaan yang dilakukan oleh orang tua tidak terlepas dari tingkat pendidikan orang tua. Dalam dunia kerja, seseorang dengan tingkat pendidikan rendah akan kalah bersaing dengan orang yang memiliki tingkat pendidikan lebih tinggi. Seorang buruh dan IRT akan memiliki pola pekerjaan yang berbeda dengan seseorang yang bekerja di sektor formal seperti PNS, selain itu baik jam kerja, tempat, dan penghasilan seseorang yang bekerja di sektor informal tidak menentu dibandingkan dengan seseorang yang bekerja di sektor formal. Orang tua yang bekerja di sektor informal berpengaruh terhadap penghasilannya, sehingga dapat mempengaruhi pemenuhan kebutuhan anak-anaknya, hal

tersebut merupakan salah satu dukungan instrumental yang dapat orang tua berikan kepada anaknya.

3. Dukungan keluarga pada anak yang sedang di hospitalisasi

a. Dukungan keluarga secara umum

Berdasarkan tabel diatas dukungan keluarga yang didapat anak dari keluarga mayoritas masuk dalam ketgori tinggi yaitu 91,4% dan untuk dukungan keluarga yang masuk kategori sedang yaitu 8,6%, sedangkan untuk dukungan keluarga kategori rendah tidak ada.

Dukungan tersebut meliputi dukungan informasional, dukungan emosional, dukungan instrumental, dan dukungan penilaian dan penghargaan. Semakin baik dukungan yang diberikan keluarga akan sangat berpengaruh dalam terapi anak, hal ini dikarenakan keluarga merupakan orang terdekat anak serta waktu terbanyak anak adalah bersama keluarga. Hal serupa dikemukakan oleh Wong (2001), bahwa perawatan anak sakit tidak akan bisa optimal bila tidak didukung oleh adanya dukungan dari keluarga.

Dukungan keluarga merupakan salah satu faktor penahan dalam menghadapi *stressor* kehidupan. Dukungan keluarga dapat berperan sebagai kekuatan individu dalam melawan penyakit atau saat menghadapi *stressor* yang lain. Tingkat dukungan sosial itu sendiri ditentukan oleh jumlah orang yang tersedia untuk memberikan bantuan dan aspek kualitas yaitu tingkat kepuasan terhadap dukungan

yang diberikan. Semakin banyak orang yang memberikan bantuan dengan tingkat kepuasan sangat puas atau puas maka dukungan sosial yang diterima seseorang dikatakan tinggi (Sarason *cit* Rahmawati, 2009).

Berdasakan fakta yang didapat peneliti, pada saat anak sedang di hospitalisasi dukungan yang diberikan keluarga sangat positif, anggota keluarga senantiasa menemani anak di rumah sakit selama 24 jam. Selain itu, jika dilihat dari sumber dukungan keluarga, sebagian besar bersumber dari orang tua pasien, karena orang tua merupakan orang terdekat dari anak yang akan senantiasa memenuhi segala sesuatu yang dibutuhkan anak, maka dukungan yang diberikanpun akan senantiasa tinggi. Akan tetapi, setiap keluarga memiliki tingkat dukungan keluarga tidak sama antara satu sama lain. Oleh sebab itu, dalam penelitian ini hampir seluruh dari responden (35 orang) mendapatkan dukungan keluarga dalam kategori tinggi.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Rahmawati (2009), keluarga paling banyak memberikan dukungan dalam kategori sedang sekitar 53,8% dari responden yang berjumlah 78 orang. Hal ini dimungkinkan karena peneliti banyak mendapatkan sumber dukungan keluarga dari orang tua anak yaitu 63 orang yang bersumber dari ibu dan 10 orang bersumber dari ayah, serta sebagian kecil bersumber dari kakek, nenek dan kakak.

Keluarga sudah memberikan dukungan yang sangat baik terhadap anak yang sedang dihospitalisasi. Hal tersebut dikarenakan keluarga sudah menyadari betapa pentingnya dukungan yang mereka berikan untuk kesembuhan anak-anaknya. Keluarga merupakan orang terdekat dari anak yang selalu siap memberikan dukungan berupa informasi, perhatian, bantuan nyata dan pujian bagi anak.

Menurut Friedman *cit* Wibowo (2008), dukungan keluarga adalah sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya yang sakit. Dimana keluarga juga memiliki fungsi sebagai pendukung bagi anggota keluarganya. Dalam hal ini, anggota keluarga memiliki pandangan bahwa orang yang bersifat mendukung, selalu siap untuk memberi pertolongan dan bantuan jika dibutuhkan.

Keluarga paling sedikit memberikan dukungan sedang yaitu hanya 3 orang (8,6%). Hal ini terjadi karena berdasarkan karakteristik pekerjaan. Keluarga yang tidak memiliki pekerjaan dan keluarga yang memiliki pekerjaan dengan penghasilan minim akan kurang memberikan dukungan keungan untuk kebutuhan pelayanan kesehatan dan bantuan kebutuhan sehari-hari. Anak yang dihospitalisasi akan membutuhkan biaya penginapan, obat-obatan, dan biaya lain menyangkut perawatannya dirumah sakit. Oleh karena itu keluarga yang tidak bekerja atau minim penghasilan akan kurang memberikan dukungan dalam hal biaya.

Menurut Litaay *cit* Handayani (2008). Faktor ekonomi akan berpengaruh baik pada angka kejadian sakit maupun pada angka kesembuhan. Kemampuan seseorang untuk berobat maupun dalam hal perawatan sangat dipengaruhi oleh faktor ekonomi itu sendiri.

b. Jenis-jenis dukungan keluarga

Menurut Friedman (1998) *cit* Rahmawati (2009), dukungan keluarga dibagi menjadi empat fungsi dasar yaitu dukungan informasional, dukungan emosional, dukungan instrumental, dan dukungan penghargaan dan penilaian. Berdasarkan tabel diatas didapatkan bahwa keluarga memberikan dukungan informasional sebagian besar dalam kategori tinggi yaitu 77,1% dan paling sedikit dalam kategori sedang yaitu 22,9%. Keluarga memberikan dukungan dalam kategori tinggi karena berdasarkan karakteristik pendidikan. Sebagian besar keluarga berpendidikan cukup baik tingkat sarjana yaitu 20,0% untuk ayah dan 17,1% untuk ibu. Tingkat pendidikan diploma yaitu 2,9% untuk ayah dan 14,3% untuk ibu. Tingkat pendidikan SLTA yaitu 57,1% untuk ayah dan 51,4% untuk ibu. Tingkat pendidikan SLTP yaitu 11,4% untuk ayah dan ibu. Dan tingkat pendidikan SD yaitu 8,6% untuk ayah dan 5,7% untuk ibu. Tingkat pengetahuan tersebut sangat mempengaruhi informasi dan pengetahuan yang didapatkan oleh keluarga. Salah satu peran ayah dan ibu adalah sebagai pendidik, oleh karena itu pendidikan merupakan

salah satu faktor utama untuk dapat mendidik anak dengan baik (Johnson R & Leny R, 2010).

Keluarga memberikan dukungan emosional paling banyak masuk dalam kategori tinggi yaitu 97,1% dan paling sedikit masuk dalam kategori sedang yaitu 2,9%. Dukungan yang diberikan masuk dalam kategori tinggi karena keluarga selalu memenuhi kebutuhan anak dengan sabar, penuh perhatian, selalu mendengarkan keluhan anak, dan menemani anak selama di rumah sakit. Pernyataan tersebut didukung oleh Friedman *cit* Rahmawati (2009), bahwa dukungan emosional merupakan bentuk dukungan yang memberikan ungkapan empati, perhatian, dan kepedulian. Menurut Yusuf (2011), perkembangan emosi para anggota keluarga dipengaruhi oleh kebahagiaan yang ada pada keluarga itu sendiri, dan kebahagiaan itu dapat diperoleh apabila keluarga dapat memerankan fungsinya dengan baik. Dimana fungsi dasar keluarga adalah memberikan rasa memiliki, rasa aman, kasih sayang, dan mengembangkan hubungan yang baik antara anggota keluarganya.

Keluarga memberikan dukungan instrumental paling banyak masuk dalam kategori tinggi yaitu 82,9%, dan paling sedikit masuk dalam kategori rendah yaitu 5,7%. Berdasarkan fakta yang didapat oleh peneliti keluarga selalu menunggui anak selama dirawat dirumah sakit, dan selalu menyediakan apa yang dibutuhkan oleh anaknya. Hal

ini dapat dilihat bahwa selama proses perawatan sebagian besar keluarga menyediakan mainan kesukaan anak dan buku cerita. Hanya ada beberapa keluarga saja yang memberikan dukungan dalam bentuk materi, tenaga, dan sarana dalam kategori rendah. Hal ini dikarenakan karakteristik keluarga, sebagian keluarga ada yang tidak bekerja dan ada yang bekerja dengan pendapatan minim. Hal ini didukung oleh Jhonson R & Leny R (2010) bahwa salah satu fungsi keluarga yaitu memenuhi apa yang dibutuhkan oleh anggota keluarganya baik dimasa sekarang maupun untuk masa yang akan datang.

Keluarga memberikan dukungan penghargaan dan penilaian paling banyak masuk dalam kategori tinggi yaitu 94,3% dan paling sedikit masuk dalam kategori sedang yaitu 5,7%. Keluarga memberikan dukungan untuk kesembuhan anak dan selalu memberikan pujian atas apa yang telah anak lakukan berkaitan dengan proses perawatan, seperti minum obat, mau diperiksa dokter, dan saat anak mau makan. Dalam hal ini keluarga sudah sangat baik memberikan dukungan. Menurut Friedman (1998) *cit* Rahmawati (2009) dalam memberikan dukungan penghargaan dan penilaian keluarga bertindak sebagai pembimbing umpan balik dan menjadi penengah pemecah masalah serta sebagai sumber dan validator

identitas anggota keluarga diantaranya dengan memberikan *support*, penghargaan, dan perhatian.

4. Tingkat kecemasan anak usia prasekolah yang sedang di hospitalisasi

Tingkat kecemasan dalam penelitian ini adalah: cemas ringan, cemas sedang, cemas berat, dan panik. Berdasarkan tabel didapatkan bahwa kecemasan anak paling banyak masuk dalam tingkatan kecemasan sedang yaitu 54,3% dan kecemasan paling sedikit masuk dalam tingkatan cemas berat yaitu 2,9%. Anak banyak mengalami cemas sedang karena berdasarkan karakteristik pengalaman anak dirawat, dari seluruh responden pengalaman anak dirawat lebih dari satu kali lebih banyak yaitu 54,3% dibandingkan dengan pengalaman pertama kali dirawat yaitu 45,7%. Dikarenakan anak memiliki pengalaman sebelumnya mengenai proses perawatan dirumah sakit maka kecemasan yang muncul lebih rendah jika dibandingkan dengan pengalaman pertama kali (Ramadiana, 2010).

Pengalaman sebelumnya terhadap proses sakit dan dirawat sangat berpengaruh. Apabila anak pernah menglami pengalaman yang tidak menyenangkan saat dirawat di rumah sakit sebelumnya akan menyebabkan anak takut dan trauma. Sebaliknya apabila anak dirawat di rumah sakit mendapatkan perawatan yang baik dan menyenangkan maka anak akan lebih kooperatif pada perawat dan dokter (Supartini, 2004).

Respon kecemasan merupakan suatu keadaan yang kompleks, yang melibatkan respon kognitif, motorik dan fisiologi. Pada respon kognitif anak akan berfikir dirinya menjadi cacat, membayangkan akan cidera, dan merasa tidak berdaya (Sumiati, dkk, 2009). Anak prasekolah terkadang mengalami kesukaran dalam menginterpretasikan dan memberikan penerangan mengenai apa yang orang dewasa anggap sederhana namun bagi anak prasekolah dianggap sesuatu yang kompleks (Sacharin 1996). Sistem pendukung yang tersedia akan membantu anak beradaptasi dengan lingkungan rumah sakit, selain itu anak juga akan mencari dukungan orang terdekatnya untuk melepaskan tekanan akibat dari proses hospitalisasi yang ia alami (Ramadiana, 2010).

Mayoritas anak mengalami kecemasan sedang dikarenakan dalam proses hospitalisasi kecemasan yang timbul terkait dengan usia anak prasekolah dan pengalaman anak di rawat dirumah sakit, mungkin juga karena mekanisme pembelaan yang digunakan kurang sesuai. Mekanisme pembelaan tersebut dipakai berdasarkan pada kepribadian masing-masing individu serta lingkungan sosialnya seperti cara pandang hidup, kepercayaan, adat istiadat dalam keluarga, dan pengaruh dari teman. Reaksi seseorang dalam menghadapi kecemasan adalah dengan menghilangkan bahaya atau menghilangkan kecemasannya. Proses inilah yang disebut sebagai mekanisme pembelaan atau penyesuaian (Maramis *cit* Rahmawati, 2009).

5. Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan anak usia prasekolah akibat hospitalisasi

Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan anak usia prasekolah akibat hospitalisasi di Bangsal Ar-Rahman RSU PKU Muhammadiyah Bantul Yogyakarta, setelah dilakukan perhitungan menggunakan uji *Spearman Rho* didapatkan nilai *(p-value)* 0,034 lebih kecil dari *(alpha)* 0,05. Berdasarkan kriteria nilai uji tersebut menunjukkan bahwa hipotesis nol ditolak dan secara statistik ada hubungan yang bermakna (signifikan) antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan anak usia prasekolah akibat hospitalisasi di Bangsal Ar-Rahman RSU PKU Muhammadiyah Bantul Yogyakarta.

Hipotesis dalam penelitian ini adalah Ho: tidak ada hubungan ant ara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan anak usia prasekolah akibat hospitalisasi di Bangsal Ar-Rahman RSU PKU Muhammadiyah Bantul Yogyakarta dan Ha: ada hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan anak usia prasekolah akibat hospitalisasi di Bangsal Ar-Rahman RSU PKU Muhammadiyah Bantul Yogyakarta. Kriteria yang digunakan apabila *(p-value)* lebih kecil dari *(alpha)* 0,05 maka hipotesis nol ditolak, dengan kata lain hipotesis alternatif diterima. Dari uji statistik diperoleh nilai *(p-value)* 0,034 lebih kecil dari *(alpha)* 0,05. Sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan anak usia prasekolah akibat

hospitalisasi di Bangsal Ar-Rahman RSU PKU Muhammadiyah Bantul Yogyakarta.

Berdasarkan tabel 12 korelasi antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan anak usia prasekolah akibat hospitalisasi dengan menggunakan uji *Spearman Rho* didapatkan hasil nilai r = -0,359. koefisien korelasi (r) memberikan hasil negatif, hal ini berarti bahwa adanya hubungan terbalik antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan anak usia prasekolah akibat hospitalisasi yang menunjukkan semakin tinggi dukungan keluarga yang diberikan semakin rendah kecemasan yang dialami anak usia prasekolah akibat hospitalisasi (Dahlan, 2008).

Hasil ini didukung penelitian Murniasih dan Rahmawati (2007), bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kecemasan anak akibat hospitalisasi. Jadi semakin tinggi dukungan keluarga yang diberikan maka akan semakin rendah tingkat kecemasan anak. Namun penelitian dari Rahmawati (2009) tidak sependapat dengan hasil penelitian ini, penelitian tersebut menyebutkan bahwa tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kecemasan anak yang akan menjalani sunat di Yogyakarta. Hal tersebut dikarenakan kecemasan disebabkan oleh *multifactorial* sehingga banyak hal yang mempengaruhi kecemasan seperti ekonomi, psikososial dan biologis yang tidak diteliti dalam penelitian tersebut.

Dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga berperan penting dalam mengurangi tingkat kecemasan yang dialami anak saat menjalani proses hospitalisasi. Dukungan keluarga tersebut akan mampu mengurangi kecemasan anak prasekolah yang di hospitalisasi. Dari hasil penelitian ini membuktikan bahwa dukungan keluarga yang tinggi akan mengurangi tingkat kecemasan pada anak usia prasekolah akibat hospitalisasi.

D. KEKUATAN DAN KELEMAHAN PENELITIAN

1. Kekuatan Penelitian
   a. Penelitian ini dapat diterapkan di rumah sakit dan di keluarga. Di rumah sakit dapat sebagai informasi bagi perawat mengenai perlunya mengoptimalkan dukungan keluarga untuk anak yang sedang dirawat yang berguna untuk menurunkan tingkat kecemasan anak. Sedangkan untuk keluarga dapat sebagai informasi dan dukungan bagi keluarga untuk lebih mengoptimalkan dukungan yang diberikan kepada anak.
   b. Sepengetahuan peneliti, penelitian ini yang pertama dilakukan di RSU PKU Muhammadiyah Bantul.
2. Kelemahan Penelitian
   a. Peneliti tidak dapat mengendalikan variabel pengganggu seperti pendidikan keluarga, perlukaan tubuh, orang asing, dan peralatan medis yang dapat memicu tingkat kecemasan anak usia prasekolah akibat hospitalisasi.

b. Sampel yang diambil kurang banyak dikarenakan keterbatasan waktu, biaya, dan juga tenaga dari peneliti.