

EFEKTIFITAS LINGKUNGAN TERAPETIK TERHADAP REAKSI HOSPITALISASI PADA ANAK

Umi Solikhah*

*Departemen Keperawatan Anak

Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Purwokerto
Jl. Letjend Soepardjo Roestam Sokaraja Purwokerto 53186 Indonesia

umi_zian@yahoo.com

Abstrak

Anak yang dirawat di rumah sakit sering mengalami reaksi hospitalisasi dalam bentuk anak rewel, tidak mau didekati oleh petugas kesehatan, ketakutan, tampak cemas, tidak kooperatif, bahkan *tamper tantrum*. Tujuan untuk mengetahui efektifitas lingkungan terapeutik terhadap reaksi hospitalisasi pada anak. Rancangan penelitian *quasy eksperiment* dengan desain *crosssectional*. Sampel 44 anak usia 1-13 tahun. Analisis data dengan *independent t-test dan chi-square*. Hasil penelitian diperoleh lingkungan terapeutik efektif untuk meminimalkan reaksi hospitalisasi. Reaksi hospitalisasi ditunjukkan dengan angka signifikansi dari variabel reaksi hospitalisasi yang meliputi kecemasan anak ($p\text{-value}=0,004$), sikap kooperatif ($p\text{-value}=0,000$), respon anak ($p\text{-value}=0,000$), mood anak ($p\text{-value}=0,000$), dan sikap penerimaan pada petugas ($p\text{-value}=0,000$). Hendaknya perawat ruang anak menerapkan lingkungan terapeutik sehingga dapat meminimalkan reaksi hospitalisasi negatif.

Kata kunci: lingkungan terapeutik, reaksi hospitalisasi

Abstract

Children hospitalized often have reactions to hospitalization in a fussy child, refuse to be approached by nurse, fear, looking anxious, uncooperative, even *tamper tantrums*. Order to determine the effectiveness of the therapeutic environment to the reaction of hospitalization in children. The study design *quasy experiment* with *cross sectional*. Samples were 44 children aged 1-13 years. Analysis of the data by *independent t-test and chi-square*. The results obtained effective therapeutic environment to minimize reaction to hospitalization. Reaction hospitalization indicated by the significance of the variable hospitalization reactions include anxiety child ($p\text{-value} = 0.004$), cooperation ($p\text{-value} = 0.000$), child's responses ($p\text{-value} = 0.000$), mood children ($p\text{-value} = 0.000$), and the official acceptance ($p\text{-value} = 0.000$).

The nurse should apply a therapeutic environment, so as minimize negative reactions to hospitalization.

Key words: therapeutic environment, the reaction hospitalization.

Pendahuluan

Anak yang dirawat di rumah sakit sering mengalami reaksi hospitalisasi dalam bentuk anak rewel, tidak mau didekati oleh petugas kesehatan, ketakutan, tampak cemas, tidak kooperatif, bahkan *tantrum*. Menurut Ball dan Bindler (2003), anak yang dirawat di rumah sakit berada pada lingkungan asing yang tidak diketahuinya, dikelilingi orang-orang asing, peralatan, dan pemandangan sekitar menakutkan; sehingga menimbulkan reaksi hospitalisasi.

Reaksi hospitalisasi pada anak diasumsikan dapat diminimalisir dengan keberadaan lingkungan yang terapeutik. Menurut Smith dan Watkins (2010), lingkungan terapeutik meliputi efek psikososial lingkungan, efek lingkungan terhadap sistem immune, dan bagaimana pengaturan ruangan yang menarik. Setting ruang rawat anak yang menarik diharapkan memberikan kesenangan tersendiri sehingga anak menjadi tidak cemas selama hospitalisasi. Anak yang kooperatif ketika dilakukan tindakan keperawatan merupakan salah satu tanda anak yang tidak cemas akibat hospitalisasi.

Penerapan lingkungan terapeutik oleh perawat baik fisik maupun non fisik perlu diteliti, sehingga diharapkan dapat memberi masukan kepada manajemen untuk peningkatan kualitas pelayanan.

Lingkungan terapeutik yang diharapkan dapat meminimalkan reaksi hospitalisasi negatif diantaranya penataan ruang, restrain terapeutik, sikap dan komunikasi perawat terapeutik, permainan terapeutik, seni, dan terapi musik (Nesbit & Tabatt-Haussmann, 2008; Ghazali & Abbas, 2011; CNO, 2009; RCN, 2010). Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui efektifitas lingkungan terapeutik terhadap reaksi hospitalisasi pada anak.

Respon anak ketika menghadapi efek hospitalisasi, bisa dalam bentuk kecemasan, takut prosedur invasif, tidak kooperatif, tantrum, dan menolak petugas kesehatan. Pada anak usia sekolah cenderung mulai matur baik fisik maupun mental, konsep waktu difahami dengan baik, sehingga orang tua tinggal menganjurkan sesuatu ketika berkunjung ke rumah sakit. Stress terhadap prosedur tindakan yang dilakukan berperan penting terhadap kemunduran atau perubahan perilaku (Ball & Bindler, 2003). Walaupun tingkat pemahaman mereka tentang konsep tubuh sudah mulai ada, efek hospitalisasi tetap menjadi masalah bagi anak usia sekolah.

Anak yang dirawat di rumah sakit menunjukkan reaksi menangis karena kesakitan dan hospitalisasi. Penyebab penurunan *mood* antara lain perubahan

status kesehatan dan lingkungan yang jauh dari rutinitasnya sehari-hari serta keterbatasan coping mekanisme anak dalam memecahkan masalah. Reaksi anak terhadap hospitalisasi dipengaruhi oleh faktor usia, pengalaman sakit, perpisahan, pengalaman dirawat di rumah sakit, pembawaan anak dan ketrampilan coping, kegawatan diagnosa, dan *support system* (Hockenberry & Wilson, 2009).

Reaksi hospitalisasi yang ditunjukkan pada anak usia sekolah lebih ringan dibandingkan dengan anak usia *toddler* dan pra sekolah. Anak yang pernah merasakan sakit sebelumnya akan merespon sakitnya saat ini dengan lebih positif. Perpisahan dengan rutinitas sehari-hari bagi anak usia sekolah menjadi faktor penting penyebab munculnya reaksi negatif hospitalisasi. Anak yang pernah dirawat di rumah sakit yang sama akan merasa lebih terbiasa dibandingkan dengan yang baru pertama kali di rawat. Pembawaan anak yang tenang dan kemampuan ketrampilan coping yang baik akan lebih menunjukkan reaksi positif. Kegawatan diagnosa menjadi sumber ketakutan anak dan orang tua. *Support system* yang cukup dari keluarga, sekolah, dan lingkungan sosial terutama dari teman sebaya.

Teori lingkungan terapeutic meliputi psikologi lingkungan (efek psikososial dari

lingkungan), *psychoneuroimmunology* (efek lingkungan terhadap sistem immune); *neuroscience* (bagaimana pemikiran arsitektur atau desain ruang). Fasilitas pelayanan kesehatan untuk pasien diharapkan dapat meningkatkan kesehatan, keamanan, dan hubungan sosial yang normal, dan tidak terkesan mengisolasi. Desain lingkungan yang terapeutic diperlukan untuk pasien di lingkungan rumah sakit (Smith & Watkins, 2010). Ruang rawat anak perlu desain ruang menarik.

Desain ruang yang terapeutic di ruang rawat anak diantaranya penggunaan sprei bergambar, hiasan bergambar kartun, restrain infus bergambar, permainan terapeutic, dan komunikasi perawat yang terapeutic. Disamping itu kombinasi musik dan seni dapat juga diterapkan. Terapi musik dapat dilakukan dengan diperdengarkannya musik yang disukai anak, sedangkan terapi seni dapat diterapkan dengan menggambar bebas. Nesbit dan Tabatt-Hausmann (2008), meneliti tentang peran kreatif terapi seni dan musik untuk anak kanker dan kelainan darah. Kombinasi kedua terapi tersebut dinilai sangat efektif di lingkungan pasien onkologi dan hematologi sebab dapat membantu mengurangi nyeri dan mempengaruhi emosi secara non-farmakologis. Kombinasi terapi musik dan

seni tersebut secara non-farmakologis membuktikan terjadinya sistem aktivasi reticular otak dan koordinasi sensori terkoordinasi dengan baik, sehingga anak lebih mudah menerima informasi. Hal ini menurunkan kecemasan dan memberikan dampak relaksasi (Nesbit & Tabatt-Hausmann, 2008).

Metode Penelitian

Metode penelitian kuantitatif, jenis *quasy experiment*. Pendekatan penelitian dengan *cross sectional design* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Penilaian terhadap penguasaan kasus dan kemampuan skill mahasiswa keperawatan dilakukan pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi, masing-masing kelompok sampel berjumlah 22 anak yang dirawat di ruang Cempaka Rumah Sakit Goetheng Taroenadibrata Purbalingga.

Teknik analisis data yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah analisis *bivariat* untuk menguji hubungan dan perbedaan antara dua variabel. Analisis ini berguna untuk membuktikan hipotesa yang telah dirumuskan oleh peneliti. Untuk melihat pengaruh *bed side teaching* terhadap penguasaan kasus dan kemampuan skill pada kelompok intervensi dan kelompok non intervensi digunakan uji *independent t-test*.

Teknik analisis data yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariat numerik dan kategorik untuk variabel karakteristik responden dan deskripsi variabel reaksi hospitalisasi; analisis bivariat untuk variabel hubungan lingkungan terapeutik dengan reaksi hospitalisasi.

Hasil dan Pembahasan

1. Karakteristik Responden

Responden adalah anak usia 1-13 tahun yang sedang dirawat di ruang anak Rumah Sakit Umum Daerah Goetheng Tarunadibrata Purbalingga. Jumlah responden 44 yang terdiri atas 22 responden kelompok intervensi (dilakukan perlakuan tindakan lingkungan terapeutik) dan 22 responden kelompok kontrol (sesuai yang dilakukan di rumah sakit). Sebaran responden berdasarkan umur, frekuensi nadi, frekuensi dirawat, jenis kelamin, frekuensi pernafasan, dan pendampingan orang tua seperti dalam tabel berikut:

Tabel 1. Distribusi frekuensi karakteristik responden

Variabel	Intervensi (n=22)		Kontrol (n=22)	
Umur				
Mean±SD	3,95±3,27		6,27±3,99	
Min-Max	1-10		2-13	
Frekuensi Nadi				
Mean±SD	95,22±5,88		109,77±9,28	
Min-Max	85-110		92-120	
Jumlah kali rawat				
Mean±SD	1,22±0,52		1,45±1,05	
Min-Max	1-3		1-5	
	Frekuensi		Frekuensi	
	n	(%)	n	(%)
Jenis Kelamin				
Laki-laki	7	31,8	16	72,80
Perempuan	15	78,2	6	2,72
Frekuensi Pernafasan				
Kurang dari 40 kali/mnt	20	91,0	11	50,0
Lebih dari 40 kali/mnt	2	9,0	11	50,0
Pendampingan orang tua				
Orang tua	21	95,4	17	77,2
Non orang tua	1	4,6	5	22,8

Rata-rata usia pada kelompok intervensi adalah 3,95 tahun dan pada kelompok kontrol memiliki rata-rata usia 6,27 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa rata-rata usia pada kelompok intervensi lebih muda dari pada kelompok kontrol. Walaupun lebih muda melalui pelaksanaan pelayanan yang tepat kepada anak selama perawatan saat dihospitalisasi, tidak menutup kemungkinan untuk memperoleh reaksi hospitalisasi yang lebih positif pada kelompok intervensi.

Rata-rata frekuensi nadi pada kelompok intervensi adalah 95,22 kali per menit dan pada kelompok kontrol memiliki rata-rata frekuensi nadi sebesar 107,77 kali per menit. Frekuensi nadi pada kelompok intervensi lebih stabil dari pada kelompok

kontrol, karena anak cenderung merasa lebih nyaman berada pada lingkungannya.

Secara umum anak yang sudah beberapa kali dirawat akan lebih ringan reaksi hospitalisasi yang ditunjukkan. Lama dirawat pada kelompok intervensi sebanyak 1,22 kali dalam 3 bulan terakhir, sedangkan pada kelompok kontrol sebanyak 1,45 kali dalam 3 bulan terakhir. Hal ini sudah menunjukkan kondisi yang tidak jauh berbeda antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, sehingga dapat meminimalkan bias.

Berdasarkan jenis kelamin, responden anak perempuan lebih banyak pada kelompok intervensi yaitu 15 anak (78,2%) dan pada kelompok kontrol lebih banyak responden laki-laki yaitu 16 anak (72,80%). Anak perempuan memiliki kecenderungan lebih mudah penyesuaian dirinya dari pada anak laki-laki.

Responden pada kelompok intervensi memiliki frekuensi nafas yang kurang dari 40 kali per menit sebanyak 20 anak (45,5%) dan pada kelompok kontrol seimbang masing-masing 50%. Kondisi ini menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi lebih stabil. Mayoritas responden didampingi oleh orang tuanya baik pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol. Pendampingan oleh orang tua memungkinkan rasa aman dirasakan oleh anak selama hospitalisasi.

2. Karakteristik Lingkungan Terapeutik

Karakteristik lingkungan terapeutik yang dimaksud dalam penelitian ini adalah adanya perlakuan untuk menciptakan lingkungan yang terapeutik. Perlakuan yang di laksanakan meliputi komunikasi terapeutik saat melakukan tindakan, pencitraan lingkungan tempat tidur (memasang stiker bergambar di kamar, penggunaan spreng bermotif kartun, penggunaan bidai restrain infus yang bergambar, dan pemakaian rompi bergambar saat melakukan tindakan keperawatan.

Perlakuan untuk menciptakan lingkungan yang terapeutik menjadi salah satu pilihan dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak yang dirawat. Perlakuan yang di laksanakan meliputi komunikasi terapeutik saat melakukan tindakan, pencitraan lingkungan tempat tidur (memasang stiker bergambar di kamar, penggunaan spreng bermotif kartun, penggunaan bidai restrain infus yang bergambar, dan pemakaian rompi bergambar saat melakukan tindakan keperawatan. Desain lingkungan yang terapeutik diperlukan untuk pasien di lingkungan rumah sakit (Smith & Watkins, 2010).

3. Karakteristik Reaksi Hospitalisasi Anak

Karakteristik reaksi hospitalisasi anak dalam penelitian ini dapat digambarkan dalam tabel berikut ini.

Tabel 2. Distribusi frekuensi karakteristik reaksi hospitalisasi

Variabel	Intervensi (n=22)		Kontrol (n=22)	
Kecemasan				
Mean±SD	5,91±2,58		8,45±2,95	
Min-Max	2-13		4-15	
	Frekuensi		Frekuensi	
	n	(%)	n	(%)
Tingkat kooperatif				
Kooperatif	20	91,0	14	63,6
Tidak kooperatif	2	9,0	8	36,4
Respon				
Tenang	18	81,8	17	77,2
Tantrum	4	18,2	5	22,8
Mood				
Gembira	14	63,6	5	22,8
Sedih	8	36,4	17	77,2
Penerimaan pada petugas				
Menerima	18	81,8	13	49,0
Menolak	4	18,2	9	20,5

Rata-rata skor kecemasan pada kelompok intervensi adalah 5,91 dengan standar deviasi 2,58 dan pada kelompok kontrol memiliki rata-rata skor kecemasan sebesar 8,45 dengan standar deviasi 2,95. Hal ini menunjukkan adanya perbedaan skor kecemasan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Reaksi hospitalisasi berdasarkan tingkat kooperatif, responden kooperatif lebih banyak pada kelompok intervensi yaitu 20 anak (91,0%) dan pada kelompok kontrol lebih banyak yang kooperatif namun angkanya tidak sebesar pada kelompok intervensi yaitu 14 anak (62,60%). Anak lebih kooperatif ketika disekitarnya lebih menyenangkan dan situasinya tidak

menegangkan atau menakutkan. Responden pada kelompok intervensi memiliki respon tenang sebanyak 18 anak (81,8%) dan pada kelompok kontrol sebanyak 17 anak (77,2%). Hal ini menunjukkan respon yang positif ketika dilakukan implementasi lingkungan terapeutic.

Mood gembira anak didominasi kelompok intervensi dan mood sedih didominasi kelompok kontrol. Anak-anak yang menerima petugas kesehatan sebesar 18 anak (81,8%) dan 13 anak (49%) anak menerima petugas kesehatan pada kelompok kontrol. Desain ruang yang terapeutic di ruang rawat anak diantaranya penggunaan sprei bergambar, hiasan bergambar kartun, restrain infus bergambar, permainan terapeutic, dan komunikasi perawat yang terapeutic. Disamping itu kombinasi musik dan seni dapat juga diterapkan. Terapi musik dapat dilakukan dengan diperdengarkannya musik yang disukai anak, sedangkan terapi seni dapat diterapkan dengan menggambar bebas. Nesbit dan Tabatt-Hausmann (2008), meneliti tentang peran kreatif terapi seni dan musik untuk anak kanker dan kelainan darah. Kombinasi kedua terapi tersebut dinilai sangat efektif di lingkungan pasien onkologi dan hematologi sebab dapat membantu

mengurangi nyeri dan mempengaruhi emosi secara non-farmakologis.

4. Efektifitas Lingkungan Terapeutic terhadap Reaksi Hospitalisasi

Efektifitas lingkungan terapeutic terhadap reaksi hospitalisasi anak, tertuang dalam tabel berikut ini.

Tabel. 3. Efektifitas Lingkungan Terapeutic terhadap Reaksi Hospitalisasi Anak

Variabel	Intervensi (n=22)		Kontrol (n=22)		p-value
Kecemasan	5,91±2,58		8,45±2,95		0.04
Mean±SD	2-13		4-15		
Min-Max	Frekuensi		Frekuensi		
	n	(%)	n	(%)	
Tingkat kooperatif					0.000
Kooperatif	20	91,0	14	63,6	
Tidak kooperatif	2	9,0	8	36,4	
Respon					0.000
Tenang	18	81,8	17	77,2	
Tantrum	4	18,2	5	22,8	
Mood					0.000
Gembira	14	63,6	5	22,8	
Sedih	8	36,4	17	77,2	
Penerimaan pada petugas					0.000
Menerima	18	81,8	13	49,0	
Menolak	4	18,2	9	20,5	

Hasil uji antara reaksi hospitalisasi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol menunjukkan bahwa angka signifikansi dari variabel reaksi hospitalisasi yang meliputi kecemasan anak ($p\text{-value}=0,004$), sikap kooperatif ($p\text{-value}=0,000$), respon anak ($p\text{-value}=0,000$), mood anak ($p\text{-value}=0,000$), dan sikap penerimaan pada petugas ($p\text{-value}=0,000$) adalah efektif.

Anak yang dirawat di rumah sakit menunjukkan reaksi menangis karena kesakitan dan hospitalisasi. Penyebab penurunan mood antara lain perubahan status kesehatan dan lingkungan yang jauh dari rutinitasnya sehari-hari serta keterbatasan coping mekanisme anak

dalam memecahkan masalah. Reaksi anak terhadap hospitalisasi dipengaruhi oleh faktor usia, pengalaman sakit, perpisahan, pengalaman dirawat di rumah sakit, pembawaan anak dan ketrampilan coping, kegawatan diagnosa, dan *support system* (Hockenberry & Wilson, 2009). Dampak hospitalisasi menjadi kendala terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien anak, sehingga diperlukan upaya perawat untuk kreatif melakukan upaya lingkungan terapeutic untuk memberikan reaksi hospitalisasi yang positif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa upaya melakukan lingkungan terapeutic mampu memberikan reaksi hospitalisasi yang positif.

Simpulan dan Saran

Lingkungan terapeutic efektif untuk meminimalkan reaksi hospitalisasi. Reaksi hospitalisasi ditunjukkan dengan angka signifikansi dari variabel reaksi hospitalisasi yang meliputi kecemasan anak ($p\text{-value}=0,004$), sikap kooperatif ($p\text{-value}=0,000$), respon anak ($p\text{-value}=0,000$), mood anak ($p\text{-value}=0,000$), dan sikap penerimaan pada petugas ($p\text{-value}=0,000$).

Hendaknya manajemen rumah sakit memberikan dukungan penuh terhadap pelaksanaan lingkungan terapeutic pada pelayanan keperawatan anak di ruang

rawat anak, melalui program penyediaan sarana-prasarana dan kebijakan pengembangan sumber daya petugas kesehatan. Manajemen rumah sakit memberikan sistem *reward* bagi petugas kesehatan yang berprestasi dan kreatif, serta memberikan *punishment* yang tepat untuk petugas kesehatan yang kurang patuh. Perawat meningkatkan kemampuan tentang pengelolaan lingkungan terapeutic di ruang rawat anak untuk menurunkan dampak hospitalisasi, meningkatkan kemampuan komunikasi terapeutic, dan kreatif selama merawat anak sesuai tahapan tumbuh kembangnya. Peneliti selanjutnya melakukan penelitian terkait lingkungan terapeutic dan permainan terapeutic yang spesifik dengan tahapan usia perkembangannya.

Daftar Pustaka

- Ball, J.W., & Bindler, R.C. (2003). *Pediatric nursing: Caring for children*. New Jersey: Prentice Hall.
- CNO. (2009). *Restraints*. Ontario: College of Nurses of Ontario.
- Dahlan, M.S. (2009). *Besar sampel dan cara pengambilan sampel: Dalam penelitian kedokteran dan kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ghazali, R., & Abbas, M.Y. (2012). Paediatric wards: Healing environment assessment. *Asian Journal of Environment-Behaviour Studies*, 2(4).

Handayani, R.D., & Puspitasari, N.P.D. (2010). Pengaruh terapi bermain terhadap tingkat kooperatif selama menjalani perawatan pada anak usia Pra sekolah (3 – 5 tahun) di rumah sakit Panti Rapih Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Surya Medika Yogyakarta*. Diakses pada tanggal 20 Nopember 2010 dari <http://www.skripsistikes.wordpress.com>

Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2009). *Essentials of paediatric nursing*. St. Louis: Mosby.

Li, H.C.W., Lopez, V., & Lee, T.L.I. (2007). Effects of preoperative therapeutic play on outcomes of school-age children undergoing day surgery. *Research in Nursing & Health*, 30, 320 – 332.

Nesbit, L.L., & Tabatt-Haussmann, K. (2008). The role of the creative arts therapies in the treatment of pediatric hematology and oncology patients. *Primary Psychiatry*, 15(7):56-58,61-62.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing research*. Philadelphia: Lippincot Williams& Walkins

RCN. (2010). *Restrictive physical intervention and therapeutic holding for children and young people: Guidance for nursing staff*. London: Royal College of Nursing.

Smith, R. & Watkins, N. (2010). *Therapeutic environments*. New York: Therapeutic Environments Forum.