

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Deskripsi Wilayah Penelitian

a. Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul berdiri tahun 1966. Awalnya rumah sakit ini berupa sebuah klinik dan rumah bersalin yang bernama Klinik dan Rumah Bersalin PKU Muhammadiyah Bantul. Kemudian pada tahun 1984, Klinik dan Rumah Bersalin PKU Muhammadiyah Bantul mengembangkan pelayanannya di bidang kesehatan anak dalam upaya penyembuhan dan pelayanan tumbuh kembang anak, sehingga klinik tersebut menjadi Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak, dan kemudian berkembang menjadi Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul pada tahun 2001.

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul memberikan suasana baru dalam dunia kesehatan bagi masyarakat bantul dan sekitarnya. Terletak di Jl. Jendral Sudirman Nomor 124 Bantul, Yogyakarta, merupakan letak yang strategis dan terjangkau bagi masyarakat bantul. Rumah sakit ini memiliki visi berupa “Terwujudnya rumah sakit islami yang mempunyai keunggulan kompetitif global, dan menjadi kebanggaan umat”. Berkat kerja keras dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat bantul dan sekitarnya dengan motto “Layananku ibadahku”, Rumah Sakit PKU Muhammadiyah

Bantul mendapatkan sertifikat ISO 9001-2008 untuk Pelayanan Kesehatan Standar Mutu Internasional.

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul memiliki bangsal khusus untuk perawatan anak yaitu bangsal Al-Ikhlas yang terdiri dari 13 perawat tetap dengan pendidikan perawat D3 sebanyak 12 perawat dan S1 sebanyak 1 perawat.

b. Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping berdiri tanggal 16 Juni 2010 dengan nama Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. Kemudian pada Maret 2016, rumah sakit ini berganti menjadi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping. Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping terletak di Jl. Wates Km 5,5 Ambarketawang, Gamping, Sleman, Yogyakarta. Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping memiliki Visi yaitu "Menjadi Rumah Sakit Islam rujukan yang terpercaya dengan kualitas pelayanan dan pendidikan kesehatan yang islami, aman, profesional, cepat, nyaman dan bermutu".

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping memiliki bangsal khusus untuk perawatan anak yaitu bangsal Firdaus. Perawat yang bekerja di bangsal firdaus berjumlah 15 perawat dengan pendidikan terakhir D3 sebanyak 12 perawat dan S1 3 perawat.

c. Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta berdiri pada tanggal 15 Februari 1923. Awalnya rumah sakit ini berupa klinik dan poliklinik dengan lokasi pertama di kampung Jagang Notoprajan No.72 Yogyakarta. Tahun 1928 klinik dan poliklinik PKO Muhammadiyah pindah lokasi ke Jalan Ngabean No.12 B Yogyakarta, dan kemudian berpindah lagi di Jalan K.H. Dahlan No. 20 Yogyakarta pada tahun 1936. Klinik dan poliklinik PKO Muhammadiyah kemudian menjadi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun 1970. Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta memiliki visi pelayanan yaitu “Melayani dengan Antusias dan mengutamakan Mutu pelayanan guna memberikan rasa Aman dan Nyaman bagi pelanggan, didukung data yang Akurat serta sumber daya Insani dan peralatan Handal”.

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta memiliki berbagai fasilitas pelayanan kesehatan tidak terkecuali untuk anak-anak. Rumah sakit ini memiliki pelayanan khusus anak di bangsal Ibnu Sina. Perawat yang bekerja di bangsal tersebut berjumlah 14 perawat dengan pendidikan terakhir D3 sebanyak 12 perawat dan S1 sebanyak 2 perawat.

2. Karakteristik Responden

Tabel 1. Karakteristik Responden (N = 41)

No	Karakteristik	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1	Usia		
	17-25	5	12,2
	26-35	16	39
	36-45	19	46,4
	46-55	1	2,4
2	Jenis Kelamin		
	Perempuan	39	95,1
	Laki-laki	2	4,9
3	Lama Kerja		
	0,5 tahun	1	2,4
	2 tahun	1	2,4
	2,5 tahun	3	7,3
	3 tahun	3	7,3
	4 tahun	3	7,3
	5 tahun	1	2,4
	6 tahun	4	7,3
	7 tahun	3	9,8
	8 tahun	1	2,4
	10 tahun	3	7,3
	12 tahun	3	7,3
	15 tahun	3	7,3
	17 tahun	2	4,9
	19 tahun	1	2,4
	20 tahun	6	14,6
	22 tahun	2	4,9
	23 tahun	1	2,4
4	Pendidikan Terakhir		
	D3	35	85,4
	S1	6	14,6
5	Pelatihan yang Diikuti Satu Tahun Terakhir		
	Ada	1	2,4
	Tidak Ada	40	97,6

Sumber : Data Primer (2017)

Berdasarkan tabel 4, karakteristik responden berupa kategori usia dewasa akhir yaitu usia 36-45 tahun sebanyak 19 responden (46,4%), jenis kelamin perempuan sebanyak 39 responden (95,1%), lama kerja 20 tahun sebanyak 6 responden (14,6%), pendidikan terakhir D3 sebanyak 35

responden (85,4%), dan tidak ada mengikuti pelatihan dan seminar satu tahun terakhir sebanyak 40 responden (97,6%).

Tabel 2. Karakteristik Responden dan Penerapan Atraumatic Care (N = 41)

No	Karakteristik	Penerapan Atraumatic Care			
		Baik		Buruk	
		N	%	N	%
1	Usia				
	17-25	2	4,9	3	7,3
	26-35	7	16,9	9	21,8
	36-45	6	14,5	13	31,6
	46-55	0	0	1	2,4
2	Jenis Kelamin				
	Perempuan	15	36,6	24	58,5
	Laki-laki	0	0	2	4,9
3	Lama Kerja				
	0,5 tahun	1	2,4	0	0
	2 tahun	0	0	1	2,4
	2,5 tahun	1	2,4	2	4,9
	3 tahun	3	7,3	0	0
	4 tahun	0	0	3	7,3
	5 tahun	1	2,4	0	0
	6 tahun	1	2,4	2	4,9
	7 tahun	0	0	4	9,8
	8 tahun	0	0	1	2,4
	10 tahun	1	2,4	2	4,9
	12 tahun	3	7,3	0	0
	15 tahun	3	7,3	0	0
	17 tahun	0	0	2	4,9
	19 tahun	0	0	1	2,4
	20 tahun	1	2,4	5	12,2
	22 tahun	0	0	2	4,9
	23 tahun	0	0	1	2,4
4	Pendidikan Terakhir				
	D3	13	31,7	22	53,7
	S1	2	4,9	4	9,8
5	Pelatihan yang Diikuti Satu Tahun Terakhir				
	Ada	1	2,4	0	0
	Tidak Ada	14	34,1	26	97,6

Sumber : Data Primer (2017)

Berdasarkan tabel 5, distribusi data demografi kategori usia dewasa akhir yaitu usia 36-45 tahun dengan penerapan *atraumatic care* buruk sebanyak 13 responden (31,6%), jenis kelamin perempuan dengan penerapan *atraumatic care* buruk sebanyak 24 responden (58,5%), lama kerja 20 tahun dengan penerapan *atraumatic care* buruk sebanyak 5 responden (12,2%), pendidikan terakhir D3 dengan penerapan *atraumatic care* buruk sebanyak 22 responden (53,7%), dan tidak ada pelatihan yang diikuti satu tahun terakhir dengan penerapan *atraumatic care* buruk sebanyak 26 responden (97,6%).

3. Hasil Analisis Data

a. Gambaran Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Penerapan *Atraumatic Care*

Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui distribusi frekuensi faktor-faktor yang mempengaruhi penerapan *atraumatic care*. Berdasarkan tabel 6, distribusi faktor-faktor yang mempengaruhi penerapan *atraumatic care* berupa fasilitas ruangan dikategorikan buruk sebanyak 22 responden (53,7%), dukungan birokrasi dikategorikan buruk sebanyak 22 responden (53,7%), dukungan orang tua dikategorikan buruk sebanyak 24 responden (58,5%), pengalaman kerja perawat dikategorikan rendah sebanyak 21 responden (51,2%), persepsi orang tua dengan perawat dikategorikan buruk sebanyak 25 responden (61,0%), dan penerapan *atraumatic care* dikategorikan buruk sebanyak 26 responden (63,4%).

Tabel 3. Hasil Analisis Univariat Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Penerapan *Atraumatic Care* (N = 41)

No	Variabel	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1	Fasilitas Ruangan		
	Baik	19	46.3
	Buruk	22	53.7
2	Dukungan Birokrasi		
	Baik	19	46.3
	Buruk	22	53.7
3	Dukungan Orang Tua		
	Baik	17	41.5
	Buruk	24	58.5
4	Pengalaman Kerja Perawat		
	Tinggi	20	48.8
	Rendah	21	51.2
5	Persepsi Orang Tua dengan Perawat		
	Baik	16	39.0
	Buruk	25	61.0
6	Penerapan <i>Atraumatic Care</i>		
	Baik	15	36.6
	Buruk	26	63.4

Sumber : Data Primer (2017)

b. Hubungan faktor-faktor yang mempengaruhi Penerapan *Atraumatic Care*

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan variabel independen yaitu faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan penerapan *atraumatic care* dengan variabel dependen yaitu penerapan *atraumatic care*. Analisis bivariat juga dilakukan untuk menyeleksi variabel yang dapat dimasukkan ke dalam analisis multivariat. Hasil analisis bivariat ditampilkan pada tabel 7 berikut ini.

Tabel 4. Hasil Analisis Bivariat Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Penerapan *Atraumatic Care* (N = 41)

No		Penerapan <i>Atraumatic Care</i>				P	OR	IK95%	
		Baik		Buruk				Min	Maks
		N	%	N	%				
1	Fasilitas Ruangan								
	Baik	8	19,5	11	26,8	0,495	1,558	0,434	5,596
	Buruk	7	17,1	15	36,6				
2	Dukungan birokrasi								
	Baik	7	17,1	12	29,3	0,975	1,021	0,285	3,650
	Buruk	8	19,5	14	34,1				
3	Dukungan orang tua								
	Baik	12	29,3	5	12,2	0,001	16,800	3,401	82,999
	Buruk	3	7,3	21	51,2				
4	Pengalaman Kerja Perawat								
	Tinggi	10	24,4	10	24,4	0,082	3,200	0,844	12,135
	Rendah	5	12,2	16	39,0				
5	Persepsi Orang Tua dengan Perawat								
	Baik	12	29,3	4	9,8	0,001	22,000	4,208	115,008
	Buruk	3	7,3	22	53,7				
	Total	15	36,6	26	63,4				

Sumber : Data Primer (2017)

Berdasarkan tabel 7, hubungan antara fasilitas ruangan dengan penerapan *atraumatic care* diperoleh data bahwa responden didominasi oleh fasilitas ruangan buruk dan penerapan *atraumatic care* buruk sebanyak 15 responden (36,6%), kemudian nilai p menunjukkan 0,495 yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara fasilitas ruangan dan penerapan *atraumatic care* dan diperoleh nilai OR = 1,558. Selanjutnya hubungan antara dukungan birokrasi dengan penerapan

atraumatic care diperoleh data bahwa responden didominasi oleh dukungan birokrasi buruk dan penerapan *atraumatic care* buruk sebanyak 14 responden (34,1%), selanjutnya nilai p menunjukkan 0,975 yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan birokrasi dengan penerapan *atraumatic care* dan diperoleh OR = 1,021.

Hubungan antara dukungan orang tua dengan penerapan *atraumatic care* diperoleh data bahwa responden didominasi oleh dukungan orang tua yang buruk dan penerapan *atraumatic care* buruk sebanyak 21 responden (51,2%), selanjutnya nilai p menunjukkan 0,001 yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan orang tua dengan penerapan *atraumatic care* dan diperoleh OR = 16,800. Hubungan antara pengalaman kerja perawat dengan penerapan *atraumatic care* diperoleh data bahwa responden didominasi oleh pengalaman kerja perawat rendah dan penerapan *atraumatic care* buruk sebanyak 16 responden (39,0%), selanjutnya nilai p menunjukkan 0,082 yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pengalaman kerja perawat dengan penerapan *atraumatic care* dan diperoleh OR = 3,200.

Hubungan antara persepsi orang tua terhadap perawat dengan penerapan *atraumatic care* didominasi oleh persepsi orang tua terhadap perawat yang buruk dan penerapan *atraumatic care* buruk sebanyak 22 responden (53,7%), selanjutnya nilai p menunjukkan 0,001 yang berarti

terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi orang tua dengan perawat dengan penerapan *atraumatic care* dan diperoleh OR = 22,000.

c. Faktor yang paling dominan mempengaruhi Penerapan *Atraumatic Care*

Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui faktor yang paling dominan mempengaruhi penerapan *atraumatic care* dengan menggunakan uji regresi logistik. Variabel yang dimasukkan dalam analisis multivariat adalah variabel yang mempunyai $p < 0,25$ pada analisis bivariat (Dahlan, 2012). Hasil analisis multivariat ditampilkan dalam tabel 6 berikut ini.

Tabel 5. Analisis Multivariat Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Penerapan *Atraumatic Care* (N = 41)

	Variabel	Koefisien	P	OR
Langkah 1	Dukungan Orang Tua	-1,168	0,408	0,311
	Pengalaman Kerja Perawat	0,192	0,848	1,212
	Persepsi Orang Tua dengan Perawat	-2,229	0,094	0,108
	Konstanta	2,067	0,003	7,900
Langkah 2	Dukungan Orang Tua	-1,081	0,419	0,339
	Persepsi Orang Tua dengan Perawat	-2,214	0,097	0,109
	Konstanta	2,115	0,001	8,292
Langkah 3	Persepsi Orang Tua dengan Perawat	-3,091	0,000	0,045
	Konstanta	1,992	0,001	7,333

Sumber : Data Primer (2017)

Berdasarkan tabel 8, diperoleh faktor yang paling dominan mempengaruhi penerapan *atraumatic care* adalah persepsi orang tua

dengan perawat dengan kekuatan hubungan dapat dilihat dari nilai $OR = 0,045$.

B. Pembahasan

1. Karakteristik Responden

a. Usia

Berdasarkan tabel 4, dapat disimpulkan bahwa mayoritas responden berusia antara 36-45 dengan jumlah 19 orang (46,4%). Usia ini masuk dalam tahap dewasa akhir. Usia dewasa akhir adalah individu yang berada pada rentang usia 36 tahun sampai 45 tahun dimana terjadi perubahan fisik dan psikologis pada individu yang diikuti dengan berkurangnya kemampuan reproduktif. Individu akan menjadi seseorang yang tidak lagi bergantung kepada orang tuanya baik secara ekonomi maupun secara psikologi, dalam hal pekerjaan, hubungan dengan masyarakat lainnya (Potter & Perry, 2009). Menurut Hurlock (2007), kemampuan mental individu pada fase ini mencapai puncaknya, selain itu kemampuan individu dalam berfikir dan bekerja menjadi lebih matang. Hal tersebut menjadikan individu menjadi lebih produktif dan bertanggung jawab dalam kehidupan maupun pekerjaannya. Mereka akan mencapai keberhasilan dalam pekerjaannya sehingga individu tersebut akan merasakan pengalaman dan mendapatkan penghargaan dalam kehidupan maupun pekerjaannya.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Setiawan & Bodroastuti (2012), mengatakan bahwa usia merupakan salah satu karakter yang

dimiliki oleh seorang individu yang memiliki hubungan erat dengan individu tersebut ketika melakukan pekerjaan. Seiring bertambahnya usia seseorang maka kedewasaannya akan bertambah baik secara psikologis maupun kematangan dalam menyelesaikan pekerjaannya. Hal tersebut dapat meminimalkan dampak buruk yang mungkin dilakukan perawat selama melaksanakan pelayanan kesehatan. Seperti dampak buruk yang dapat ditimbulkan ketika seorang perawat anak tidak menerapkan *atraumatic care* selama merawat pasien, karena akan menyebabkan pasien mengalami trauma akibat menjalani perawatan di rumah sakit dan akan berdampak pada pengobatan yang berjalan lama.

Umur juga merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang. Semakin meningkatnya usia seseorang, maka akan meningkat pula kebijaksanaan seseorang dalam mengambil keputusan dan berfikir rasional. Hal tersebut sejalan dengan pendapat dari Notoatmodjo (2012) yang mengungkapkan bahwa semakin bertambah tinggi umur seseorang maka semakin bertambah pula ilmu atau pengetahuan yang dimilikinya. Sehingga dapat dikatakan bahwa semakin tinggi usia seseorang yang didukung pengetahuan yang tinggi akan berdampak pada semakin tingginya pengalaman kerja seseorang.

b. Jenis Kelamin

Berdasarkan tabel 4, dapat disimpulkan bahwa mayoritas responden berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 39 responden (95,1%). Hal tersebut sesuai dengan data di salah satu rumah sakit yang digunakan

sebagai tempat penelitian pada tahun 2011 dimana jumlah perawat perempuan sebanyak 226 perawat sedangkan jumlah perawat laki-laki adalah 175 perawat. Selain itu, jumlah penduduk Indonesia yang berjenis kelamin perempuan lebih banyak dibandingkan laki-laki (KEMENKES, 2016).

Dilihat dari sejarah perkembangan keperawatan dengan adanya perjuangan seorang Florence Nightingale sehingga dunia keperawatan identik dengan pekerjaan seorang perempuan. Namun hal tersebut sudah mengalami perubahan, saat ini sudah banyak laki-laki yang menjadi perawat namun proporsinya masih relatif kecil dibandingkan perempuan. Pengaruh jenis kelamin terhadap pekerjaan dipengaruhi oleh jenis pekerjaan tertentu. Terdapat beberapa pekerjaan yang lebih baik dikerjakan laki-laki dan ada beberapa pekerjaan yang lebih baik dikerjakan oleh perempuan.

Jumlah perawat anak yang berjenis kelamin perempuan lebih banyak dibandingkan laki-laki terutama dalam merawat anak, hal tersebut kemungkinan disebabkan oleh seorang perempuan memiliki empati lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Selain itu, seorang perempuan juga dikenal memiliki naluri seorang ibu sehingga sikap caring terhadap anak lebih besar (Dianto, 2014). Akan tetapi terdapat perilaku yang tidak konsisten antara perempuan dan laki-laki hal tersebut dikarenakan individu cenderung mengubah nilai pekerjaan

sebagai hasil dari pengalaman yang mereka dapat selama bekerja (Friedman dan Shuntack ; 2008).

Penelitian yang dilakukan oleh Kusumawati (2012), kemampuan seseorang dalam bekerja tidak dipengaruhi oleh jenis kelamin tertentu. Hal tersebut bermaksud bahwa antara perawat perempuan dan perawat laki-laki memiliki peluang yang sama dalam melakukan pekerjaan.

c. Lama Kerja

Berdasarkan tabel 4, mayoritas responden memiliki lama kerja 20 tahun sebanyak 6 responden (14,6%). Lama kerja perawat dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki seorang perawat (Saifullah, 2015). Hal tersebut kemungkinan disebabkan oleh keterampilan yang didapatkan dari proses belajar dan kemudian diterapkan secara terus menerus sehingga seseorang akan menjadi terampil dalam bidang tersebut. Pernyataan tersebut didukung oleh pendapat dari Robinson & Judge (2008) yang mengungkapkan bahwa semakin lama seseorang dalam bekerja, maka pengalaman dan keterampilan seseorang juga akan semakin meningkat.

Penelitian yang dilakukan Saifullah (2015) menyatakan bahwa perawat yang sudah lama bekerja di suatu rumah sakit atau perawat senior akan memiliki pengalaman lebih dan juga memiliki keterampilan yang lebih dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Semakin banyak pengalaman yang seorang perawat dapatkan, maka semakin bertambah pula pengetahuan perawat tersebut tentang diri mereka, hak

pasien, kebutuhan pasien, kemampuan untuk menginterpretasikan suatu informasi tertentu serta melakukan tindakan keperawatan yang sesuai dengan prosedur yang berlaku (Christensen & Kenney, 2009). Tindakan keperawatan yang dimaksud adalah tindakan yang lebih bersifat penerapan dari *atraumatic care* dimana membutuhkan tingkat pengetahuan dan kemampuan penerapan *atraumatic care* yang dilakukan secara terus-menerus.

d. Pendidikan Terakhir

Berdasarkan tabel 4, mayoritas responden berlatar belakang D3 yaitu sebanyak 35 responden (85,45%). Pendidikan dapat diartikan sebagai bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lainnya yang bertujuan untuk memahami suatu hal (Mubarak & Iqbal, 2011). Pendidikan menjadi salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kemampuan bekerja seseorang (Dianto, 2014). Pendidikan akan mempengaruhi sikap dan kompetensi seseorang dalam menerapkan sebuah ilmu. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka akan semakin mudah seseorang dalam menerima informasi, dan akan berdampak pada semakin tingginya pengetahuan yang ia dapatkan (Notoatmodjo, 2012). Oleh sebab itu, diperlukannya pendidikan yang berkelanjutan untuk perawat dalam rangka meningkatkan pengetahuan dan keterampilan yang mereka miliki (Saifullah, 2015).

Hasil yang didapatkan bahwa perawat lulusan D3 lebih tinggi dibandingkan perawat lulusan S1, hal tersebut terjadi karena perawat

D3 dikenal sebagai perawat vokasional (Ahli Madya Keperawatan) yang memiliki kemampuan yang cukup dalam bekerja (Nursalam, 2012). Sampai saat ini, kebutuhan perawat dengan jenjang pendidikan D3 masih tinggi dibandingkan dengan perawat dengan jenjang pendidikan S1. Hal tersebut dikarenakan perawat dengan lulusan D3 memiliki penguasaan *skills* atau keterampilan lebih dalam menangani pasien di rumah sakit dibandingkan perawat dengan lulusan S1 yang cenderung memiliki pengetahuan yang tinggi namun kurang dalam penguasaan *skills* klinik (Dianto, 2014).

e. Pelatihan yang Diikuti Satu Tahun Terakhir

Berdasarkan tabel 4, mayoritas responden tidak ada yang mengikuti pelatihan ataupun seminar satu tahun terakhir yaitu sebanyak 40 responden (97,6%). Pelatihan merupakan suatu fungsi manajemen yang perlu dilakukan secara terus-menerus dan sangat penting dalam memperbaharui tingkat pengetahuan seseorang (Yanti & Warsito, 2013). Pernyataan tersebut sesuai dengan pendapat dari Notoatmodjo (2010) yang mengungkapkan bahwa untuk meningkatkan kemampuan seseorang maka diperlukannya pelatihan. Pelatihan dalam hal ini terutama mengenai tindakan yang berkaitan dengan penerapan *atraumatic care* di rumah sakit masing-masing.

Tingginya persentase perawat yang tidak pernah mengikuti pelatihan ataupun seminar satu tahun terakhir kemungkinan disebabkan oleh pelatihan yang hanya diberikan kepada perawat baru

saja. Hal tersebut bertolak belakang dengan penelitian yang dilakukan oleh Yanti & Warsito (2013), yang mengatakan bahwa program pelatihan sebaiknya dilakukan secara terus-menerus dan diberikan baik pada perawat baru maupun perawat lama untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan perawat.

2. Gambaran Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Penerapan *Atraumatic Care*

a. Fasilitas Ruangan

Berdasarkan tabel 6, distribusi frekuensi fasilitas ruangan dikategorikan buruk sebanyak 22 responden (53.7%). Fasilitas ruangan merupakan salah satu yang menentukan penilaian kepuasan pasien selama di rawat di rumah sakit (Utami, 2014). Menurut Smith (2014), lingkungan yang terapeutic dapat meminimalis reaksi hospitalisasi pada anak karena anak akan merasa lebih aman dan nyaman. Lingkungan yang terapeutic meliputi efek psikososial lingkungan, efek lingkungan terhadap sistem imun, dan bagaimana pengaturan ruangan yang menarik (Smith & Watkins, 2010). Adanya modifikasi ruangan dan lingkungan perawatan anak diharapkan dapat memberikan hiburan kepada anak sehingga dapat menurunkan kecemasan yang dialami anak selama menjalani perawatan di rumah sakit. Dengan adanya penurunan kecemasan yang anak rasakan, diharapkan anak akan menjadi lebih kooperatif dengan perawat maupun tenaga kesehatan lainnya ketika akan dilakukan tindakan kesehatan maupun tindakan medis.

Modifikasi ruangan dapat dilakukan dengan membuat ruangan menjadi bernuansa anak (Hidayat, 2008). Modifikasi ruangan yang dapat dilakukan seperti penggunaan sprei bergambar, hiasan dinding bergambar kartun, pengaman infus bergambar, permainan terpetik dan komunikasi perawat yang terpetik. Hal tersebut dibuktikan oleh penelitian yang dilakukan oleh Solikhah (2013), menunjukkan bahwa adanya hubungan yang signifikan antara lingkungan terapeutik untuk meminimalisir reaksi hospitalisasi anak dengan nilai signifikansi dari variabel reaksi hospitalisasi yang meliputi kecemasan dengan *P value* = 0,004, sikap kooperatif dengan *P value* = 0,000, respon anak dengan *P value* = 0,000, mood anak *P value* = 0,000, dan sikap penerimaan pada petugas dengan *P value* = 0,000. Penelitian lainnya dilakukan oleh Akari & Suwandi (2013) tentang penggunaan bidai infus bergambar untuk meningkatkan perilaku adaptif anak yang menyatakan adanya hubungan signifikan peningkatan respon perilaku adaptif penggunaan bidai infus biasa pada kelompok kontrol dan bidai infus bergambar pada kelompok intervensi dengan tingkat kemaknaan $\alpha = 0,05$ dan *P value*=0,012.

b. Dukungan Birokrasi

Berdasarkan tabel 6, distribusi frekuensi dukungan birokrasi dikategorikan buruk sebanyak 22 responden (53.7%). Birokrasi rumah sakit memegang peran penting dalam mencapai keberhasilan penerapan *atraumatic care*, namun kenyataannya dalam upaya

memperkecil stres yang dialami anak selama menjalani perawatan di rumah sakit tidak diiringi oleh kemajuan teknologi (Sulnadi, Aniroh, & Rosyidi, 2016). Penerapan kemajuan teknologi yang dapat dilakukan dalam upaya meningkatkan penerapan *atraumatic care* di rumah sakit dapat berupa melakukan modifikasi lingkungan yaitu berupa membuat kebijakan yang dapat mengurangi stres anak selama menjalani perawatan di rumah sakit (Apriani, 2014). Kebijakan tersebut dapat berupa adanya ruang bermain untuk anak, peraturan warna seragam perawat anak yang dimodifikasi dengan warna selain putih. Selain itu, topi perawat anak juga dapat dimodifikasi dengan menempelkan tokoh kartun idola anak-anak atau dengan menggunakan pin tokoh kartun.

Pernyataan tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Ilmiasih (2012) untuk mengetahui pengaruh seragam perawat dengan rompi bergambar terhadap kecemasan anak akibat hospitalisasi. Hasil penelitian tersebut menunjukkan adanya perbedaan skor kecemasan anak pada kelompok kontrol yaitu 12,38 dan pada kelompok intervensi yaitu 22,62 dengan $P\text{ value} = 0,003$. Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa adanya pengaruh seragam perawat dengan rompi bergambar terhadap kecemasan anak akibat hospitalisasi.

Seragam perawat berwarna putih mengesankan mengenai kepercayaan diri, profesionalisme, identitas peran, efisiensi, otoritas dan tanggung jawab dari seorang perawat (Ilmiasih, 2012). Namun

pendapat tersebut tidak sejalan dengan pendapat Supartini (2012) yang menyatakan bahwa pada kenyataannya seragam berwarna putih membawa persepsi yang kurang menyenangkan bahkan cenderung menakutkan bagi pasien anak. Adanya seragam perawat yang dimodifikasi menjadi lebih bersahabat dengan anak merupakan bentuk dari pengaturan suasana menyenangkan, hal tersebut merupakan salah satu bentuk perawatan *atraumatic*, yaitu perawatan yang tidak menimbulkan stres fisik maupun stres psikologis bagi anak (Hockenberry & Wilson, 2007). Adanya perawat anak yang menggunakan seragam dengan rompi bergambar akan membuat suasana menjadi tidak menegangkan dan lebih nyaman serta menyenangkan. Keadaan tersebut dapat mempengaruhi kecemasan yang anak rasakan akibat hospitalisasi, sehingga anak akan menjadi lebih kooperatif dengan perawat dan tenaga kesehatan lainnya, dan akan berdampak pada percepatan perawatan anak. Oleh sebab itu, hendaknya rumah sakit membuat kebijakan yang memberi dukungan penuh terhadap pelaksanaan lingkungan terapeutik di ruang rawat anak.

Selain adanya peraturan mengenai seragam perawat, tersedianya ruang bermain untuk anak sangat penting dalam penerapan *atraumatic care*. Ruang bermain dapat digunakan untuk pelaksanaan terapi bermain bagi anak dan haruslah sesuai dengan tahap pertumbuhan dan perkembangan anak, sehingga dapat mempertahankan proses tumbuh kembang secara optimal selama anak dirawat di rumah sakit (Hidayat,

2008). Ruang bermain untuk anak juga diperlukan dalam upaya menurunkan stres hospitalisasi yang dialami anak (Aizah & Wati, 2014). Ruang bermain untuk anak dapat digunakan sebagai tempat pelaksanaan terapi bermain untuk anak sebagai salah satu tindakan untuk mengurangi stress yang dirasakan anak selama menjalani perawatan di rumah sakit. Hal tersebut dibuktikan oleh penelitian Kaluas, Ismanto, & Kundre (2015), menunjukkan adanya pengaruh terapi bermain terhadap respon kecemasan anak yang menjalani hospitalisasi yang ditandai dengan adanya penurunan skor mean kecemasan pada kelompok terapi bermain puzzle dari 34,71 menjadi 28,71, sedangkan pada kelompok terapi bermain bercerita mengalami penurunan dari 37,71 menjadi 31,12 .

c. Dukungan Orang Tua

Berdasarkan tabel 6, distribusi frekuensi dukungan orang tua dikategorikan buruk sebanyak 24 responden (58,5%). Orang tua dan keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada anggota keluarga lainnya dalam hal ini anak baik dalam keadaan sehat maupun sakit (Yitnawati & Khusnal, 2013). Dukungan orang tua selama anak menjalani perawatan kesehatan dan prosedur medis sangat penting bagi anak dan orang tua (Smith, 2014). Bentuk dukungan orang tua yang diberikan selama anak menjalani hospitalisasi adalah dengan berkolaborasi dengan perawat maupun tenaga kesehatan lainnya saat akan dilakukan intervensi pada anak

(Zuhdataini, 2015). Bentuk kolaborasi antara orang tua dan perawat maupun tenaga kesehatan lainnya adalah berupa adanya keterlibatan orang tua dalam perawatan, memberikan dukungan emosional kepada anak, ikut terlibat dalam tindakan sederhana, membantu menjelaskan kepada anak tentang kondisinya serta memenuhi kebutuhan anak selama dirawat di rumah sakit. Dengan adanya kehadiran orang tua di dekat anak ketika akan mendapatkan intervensi, diharapkan anak akan merasa lebih aman dan nyaman selama menjalani perawatan di rumah sakit sehingga akan mempercepat proses penyembuhan.

Namun pada kenyataannya terdapat tindakan orang tua yang tidak mendukung perawat dalam melaksanakan tugas seperti menenangkan anak dengan cara yang kurang tepat misalnya dengan menakut-nakuti anak serta tidak mau memantau anak selama menjalani perawatan (Winarsih, 2012). Pernyataan tersebut bertolak belakang dengan penelitian yang dilakukan oleh Lumiu, Tuda, & Ponijan (2013) tentang dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan akibat hospitalisasi pada anak, terdapat 17 responden yang memberikan dukungan keluarga baik (56,7%) dengan tingkat kecemasan ringan yaitu 22 responden (73,3%). Penelitian lainnya dilakukan oleh Yitnawati & Khusnal (2013), menunjukkan bahwa adanya hubungan yang signifikan antara hubungan dukungan keluarga dengan kecemasan perpisahan pada anak usia pra sekolah yang menjalani hospitalisasi

dengan koefisien *Spearman-rho* sebesar -0,335 dan nilai probabilitas sebesar 0,034.

d. Pengalaman Kerja Perawat

Berdasarkan tabel 6, distribusi frekuensi pengalaman kerja perawat dikategorikan rendah sebanyak 21 responden (51,2%). Perawat merupakan kunci dalam membantu anak dan orang tua menghadapi permasalahan yang berhubungan dengan hospitalisasi anak, salah satunya permasalahan stres hospitalisasi yang dialami anak (Liputo, Yusuf, & Djunaid, 2014). Dalam memberikan asuhan keperawatan, seorang perawat haruslah memiliki kompetensi dan juga kualitas dalam pelayanan yang profesional dimana dipengaruhi oleh pengalaman kerja perawat dan masa kerja perawat. (Numminen, Meretoja, Isoaho, & Kilpi, 2013).

Menurut Apriani (2014), pengalaman kerja perawat menjadi salah satu hal yang berpengaruh dalam penerapan *atraumatic care*. Perawat yang baru lulus dari sekolah keperawatan dan baru bekerja di rumah sakit biasanya belum memiliki pengalaman yang cukup dalam mengatasi stres hospitalisasi yang dialami oleh anak, sehingga diperlukannya pelatihan ataupun seminar yang berkaitan dengan penerapan *atraumatic care*. Hal tersebut sesuai dengan pendapat dari Yanti & Warsito (2013), yang mengatakan bahwa program pelatihan sebaiknya dilakukan secara terus-menerus dan diberikan baik pada perawat baru maupun perawat lama untuk meningkatkan pengetahuan

dan keterampilan perawat. Sehingga seorang perawat anak tidak hanya memiliki pengetahuan yang cukup tentang *atraumatic care* namun juga memiliki pengalaman yang cukup dalam menerapkan *atraumatic care*, sehingga dapat meningkatkan keberhasilan penerapan *atraumatic care* dalam mengatasi stres hospitalisasi pada anak.

Selain itu, kemampuan komunikasi dan tingkat pengetahuan juga berperan penting dalam penerapan *atraumatic care*. Komunikasi merupakan hal terpenting dalam upaya membangun kepercayaan anak kepada perawat, sehingga akan terjalin rasa kasih sayang dan anak merasa dihargai oleh perawat (Hockenberry & Wilson, 2007). Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Shinto, (2015) yang mengungkapkan bahwa terdapat penurunan tingkat kecemasan pada kelompok intervensi sebelum dilakukan terapi komunikasi terapeutic terdapat kecemasan berat 4 responden (40%) dan setelah diberikan intervensi kecemasan berat menjadi 0 atau tidak ada sama sekali. Hal tersebut berarti bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara komunikasi terapeutic dengan penurunan kecemasan anak akibat hospitalisasi dengan nilai signifikansi 0,0001.

e. Persepsi Orang Tua terhadap Perawat

Berdasarkan tabel 6, distribusi frekuensi persepsi orang tua dengan perawat dikategorikan buruk sebanyak 25 responden (61,0%). Persepsi merupakan suatu proses dimana seseorang menangkap kesan sensoris guna memberikan arti bagi lingkungannya (Robbin & Judge, 2008).

Apabila persepsi seseorang baik terhadap sesuatu atau seseorang maka perilaku seseorang yang muncul juga akan baik. Pernyataan tersebut sesuai dengan pernyataan yang diungkapkan oleh Anne dan Byrne dalam Rosidah (2012) yang menyatakan bahwa seseorang memerlukan persepsi yang baik untuk mendasari suatu penerimaan serta interpretasi yang baik dari informasi yang diterima untuk menyelesaikan suatu masalah atau tugas dengan baik.

Namun pada kenyataannya, ketika perawat menjelaskan prosedur yang akan dilakukan pada anak atau memberikan edukasi kepada orang tua, terkadang orang tua tidak mampu mempersepsikan bahkan tidak memahami sama sekali apa yang perawat maksudkan. Hal tersebut disebabkan oleh beberapa faktor yang dapat memengaruhi pembentukan persepsi seseorang yaitu pendidikan, pengalaman serta kebudayaan (Harjana, 2003 dalam Rosidah, 2012). Pernyataan tersebut sesuai dengan pendapat dari Yeni, Novayelinda, & Karim (2013) yang menyatakan bahwa perbedaan persepsi antara orang tua dengan perawat dapat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan orang tua. Dimana diketahui bahwa semakin tinggi pendidikan orang tua maka diharapkan semakin mudah orang tua menerima dan memahami informasi dari perawat.

Orang tua yang tidak mampu menerima dan memahami informasi dari perawat akan menyebabkan stres bagi orang tua yang anaknya menjalani hospitalisasi. Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang

dilakukan oleh Nugraha, Sulistiyono, & Latief (2017) tentang hubungan pengetahuan dengan tingkat kecemasan ibu yang anaknya menjalani hospitalisasi. Hasilnya sebanyak 16 responden (33,3%) memiliki pengetahuan baik, 22 responden (45,9%) memiliki pengetahuan cukup, dan 10 responden (20,8%) memiliki pengetahuan kurang dengan 26 responden (54,2%) mengalami kecemasan ringan, dan sebanyak 11 responden (22,9%) mengalami kecemasan sedang. Penelitian tersebut menyatakan bahwa adanya hubungan yang signifikan antara pengetahuan orang tua dengan tingkat kecemasan orang tua yang anaknya di rawat di rumah sakit dengan *P value* sebesar 0,001.

Tingginya stres yang dialami orang tua akan berdampak pada semakin tingginya stres yang dialami anak. Pernyataan tersebut sesuai dengan pendapat dari Rinaldi, Oped, & Pali (2013) yang menyatakan bahwa tingkat pengetahuan orang tua yang tinggi dapat mempengaruhi tingkatan stres yang dialami orang tua, sehingga berdampak pada penurunan stres yang dialami anak selama menjalani hospitalisasi. Pernyataan tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Tistiawati (2016), menyatakan bahwa ada hubungan yang positif antara tingkat stres orang tua dengan lama hari rawat inap anak di rumah sakit dengan *r* (koefisien korelasi) yaitu 0,414 dan *P value* = 0,013.

f. Penerapan *Atraumatic Care*

Berdasarkan tabel 6, distribusi frekuensi penerapan *atraumatic care* dikategorikan buruk sebanyak 26 responden (63,4%). Perawatan *atraumatic care* merupakan suatu cara pemberian pelayanan terapeutik oleh petugas kesehatan dengan tindakan yang dapat meminimalkan distress fisik dan psikologis yang dialami anak maupun orang tua dalam pelayanan kesehatan (Wong, 2009).

Menurut Supartini (2012), penerapan *atraumatic care* didasarkan dengan adanya kerja sama antara perawat anak dengan orang tua dimana orang tua selalu dilibatkan dalam semua tindakan yang akan dilakukan pada anak. Penelitian sebelumnya dilakukan oleh Rini, (2013) yang menyatakan terdapat hubungan antara penerapan *atraumatic care* dengan kecemasan anak pra sekolah saat proses hospitalisasi dengan $P\ value = 0,003$ dengan nilai korelasi(r) dalam penelitian = $-0,634$ yang berarti arah korelasi negatif dengan kekuatan korelasi kuat, sehingga dapat diartikan semakin baik penerapan *atraumatic care* yang diberikan maka semakin kecil kecemasan yang dialami anak saat menjalani hospitalisasi.

Penelitian lainnya dilakukan oleh Rahmah & Agustina (2016) yang mengukur adanya hubungan penerapan *atraumatic care* dengan stres hospitalisasi pada anak. Peneliti tersebut mengukur penerapan *atraumatic care* dari mencegah perpisahan dengan orang tua, kemampuan orang tua mengontrol perawatan anak, pencegahan cedera

anak, dan tidak melakukan kekerasan pada anak. Hasil penelitian menyatakan bahwa terdapat buhungan penerapan *atraumatic care* dengan mencegah terjadinya perpisahan anak dengan orang tua dilakukan dengan baik dan tingkat stres hospitalisasi ringan sebanyak 10 responden (58,8%) dengan $P\ value = 0,000$. Terdapat buhungan penerapan *atraumatic care* dengan kemampuan orang tua mengontrol perawatan anak dilakukan dengan baik dengan stres hospitalisasi ringan sebanyak 10 responden (58,8%) dengan $P\ value = 0,000$. Terdapat hubungan penerapan *atraumatik care* dengan pencegahan cedera dan mengurangi nyeri dilakukan dengan baik dengan stress hospitalisasi ringan dijumpai sebanyak 12 responden (66,7 %) dengan $p\ value\ 0.000$. Terdapat hubungan penerapan *atraumatik care* dengan tindak kekerasan pada anak dilakukan dengan baik dengan stress hospitalisasi ringan sebanyak 10 responden (90,9%) dengan $p\ value\ 0.000$. Dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan penerapan *atraumatik care* terhadap stres hospitalisasi pada anak dengan nilai $p\ value = 0,00$.

Rendahnya penerapan *atraumatic care* kemungkinan disebabkan oleh kurangnya dukungan rumah sakit dalam menyediakan fasilitas penunjang seperti adanya sarana dan prasarana bermain yang merupakan bagian dari penerapan *atraumatic care*. Selain itu dari segi perawat seperti tingginya beban kerja perawat dan kurangnya kerja sama dengan orang tua yang dilibatkan dalam setiap tindakan yang akan dilakukan pada anak. Meskipun secara umum perawat anak telah

berupaya untuk memberikan pelayanan dengan menerapkan *atraumatic care* sebaik mungkin namun dengan adanya keterbatasan sarana dan prasarana yang mengakibatkan minimnya modifikasi ruangan anak yang bernuansa anak baik dari segi hiasan maupun dari tenun yang digunakan anak.

3. Hubungan Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Penerapan *Atraumatic Care*

a. Hubungan Fasilitas Ruangan dengan Penerapan *Atraumatic Care*

Berdasarkan tabel 7, didapatkan hasil analisis bivariat bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara fasilitas ruangan dengan penerapan *atraumatic care* ($p = 0,495$) dan diperoleh nilai $OR = 1,558$. Tidak adanya hubungan tersebut disebabkan oleh adanya faktor lain yang mempengaruhi hasil penerapan *atraumatic care* yaitu modifikasi lingkungan. Modifikasi lingkungan memiliki dampak yang positif terhadap pelayanan kesehatan karena dapat membantu menurunkan stres yang ditimbulkan oleh lingkungan rumah sakit dan dapat membantu penyampaian asuhan keperawatan kepada pasien dan keluarga (Hamdan, AlShammery, Tamani, Peethambaran, Hussein, & AlHarbi, 2016). Menurut Ghazali & Abbas (2012), modifikasi lingkungan seperti menggabungkan seni visual ke dalam ruang rumah sakit dan memiliki *setting* seperti di rumah, di mana mereka dapat memainkan mainan mereka tepat di dalam rumah sakit memiliki dampak besar baik pada pengalaman pasien maupun hasil kesehatan.

Modifikasi lingkungan yang dapat dilakukan seperti melakukan modifikasi ruang perawatan anak dengan dinding ruangan yang lebih santai dan bernuansa anak seperti menempelkan gambar atau stiker di dinding ruang perawatan. Selain itu, lingkungan ruang perawatan bisa dimodifikasi dengan menambah ruang bermain untuk anak, dan taman terbuka hijau. Suasana rumah sakit maupun ruang perawatan anak yang lebih nyaman dan tidak menimbulkan stres pada anak akan mengalihkan perhatian pasien dari sakit yang mereka derita maupun intervensi yang akan perawat lakukan pada pasien, sehingga akan berpengaruh pada percepatan kesembuhan pasien. Hal tersebut dibuktikan oleh penelitian yang dilakukan oleh Solikhah (2013) menunjukkan bahwa lingkungan terapeutic efektif dalam meminimalkan reaksi hospitalisasi. Reaksi hospitalisasi ditunjukkan dengan angka signifikansi dari variabel reaksi hospitalisasi yang meliputi kecemasan anak ($P\ value=0,004$), sikap kooperatif ($P\ value= 0,000$), respon anak ($P\ value= 0,000$), mood anak ($P\ value= 0,000$), dan sikap penerimaan pada petugas ($P\ value=0,000$).

b. Hubungan Dukungan Birokrasi dengan Penerapan *Atraumatic Care*

Berdasarkan tabel 7, didapatkan hasil analisis bivariat bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan birokrasi dengan penerapan *atraumatic care* ($P\ value = 0,975$) dan diperoleh OR = 1,021. Tidak adanya hubungan tersebut disebabkan oleh kurangnya kebijakan yang memberi dukungan penuh terhadap pelaksanaan

penerapan *atraumatic care* (Sulnadi, Aniroh, & Rosyidi, 2016). Kebijakan yang dapat dilakukan seperti tersedianya ruang bermain untuk anak, peraturan warna seragam perawat anak yang dimodifikasi dengan warna selain putih, topi perawat anak yang dimodifikasi dengan menempelkan tokoh kartun idola anak-anak atau dengan menggunakan pin tokoh kartun ataupun atribut lainnya.

Adanya ruang bermain dapat digunakan sebagai terapi bermain untuk anak dalam upaya menurunkan stres akibat hospitalisasi. Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Aizah & Wati (2014), yang menyatakan bahwa adanya pengaruh aktivitas bermain mewarnai terhadap tingkat stres hospitalisasi anak yang ditandai dengan adanya perbedaan tingkat stres sebelum dan setelah diberikan aktivitas mewarnai pada anak yang menjalani hospitalisasi dengan *P value* 0,000. Penelitian tersebut sesuai dengan Supartini (2012) yang menyatakan bahwa bermain memungkinkan anak terlepas dari stres dan ketegangan yang dialami anak akibat hospitalisasi. Hal tersebut bisa terjadi karena ketika anak bermain, anak akan berfokus pada permainannya dan mengalihkan rasa sakit yang ia rasakan.

Kebijakan lainnya yang dapat dilakukan dengan adanya peraturan warna seragam perawat anak yang dimodifikasi dengan warna selain putih ataupun atribut lainnya yang bernuansa anak. Penggunaan seragam berwarna pada perawat dapat membuat anak lebih tenang dan nyaman sehingga dapat menurunkan ketegangan dari lingkungan baru

sehingga memungkinkan adanya hubungan yang baik antara perawat dengan pasien anak. (Ilmiasih, 2012). Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Sureskiarti & Brutu (2017) yang menyatakan bahwa adanya perbedaan kecemasan rata-rata pada kelompok intervensi yaitu 0,64 sedangkan pada kelompok kontrol yaitu 2,57 dengan $P\ value = 0,003$.

c. Hubungan Dukungan Orang Tua dengan Penerapan *Atraumatic Care*

Berdasarkan tabel 7, didapatkan hasil analisis bivariat bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan orang tua dengan penerapan *atraumatic care* dengan nilai p menunjukkan 0,001 yang dan diperoleh $OR = 16,800$. Adanya hubungan antara dukungan orang tua dengan penerapan *atraumatic care* dipengaruhi oleh keterlibatan orang tua selama anaknya menjalani hospitalisasi. Bentuk kolaborasi antara orang tua dengan tenaga kesehatan diwujudkan dengan adanya keterlibatan orang tua dalam perawatan anak serta memenuhi kebutuhan anak dengan memberikan dukungan emosional kepada anak (Winarsih, 2012). Keterlibatan orang tua lainnya yaitu mulai dari komunikasi antara anak dengan perawat, dan membantu serta mendampingi anak selama dilakukan prosedur perawatan (Anggitasari, 2014). Jadi orang tua yang ikut dilibatkan dalam setiap tindakan yang akan dilakukan kepada anak akan berpengaruh terhadap tingkat kecemasan anak, begitu juga sebaliknya.

Adanya orang tua disamping anak selama menjalani hospitalisasi dapat membuat anak merasa lebih aman, terlebih saat anak menghadapi situasi yang menakutkan seperti dilakukan prosedur invasif (Supartini, 2012). Hal tersebut sesuai dengan pendapat dari Anggitasari (2014) yang menyatakan bahwa dalam upaya menurunkan kecemasan anak akibat hospitalisasi, orang tua dapat mengalihkan perhatian anak dari tindakan yang akan dilakukan oleh perawat dengan mengajak anak bermain maupun bercerita. Perhatian anak yang teralihkan dapat meminimalisir tingkat kecemasan akibat hospitalisasi yang dialami anak. Dengan menurunnya tingkat kecemasan anak, akan memiliki dampak baik bagi anak yaitu membantu mempercepat proses penyembuhan anak.

Pernyataan tersebut didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Winarsih (2012) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara peran serta orang tua dengan dampak hospitalisasi pada anak pra sekolah dengan $P \text{ value} = 0,000$ yang ditandai dengan adanya kategori peran orang tua kurang baik dengan dampak hospitalisasi negatif 86,4%, sedangkan pada kategori peran serta orang tua baik dan dampak hospitalisasi positif 94,7%. Penelitian lainnya dilakukan oleh Putra, Guptayana, & Widastra (2014) yang menyatakan bahwa selisih rata-rata respon nyeri pada kelompok intervensi lebih rendah dibandingkan kelompok kontrol yaitu sebelum dan setelah dilakukan suntikan pada kelompok intervensi adalah 4,02, sedangkan

pada kelompok kontrol yaitu 5,74. Hal tersebut menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan antara *family centered care* dengan tingkat nyeri anak.

d. Hubungan Pengalaman Kerja Perawat dengan Penerapan *Atraumatic Care*.

Berdasarkan tabel 7, didapatkan hasil analisis bivariat bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pengalaman kerja perawat dengan penerapan *atraumatic care* (*P value* 0,082) dan diperoleh OR = 3,200. Tidak adanya hubungan antara pengalaman kerja perawat dengan penerapan *atraumatic care* disebabkan oleh faktor lainnya dari pengalaman kerja perawat yaitu faktor karakteristik perawat. Karakteristik perawat secara tidak langsung berpengaruh terhadap penerapan *atraumatic care* pada anak. Perbedaan karakteristik individu menyebabkan performa kerja satu sama lain dalam suatu situasi kerja. Karakteristi perawat yang mungkin berpengaruh terhadap penerapan *atraumatic care* adalah pendidikan.

Berdasarkan tingkat pendidikan perawat, 85,4% perawat berpendidikan D3 keperawatan. Hal tersebut memungkinkan menjadi penyebab pengetahuan dan pemahaman yang kurang tentang *atraumatic care* sehingga kurang mampu menerapkan prinsip *atraumatic care* dengan baik. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka akan semakin mudah seseorang dalam menerima informasi, dan akan berdampak pada semakin tingginya pengetahuan

yang ia dapatkan (Notoatmodjo, 2012). Oleh sebab itu, diperlukannya pendidikan yang berkelanjutan untuk perawat dalam rangka meningkatkan pengetahuan dan keterampilan yang mereka miliki (Saifullah, 2015).

Faktor lain yang mempengaruhi tidak adanya hubungan antara pengalaman kerja perawat dengan penerapan *atraumatic care* yaitu kurangnya dukungan dari tempat kerja mereka. Pernyataan tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Sodeify, Vanaki, & Mohammadi (2013) yang menyatakan bahwa perawat mengalami kurangnya dukungan dari tempat mereka bekerja. Kurangnya dukungan tersebut dapat berupa kondisi kerja yang buruk termasuk staf perawat yang tidak memadai dan beban kerja perawat yang terlalu tinggi. Beban kerja perawat yang tinggi menyebabkan kelelahan emosional dan mental yang akan berujung pada penurunan kualitas asuhan keperawatan. Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh yang menyebutkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat beban kerja perawat dengan *caring* perawat dengan $P\ value = 0,025$.

e. Hubungan persepsi orang tua dengan perawat dengan penerapan *atraumatic care*

Berdasarkan tabel 7, didapatkan hasil analisis bivariat bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi orang tua dengan perawat dengan penerapan *atraumatic care* ($P\ value = 0,001$) dan

diperoleh $OR = 22,000$. Adanya hubungan antara antara persepsi orang tua dengan perawat dengan penerapan *atraumatic care* kemungkinan dipengaruhi oleh persamaan persepsi antara orang tua dengan dengan perawat. Adanya persamaan persepsi antara orang tua dengan perawat kemungkinan dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan orang tua. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan Apriani (2014) yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan juga berpengaruh terhadap persepsi orang tua maupun keluarga dalam menerima tindakan *atraumatic care*. Kemampuan orang tua dalam menerima dan memahami apa yang disampaikan perawat akan berpengaruh pada tingkat kecemasan yang dialami orang tua akibat anaknya menjalani hospitalisasi (Rinaldi, Oped, & Pali, 2013). Menurunnya tingkat kecemasan orang tua akan berdampak pada menurunnya tingkat kecemasan anak yang menjalani hospitalisasi sehingga mempengaruhi proses penyembuhan anak.

Orang tua akan memiliki persepsi yang sama dengan perawat ketika perawat mampu menjelaskan prosedur tindakan dengan tepat dan keluarga dapat memahaminya (Hamilton, Lerner, & Presson, 2012). Hal tersebut sesuai dengan pendapat yang menyatakan bahwa untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan anak, perawat harus mampu berkomunikasi terapeutik (Marcinowicz, Abramowicz, Zarzycka, Abramowicz, & Konstantynowicz, 2016). Seorang perawat harus memperhatikan nada suara dan perilaku non verbal seperti ekspresi wajah atau kontak mata dengan lawan bicaranya.

Penelitian Adistie & Fanny (2012) yang berjudul pengaruh komunikasi terapeutik terhadap tingkat kecemasan orang tua anak yang dirawat di Ruang PICU dan NICU RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, yang menyatakan bahwa komunikasi terapeutik terbukti efektif dalam menurunkan kecemasan orang tua sehingga dapat dipertimbangkan dalam pemberian asuhan keperawatan untuk mengatasi kecemasan orang tua yang anaknya menjalani hospitalisasi. Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Ginting (2013) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara kemampuan komunikasi terapeutik perawat terhadap tingkat kecemasan orang tua dengan nilai *p value* 0,009.

Pentingnya kemampuan komunikasi yang dimiliki perawat dalam melakukan edukasi ataupun menjelaskan keadaan pasien kepada orang tua, merupakan salah satu upaya meningkatkan pemahaman orang tua dan anak tentang perawatan anak di rumah sakit. Dengan kata lain perawat harus mampu menjadi komunikator yang baik dengan orang tua sehingga dapat meminimalisir terjadinya salah paham atau miskomunikasi dan perbedaan persepsi antara orang tua dengan perawat.

4. Faktor-Faktor yang Dominan Mempengaruhi Penerapan *Atraumatic Care*

Berdasarkan tabel 8, didapatkan hasil analisis multivariat bahwa persepsi orang tua dengan perawat adalah faktor yang paling dominan mempengaruhi penerapan *atraumatic care* dengan OR yaitu 0,045, maka probabilitasnya mempengaruhi penerapan *atraumatic care* 4,5%.

Persepsi yang baik antara orang tua dengan perawat terkait edukasi maupun tindakan yang akan dilakukan terhadap anak dapat berdampak pada menurunnya kecemasan orang tua yang anaknya menjalani hospitalisasi (Hamilton, Lerner, & Presson, 2012). Hal tersebut sesuai dengan pernyataan yang diungkapkan oleh Indrayani & Santoso (2012) bahwa tingkat kecemasan seseorang dapat berkurang dengan adanya pemberian informasi tentang pelayanan keperawatan yang dilakukan. Adanya informasi dan pengetahuan yang diberikan oleh perawat, diharapkan akan mempengaruhi tingkat kecemasan orang tua akibat anaknya menjalani hospitalisasi.

Upaya menurunkan kecemasan orang tua akibat anaknya yang menjalani hospitalisasi akan berpengaruh pada penurunan kecemasan anak. Oleh karena itu, peran perawat sebagai *gatekeeper* sangat dipertimbangkan dalam menyampaikan informasi kepada orang tua. Informasi yang disampaikan dengan baik kepada orang tua akan membuat orang tua merasa lebih diberdayakan dalam membuat keputusan untuk merawat anak (Baier, 2012). Hal tersebut sesuai dengan pendapat dari Melo, Ferreira, Lima, & Mello (2014) yang menyatakan bahwa perawat memiliki tanggung jawab untuk memberikan informasi secara terus-menerus dalam upaya membantu orang tua memahami keadaan anaknya.

Hasil penelitian Lestari & Saparwati (2016) menunjukkan bahwa komunikasi perawat dalam kategori baik (63,6%) dengan tingkat kecemasan orang tua dalam kategori ringan (51,5%). Dalam penelitian

tersebut menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan orang tua yang anaknya menjalani hospitalisasi dengan $P \text{ value} = 0,002$ dan nilai korelasi $= -0,514$ menunjukkan korelasi negatif dan hubungan yang cukup kuat, yang berarti semakin baik komunikasi terapeutik perawat maka semakin menurun tingkat kecemasan orang tua dengan anak yang menjalani hospitalisasi. Penelitian lainnya dilakukan oleh (Slamet, 2014) yang mengungkapkan bahwa komunikasi terapeutik memberikan pengaruh terhadap tingkat kecemasan keluarga pasien yang anaknya dirawat dengan $P \text{ value} = 0,000$.

Informasi yang disampaikan oleh perawat kepada orang tua juga berkaitan dengan kemampuan orang tua dalam menerima dan memahami informasi yang disampaikan. Kemampuan orang tua dalam menerima suatu informasi dipengaruhi oleh tingkat pendidikan dimana semakin tinggi pendidikan orang tua maka diharapkan semakin mudah orang tua menerima dan memahami informasi dari perawat (Yeni, Novayelinda, & Karim, 2013). Hal tersebut sesuai dengan pernyataan dari Kartika (2013) yang menyatakan bahwa komunikasi terapeutik akan berhasil apabila didukung oleh pengetahuan dan kemampuan perawat serta tingkat pengetahuan orang tua, sehingga perawat dapat berinteraksi dengan baik dan akhirnya dapat memberikan informasi yang tepat dan sesuai dengan kebutuhan orang tua serta anak selama menjalani hospitalisasi.

Adanya informasi yang diberikan oleh perawat kepada orang tua terkait keadaan anak dan tindakan yang akan dilakukan terhadap anak,

akan mempengaruhi kecemasan yang dialami orang tua akibat anaknya menjalani hospitalisasi (Rinaldi, Oped, & Pali, 2013). Kecemasan yang dialami orang tua tidak hanya berdampak pada psikologi orang tua tetapi juga pada kesehatan anak. Orang tua yang mengalami kecemasan akibat anaknya menjalani hospitalisasi dapat mempengaruhi pada bagaimana orang tua berinteraksi dengan anak tersebut. Dengan kata lain, adanya stres yang terjadi pada orang tua menyebabkan dampak negatif bagi anak dan kurangnya interaksi positif dengan anak (Helgeson, Becker, Escobar, & Siminerio, 2012).

C. Kekuatan dan Kelemahan

1. Kekuatan Penelitian

- a. Penelitian ini menggunakan jumlah sampel dari 3 Rumah Sakit Muhammadiyah di Yogyakarta sehingga hasil yang didapatkan dapat generalisasikan.
- b. Penelitian ini tidak hanya untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan penerapan *atraumatic care*, namun juga dapat mengetahui bagaimana gambaran penerapan *atraumatic care* yang sudah dilakukan di Rumah Sakit yang digunakan sebagai tempat penelitian.

2. Kelemahan Penelitian

- a. Faktor-faktor yang diteliti dalam penelitian ini cukup sedikit yaitu sebesar 5 faktor.

- b. Kuesioner pada penelitian ini hanya diberikan kepada perawat anak saja, dimana seharusnya diberikan kepada orang tua anak juga.
- c. Pengkategorian pada kuesioner ini tidak baku karena menggunakan mean dan median

