

**HUBUNGAN FREKUENSI HOSPITALISASI DENGAN STATUS
GIZI DAN KECEMASAN PADA ANAK PRASEKOLAH DENGAN
LEUKEMIA DI RUANG MELATI RSUD ABDUL WAHAB
SJAHRANIE SAMARINDA**

SKRIPSI PENELITIAN



DISUSUN OLEH

IWAN FAIZAL

17.111024.1.10547

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH

SAMARINDA

2016-2018

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:


Nama : Iwan Faizal
NIM : 17.111024.1.10547
Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan

Judul Penelitian : Hubungan frekuensi hospitalisasi dengan status gizi dan kecemasan anak prasekolah dengan leukemia di ruang melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Menyatakan bahwa penelitian yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa terdapat plagiat dalam penelitian ini, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan perundang-undangan (Permendiknas No.17, tahun 2010).

Samarinda, 06 februari 2018



Iwan Faizal
NIM. 17.111024.1.10547

PERSETUJUAN PUBLIKASI

Kami dengan ini mengajukan surat persetujuan untuk publikasi penelitian dengan judul :

**HUBUNGAN FREKUENSI HOSPITALISASI DENGAN STATUS GIZI DAN
KECEMASAN ANAK PRASEKOLAH DENGAN LEUKEMIA DI RUANG
MELATI RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

2018

Bersamaan dengan surat persetujuan ini kami lampirkan naskah publikasi

Pembimbing I



Rini Ernawati, S.Pd., M.Kes
NIDN.1102096902

Peneliti



Iwan faizal
NIM. 17.111024.1.10547

Mengetahui,

koordinator mata ajar skripsi



Ns.M.bachtiar safrudin, M.kep.,sp.kom
NIDN.1112118701

LEMBAR PERSETUJUAN

**HUBUNGAN FREKUENSI HOSPITALISASI DENGAN STATUS GIZI DAN
KECEMASAN PADA ANAK PRASEKOLAH DENGAN LEUKEMIA DI
RUANG MELATI RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

SKRIPSI PENELITIAN

DISUSUN OLEH :

Iwan faizal

17111024110547

Disetujui untuk diujikan

Pada tanggal, Februari 2018

Pembimbing



Rini Ernawati, S.Pd., M.kes

NIDN.1102096902

Mengetahui,

Koordinator Mata Ajar Skripsi



Ns. Bachtiar safrudin, M.Kep., Sp.Kep.Kom

NIDN.1112118701

LEMBAR PENGESAHAN
HUBUNGAN FREKUENSI HOSPITALISASI DENGAN STATUS GIZI DAN
KECEMASAN ANAK PRASEKOLAH DENGAN LEUKEMIA DI RUANG
MELATI RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA
2018

SKRIPSI PENELITIAN

DISUSUN OLEH :

IWAN FAIZAL

17.111024.1.10547

Diseminarkan dan Diujikan

Pada tanggal, 06 Februari 2018

Penguji I



Ns. Enok Suresklarti, M.Kep
NIDN. 1119018202

Penguji II



Ns.Ni Wayan Wiwin A.S.Kep.,M.Pd
NIDN. 1114128602

Penguji III



Rini Ernawati, S.Pd., M.Kes
NIDN.1102096902

Mengetahui,
Ketua
Program Studi Ilmu Keperawatan



Ns. Dwi Rahmah Fitriani, M.kep
NIDN. 1115017703

Hospitalization Frequency Relationship with Nutrition Status and Anxiety of Preschool Children with Leukemia on Melati Room RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Iwan Faizal¹ , Rini Ernawati²

ABSTRACT

Background :Hospitalization is a condition that requires the child to be hospitalized for certain circumstances. The impact of hospitalization will lead to psychological reactions in children in the form of anxiety. In 2015-2016 there are 45 pediatric patients treated in RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda most of them are school-aged children. Children suffering from leukemia tend to experience malnutrition faster than healthy children history of cancer. poor nutrition causes the child vulnerable to disease so that the risk of recurring hospitalization.

Purpose:To know relationship of hospitalization frequency with nutritional status and anxiety of preschool children with leukemia in jasmine room of RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Research method :This type of research is a quantitative correlative, with cross sectional design. The sample of this research were 30 children, preschool children 3-5 years old with leukemia treated in the jasmine room of RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda consecutive sampling technique with technique of all subjects who come and meet the selection criteria included in the study until the number of subjects in needs to be met. The data analysis technique uses chi square test by reading the result from fisher's exact test.

Research Result :The result of statistical test of frequency of hospitalization with nutrient status in p value $0.000 < \alpha 0,05$ and statistical frequency of hospitalization with anxiety in p value $0.000 < \alpha 0,05$.

conclusion :There is a significant relationship between hospitalization frequency relationship with nutritional status and there is a significant relationship between the frequency of hospitalization with anxiety of preschool children with leukemia in jasmine room RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda.

Keyword :Hospitalization Frequency, Nutrition Status, Anxiety, Leukemia

¹ Student of nursing University Muhammadiyah Kalimantan Timur

² Lecturer of nursing University Muhammadiyah Kalimantan Timur

Hubungan Frekuensi Hospitalisasi dengan Status Gizi dan Kecemasan Anak Prasekolah dengan Leukemia di Ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Iwan faizal³ , Rini Ernawati⁴

INTISARI

Latar Belakang : Hospitalisasi adalah keadaan yang mengharuskan anak untuk di rawat di rumah sakit karena keadaan tertentu. Dampak hospitalisasi akan menimbulkan reaksi psikologis pada anak berupa kecemasan . Pada tahun 2015-2016 terdapat 45 pasien anak yang di rawat di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda sebagian besar dari jumlah tersebut merupakan pasien anak usia sekolah .anak-anak yang menderita leukemia cenderung mengalami kekurangan gizi lebih cepat di bandingkan dengan anak yang sehat/tidak mempunyai riwayat penyakit kanker . gizi yang kurang baik menyebabkan anak rentan terhadap penyakit sehingga beresiko terjadi hospitalisasi berulang .

Tujuan Penelitian : Mengetahui hubungan frekuensi hospitalisasi dengan status gizi dan kecemasan anak prasekolah dengan leukemia di ruang melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Metode penelitian : Jenis penelitian ini merupakan kuantitatif korelatif, dengan desain *cross sectional*. Sampel penelitian sebanyak 30 anak yaitu anak prasekolah usi 3 – 5 tahun dengan leukemia yang di rawat di ruang melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tehnik pengambilan sampel secara *consecutive sampling* dengan tehnik semua subjek yang datang dan memenuhi kriteria pemilihan dimasukan dalam penelitian sampai jumlah subjek yang di perlukan terpenuhi.tehnik analisis data menggunakan uji *chi square* dengan membaca hasil dari *fisher's exact test*.

Hasil penelitian : Hasil uji statistic frekuensi hospitalisasi dengan status gizi di dapat p value $0.000 < \alpha 0,05$ dan hasil uji statistic frekuensi hospitalisasi dengan kecemasan di dapat p value $0.000 < \alpha 0,05$.

Kesimpulan : Terdapat hubungan yang signifikan antara hubungan frekuensi hospitalisasi dengan status gizi dan terdapat hubungan yang signifikan antara frekuensi hospitalisasi dengan kecemasan anak prasekolah dengan leukemia di ruang melati RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda.

Kata kunci : Frekuensi Hospitalisasi, Status Gizi, Kecemasan, Leukemia

³ Mahasiswa program studi ilmu keperawatan universitas muhammadiyah Kalimantan timur

⁴ Dosen universitas muhammadiyah Kalimantan timur

BAB I

PENDAHULUAN

A.Latar belakang

Pengertian sehat meliputi kesehatan jasmani, rohani serta sosial dan bukan hanya keadaan bebas dari penyakit, cacat dan kelemahan. Masyarakat Indonesia yang dicita-citakan adalah masyarakat Indonesia yang mempunyai kesadaran, kemauan dan kemampuan untuk hidup sehat sehingga tercapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, sebagai salah satu unsur dari pembangunan kesehatan sumber daya manusia Indonesia seutuhnya (Depkes RI, 2013) .

Kesehatan merupakan hak dasar manusia dan merupakan salah satu faktor yang sangat menentukan kualitas sumber daya manusia terutama anak yang merupakan investasi bangsa, selain itu kesehatan juga merupakan karunia tuhan yang terbesar dan patut di syukuri.Kesehatan perlu di pelihara dan ditingkatkan serta di lindungi dari ancaman yang merugikan (Depkes RI, 2013).

Namun angka kematian merupakan salah satu indikator status kesehatan di masyarakat . Angka kematian ibu (AKI), Angka Kematian Anak (AKA), Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka

Harapan Hidup Waktu Lahir (AHH) telah di tetapkan sebagai indikator derajat kesehatan dalam Indonesia sehat. Pada tahun 2009 ASEAN menduduki urutan 112 dari 175 negara sementara itu AKI dan AKA Indonesia juga menduduki urutan yang tak dapat dibanggakan (Depkes RI, 2013)

Pada tahun 2012 di Indonesia angka kematian anak umur (1-5 tahun) berkisar antara 31 perseribu. Angka kematian Anak Balita (1-5 tahun) pada tahun 2007 adalah 38 perseribu. Pada tahun 2012 penyakit infeksi saluran pernapasan akut masih menjadi dominan di provinsi Kalimantan timur. Namun penyakit kanker juga masuk dalam 10 besar penyakit pada anak .presentase anak yang mengalami kanker pada tahun 2012 sebesar (0,04%) termasuk penyakit leukemia (Dinkes, 2012)

Leukemia adalah sekumpulan penyakit yang ditandai oleh adanya akumulasi leukosit ganas dalam sumsum tulang dan darah (Hoffbrand, Pettit & Moss, 2005).Leukemia merupakan kanker pada jaringan pembuluh darah yang paling umum ditemukan pada anak (Wong, Hockenberry, Wilson, Winkelstein & Schwartz, 2008; *American Cancer Society*, 2009).Leukemia yang terjadi pada umumnya leukemia akut, yaitu *Acute Limfoblastic Leukemia* (ALL) dan *Acute Mieloblastic Leukemia* (AML).Lebih kurang 80% leukemia

akut pada anak adalah ALL dan sisanya sebagian besar AML (Rudolph, 2007).

Yayasan Onkologi Anak Indonesia menyatakan bahwa menurut data dari *World Health Organization* (WHO), setiap tahun jumlah penderita kanker anak terus meningkat. Jumlahnya mencapai 110 sampai 130 kasus per satu juta anak per tahun. Di Indonesia, setiap tahun ada kira kira 11.000 kejadian kanker anak, dan 650 kasus kanker anak di Jakarta. Jenis kanker anak yang paling sering ditemukan di Indonesia adalah leukemia dan retinoblastoma. Di kota Padang, khususnya RSUP Dr. M. Djamil ditemukan bahwa ALL merupakan kasus terbanyak yang dirawat dibandingkan dengan retinoblastoma dan AML, disepanjang tahun 2013 terdapat sebanyak 184 anak dengan ALL dan 6 anak yang menderita AML, serta terdapat 40 orang anak dengan retinoblastoma (Data rekam medik pasien instalansi rawat inap RSUP Dr. M. Djamil, 2013).

Pengobatan utama leukemia yang digunakan adalah kemoterapi karena sel leukemik dari penderita leukemia biasanya cukup sensitive terhadap kemoterapi pada saat diagnosis (Rudolph, 2007). Kemoterapi adalah perawatan berulang dan teratur yang diberikan secara kombinasi, dengan lama pengobatan selama dua sampai tiga tahun bagi pasien ALL (Davey, 2005 dikutip dari Gamayanti, Rakhmawati, Mardhiyah & Yuyun, 2012).

Setiap tahun lebih dari sepertiga kematian anak di dunia berkaitan dengan masalah kurang gizi, yang dapat melemahkan daya tahan tubuh terhadap penyakit anak yang mengalami kekurangan gizi pada usia 2 tahun pertama, pertumbuhan serta perkembangan fisik dan mentalnya akan lambat. Salah satu indikator kesehatan yang di nilai pencapaiannya dalam sDGs adalah status gizi anak(Kemenkes RI, 2015) .

Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi .Dibedakan antara status gizi buruk, kurang , baik dan lebih (almatsier,2009). Akibat kurang gizi terhadap proses tubuh bergantung pada zat-zat gizi apa yang kurang. Kekurangan zat gizi secara umum (makanan kurang dalam kuantitsa dan kualitas) menyebabkan gangguann salah satunya pada proses pertahanan tubuh dimana system imunitas dan antibody berkurang mengakibatkan orang mudah terserang penyakit infeksi seperti batuk, pilek dan diare . pada anak-anak hal ini dapat membawa kematian (Almatsier,2009) .

Menurut yayasan onkologi anak indonesia (2012) setiap tahun ditemukan 11.000 kasus kanker baru pada anak di seluruh indonesia,sebanyak 70% merupakan leukemia/kanker darah. Di indionesia leukemia menduduki peringkat 1 kasus kanker pada anak.

Umumnya pasien kanker yang menderita leukemia datang kerumah sakit dalam keadaan status gizi yang kurang .

Penelitian terkait dengan status gizi pasien leukemia pada anak yang dilakukan oleh aini noor, et al. (2009) menunjukkan bahwa menemukan signifikan perbedaan status gizi antara sampel anak-anak dengan leukemia pada tahap pengobatan yang berbeda . Namun prevalensi gizi buruk lebih tinggi pada anak-anak dengan leukemia yang baru di diagnosa, sehingga status gizi anak dengan leukemia harus di pantau secara berkala sebagai anak-anak kurang gizi lebih rentan terhadap infeksi dan komplikasi selama menjalani perawatan/menjalani hospitalisasi .

Status gizi memberikan efek yang penting pada kualitas kehidupan pada pasien leukemia .malnutrisi dan kehilangan berat badan (BB) seringkali memberikan kontribusi kepada pasien leukemia. Gambaran klinisnya mencakup kehilangan jaringan, anorexia,atrofi otot rangka,anemia, hipoalbumenemia. Penyebabnya adalah pengobatan jangka panjang kemoterapi dan perubahan-perubahan metabolisme (Bari,2006).

Perawatan dirumah sakit atau hospitalisasi adalah saat masuknya seseorang penderita kedalam suatu rumah sakit (Dorlan,2012). Setelah memastikan diagnosa leukemia, anak akan mendapat pengobatan untuk menghilangkan gejala klinis dan

hematologi leukemia. Saat dilakukan program pengobatan anak harus dirawat inap .strategi dasar pengobatan leukemia harus menjalani terapi yang berkesinambungan selama 2-3 tahun untuk meneruskan penghancuran sel leukemia (Rudolph,2007). Jika anak positif menderita leukemia anak harus dilakukan terapi pemeliharaan yang cukup panjang, mungkin pula di perlukan satu jangka waktu yang panjang atau suatu periode dengan kemoterapi yang intensif sehingga anak harus mengalam hospitalisasi berulang (Jones,2003).

Selama dirumah sakit anak sering mengalami krisis penyakit seperti stress akibat peruubahan keadaan dan rutinitas lingkungan, serta krisis hospitalisasi karena anak memiliki jumlah mekanisme koping terbatas untuk melengkapi hal-hal yang menimbulkan tekanan (stressor). Stressor utama dari hospitalisasi yaitu perpisahan, kehilangan kendali, cidera tubuh, dan nyeri .

Hospitalisasi memberikan efek pada anak sebelum, selama hospitalisasi dan setelah pemulangan (Hockbenberry, 2011). Efek positif dari hospitalisasi yaitu anak pulih dari sakitnya dan memiliki koping menghadapi masalah yang lebih dari pada anak lain yang tidak memiliki pengalaman hospitalisasi. Selain itu anak juga bisa belajar bersosialisasi di rumah sakit dengan teman sebaya, teman yang lebih muda atau teman yang lebih tua. Sebaliknya hospitalisasi

juga dapat menimbulkan perubahan yang negatif yaitu anak akan takut dengan lingkungan baru , kehilangan kontrol terhadap dirinya sendiri, anak lebih sering menangis, manja dan agresif, mengalami depresi dan regresi atau kemunduran perkembangan .

Pengalaman hospitalisasi atau perawatan di rumah sakit membentuk konsep sakit pada anak .konsep sakit yang dimiliki anak bahkan lebih penting dibandingkan usia dan kematangan intelektual dalam memperkirakan tingkat kecemasan anak . sifat dari kondisi anak meningkatkan kecenderungan bahwa mereka akan mengalami prosedur invasif dan traumatik pada saat mereka di hospitalisasi (Hockenberry,2011). Jika anak sering di hospitalisasi maka anak akan mengalami kecemasan yang lebih tinggi dari pada kecemasan anak pada hospitalisasi sebelumnya .

Berdasarkan hasil dari studi pendahuluan yang di dapatkan oleh peneliti saat melakukan wawancara terhadap orang tua yang memiliki anak dengan leukemia didapatkan 5 dari 6 orang anak mengalami penurunan berat badan hingga 2 – 3 kg , kurang nafsu makan dan menunjukkan anak mudah tersinggung atau marah bahkan menolak saat dilakukan tindakan invasifsehingga menyebabkan bertambah lamanya proses penyembuhan anak . orang tua juga mengkhawatikan keadaan status gizi anaknya yang semakin menurun semenjak terdiagnosa leukemia dan akan sering menjalani

tindakan invasif dan melakukan perawatan di rumah sakit untuk penyakit anaknya . Berdasarkan uraian di atas peneliti tertarik untuk meneliti tentang “ Hubungan frekuensi hospitalisasi dengan status gizi dan kecemasan anak prasekolah dengan leukemia di ruang melati rumah sakit abdul wahab sjahranie samarinda”.

B. Rumusan masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah di uraikan di atas maka masalah dalam penelitian ini adalah : “ Bagaimana hubungan frekuensi hospitalisasi dengan status gizi dan kecemasan pada anak prasekolah dengan leukemiadi ruang melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie samarinda “.

C. Tujuan penelitian

1. Tujuan umum

Mengetahui hubungan frekuensi hospitalisasi dengan status gizi dan kecemasan pada anak prasekolah dengan leukemia di ruang melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda .

2. Tujuan khusus

- a) Mengidentifikasi karakteristik frekuensi hospitalisasi anak dengan status gizi dan kecemasan anak prasekolah dengan leukemia di ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

- b) Mengidentifikasi frekuensi hospitalisasi anak prasekolah dengan leukemia di ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda
- c) Mengidentifikasi tingkat kecemasan anak prasekolah dengan leukemia di ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda
- d) Mengidentifikasi perubahan status gizi anak prasekolah dengan leukemia di ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda
- e) Mengidentifikasi hubungan frekuensi hospitalisasi dengan status gizi dan kecemasan anak prasekolah dengan leukemia di ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda
- f) Menganalisis hubungan frekuensi hospitalisasi dengan status gizi dan kecemasan anak prasekolah dengan leukemia di ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

D. Manfaat penelitian

Adapun manfaat yang dapat di ambil dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagi perawat

Sebagai informasi dan masukan untuk peningkatan pengetahuan tentang hubungan frekuensi hospitalisasi dengan status gizi dan kecemasan anak prasekolah dengan leukemia

2. Institusi pendidikan

Diharapkan dapat dipergunakan sebagai bahan untuk meningkatkan pengetahuan dan keilmuan tentang hubungan frekuensi hospitalisasi dengan status gizi dan kecemasan anak prasekolah dengan leukemia

3. Bagi institusi rumah sakit

Sebagai sumbangan pemikiran dan bahan masukan dalam pemberian asuhan keperawatan, diharapkan perawat tetap memperhatikan status gizi dan kecemasan anak prasekolah dengan leukemia.

4. Bagi Peneliti

Merupakan pengalaman nyata bagi peneliti untuk mempraktekkan ilmu keperawatan yang diperoleh selama mengikuti pendidikan akademik serta dapat menambah wawasan mengenai hubungan frekuensi hospitalisasi dengan status gizi dan kecemasan anak prasekolah dengan leukemia

E. Keaslian penelitian

Ade Ragil Agung (2008) dengan judul "Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kecemasan Akibat Hospitalisasi Pada Anak Usia Sekolah Di Ruang Anak RSUD Merauke". Metode yang digunakan adalah metode penelitian non experimental dengan menggunakan metode kuantitatif dan kualitatif, dengan rancangan cross sectional.

Hasil penelitian yang didapat adalah mayoritas dukungan keluarga yang diberikan oleh orang tua dalam kategori tinggi. Kecemasan akibat hospitalisasi yang dialami oleh anak usia sekolah dalam kategori sedang. Perbedaan penelitian yang dilakukan dalam penelitian ini terdapat pada variabel independent dan dependentnya, judul penelitiannya adalah “hubungan frekuensi hospitalisasi dengan status gizi dan kecemasan pada anak prasekolah dengan leukemia di ruang melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”. Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif korelasi. Analisis data menggunakan chi-square.

Fella Rachmawati (2014) dengan judul “hubungan status gizi dengan frekuensi hospitalisasi pasien leukemia limfoblastik akut pada anak prasekolah di rsud dr.moewardi”. metode yang digunakan adalah metode kuantitatif, desain penelitian yang digunakan deskriptif korelasi. pengumpulan data melalui pendekatan cross sectional. Dari hasil penelitian mayoritas responden yang mengalami frekuensi hospitalisasi sering, si anak keadaannya sering memburuk saat dirumah, status gizi anak juga kurang jadi orang tua lebih sering membawa anaknya kerumahsakit, menjalani hospitalisasi tidakhanya menjalani jadwal khemoterapi tetapi juga disebabkan factor keadaan anak yang memburuk saat dirumah, sehingga frekuensi hospitalisasinya lebih sering. sedangkan responden

yang mengalami frekuensi hospitalisasi sedang status gizi anak normal dan tidak ada keluhan saat dirumah jadi menjalani khemoterapi saat ada jadwal khemoterapi saja, sehingga frekuensi hospitalisasinya sedang. Perbedaan penelitian yang dilakukan dalam penelitian ini terdapat pada variabel independent dan dependentnya, judul penelitiannya adalah “hubungan frekuensi hospitalisasi dengan status gizi dan kecemasan pada anak prasekolah dengan leukemia di ruang melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”. Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif korelasi. Analisis data menggunakan chi-square .

Nikmatiah G.A wolley ,et al (2016) dengan judul “perubahan status gizi pada anak dengan leukemia limfoblastik akut selama pengobatan”. Metode yang digunakan dalam penelitian ini jenis penelitian deskriptif analitik dengan metode studi kohort-restrospektif. Berdasarkan hasil penelitian dan bahasan dapat disimpulkan bahwa terdapat peningkatan secara bermakna status gizi pada anak dengan leukemia limfoblastik akut selama pengobatan. Perbedaan penelitian yang dilakukan dalam penelitian ini terdapat pada variabel independent dan dependentnya , judul penelitiannya adalah “hubungan frekuensi hospitalisasi dengan status gizi dan kecemasan pada anak prasekolah dengan leukemia di ruang melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”. Desain

penelitian yang digunakan adalah deskriptif korelasi. Analisis data menggunakan chi-square .

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Kecemasan

a. Pengertian kecemasan

Kecemasan atau dalam bahasa Inggrisnya “ *anxiety*” berasal dari bahasa latin “angustus” yang berarti kaku, dan “ango, anci “ yang berarti mencekik. Kecemasan adalah fungsi ego untuk memperingatkan individu tentang kemungkinan datangnya suatu bahaya sehingga dapat disiapkan reaksi adaptif yang sesuai. Kecemasan berfungsi sebagai mekanisme yang melindungi ego karena kecemasan memberikan sinyal kepada kita bahwa ada bahaya dan kalau kita tidak dilakukan tindakan yang tepat maka bahaya itu akan meningkat sampai ego dikalahkan, menurut Freud (dalam Pratiwi, 2010).

Kecemasan adalah gangguan alam perasaan yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas, kepribadian masih tetap utuh, perilaku dapat terganggu tetapi masih dalam batas normal (Hawari, 2011).

Gejala kecemasan baik yang sifatnya akut maupun kronik merupakan komponen utama bagi hampir semua gangguan kejiwaan. Secara klinis gejala kecemasan dibagi dalam beberapa kelompok, yaitu : gangguan cemas, gangguan cemas menyeluruh, gangguan panic, gangguan phobia, dan gangguan obsesif-kompulsif. Pada gejala cemas, gejala yang dikeluhkan penderita didominasi oleh keluhan-keluhan psikis (ketakutan dan kekhawatiran), tetapi dapat pula disertai keluhan-keluhan somatik (fisik) (Hawari, 2011).

b. Tanda dan Gejala Kecemasan

Menurut Carpenito (2007), menyatakan bahwa tanda dan gejala kecemasan antara lain:

a) Fisiologis

Peningkatan frekuensi denyut jantung, peningkatan tekanan darah, peningkatan frekwensi pernafasan, dioporesis, dilatasi pupil, suara tremor perubahan nada, gelisah, gemetar, berdebar – debar sering berkemih, diare, gelisah, insomnia, kelelahan dan kelemahan, pucat, atau kemerahan, pusing, mual, anoreksia.

b) Emosional

Ketakutan, ketidak berdayaan, gugup, kurang percaya diri, kehilangan kontrol. Ketegangan individu juga

sering memperlihatkan marah berlebihan, menangis, cenderung menyalahkan orang lain, kontak mata buruk, kritisme pada diri sendiri, menarik diri, kurang inisiatif, mencela diri reaksi baku.

c) Kognitif

Tidak dapat berkonsentrasi, mudah lupa, penurunan kemampuan belajar, terlalu perhatian, orientasi pada masa lalu daripada kini atau masa depan.

c. Kecemasan pada Anak akibat Hospitalisasi

Derajat kecemasan yang tinggi, terjadi pada anak usia antara tiga sampai lima tahun. Dalam jumlah tertentu kecemasan adalah sesuatu yang normal. Stres utama dari masa bayi pertengahan sampai usia prasekolah adalah kecemasan akibat perpisahan (Wong, 2003). Kecemasan yang timbul pada anak tidak selalu bersifat patologi tetapi dapat juga disebabkan oleh proses perkembangan itu sendiri atau karena tingkah laku yang salah satu dari orang tua. Hospitalisasi adalah suatu proses yang karena suatu alasan yang berencana atau darurat, mengharuskan anak harus tinggal di rumah sakit, menjalani terapi dan perawatan sampai pemulangan kembali ke rumah (Supartini, 2004). Reaksi anak terhadap hospitalisasi bersifat individual, dan sangat bergantung pada tahapan usia perkembangan anak,

pengalaman sebelumnya terhadap sakit, sistem pendukung yang tersedia dan kemampuan koping yang dimilikinya. Menurut Supartini (2004), berbagai perasaan yang muncul pada anak prasekolah yang mengalami hospitalisasi yaitu kecemasan karena perpisahan, kehilangan, perlukaan tubuh dan rasa nyeri, marah, sedih, takut serta rasa bersalah.

Menurut Wong (2003), manifestasi cemas akibat perpisahan pada anak antara lain:

a) Fase Protes (*Phase of Protest*)

Pada fase ini anak menangis, menjerit / berteriak, mencari orang tua dengan pandangan mata, memegangi orang tua, menghindari dan menolak bertemu dengan orang yang tidak dikenal secara verbal menyerang orang yang tidak dikenal, berusaha lari untuk mencari orang tuanya, secara fisik berusaha menahan orang tua agar tetap tinggal. Sikap protes seperti menangis mungkin akan berlanjut dan akhirnya akan berhenti karena kelelahan fisik. Pendekatan orang yang tidak dikenal akan memicu meningkatnya sikap protes.

b) Fase putus asa (*Phase of Despair*)

Perilaku yang harus diobservasi pada fase ini adalah anak tidak aktif, menarik diri dari orang lain, depresi, sedih, tidak tertarik terhadap lingkungan, tidak komunikatif, perilaku memburuk, dan menolak untuk makan, minum atau bergerak.

c) Fase menolak (*Phase of Denial*)

Pada fase ini secara samar-samar anak menerima perpisahan, tertarik pada lingkungan sekitar, mulai berinteraksi secara dangkal dengan orang yang tidak dikenal atau perawat dan terlihat gembira. Fase ini biasanya terjadi setelah berpisah dengan orang tua dalam jangka waktu yang lama.

d. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kecemasan pada Anak

Menurut Perry dan Potter (2005), faktor-faktor yang berhubungan dengan kecemasan pada anak yang mengalami hospitalisasi antara lain:

a) Jenis kelamin

Anak pada umur 3-6 tahun, kecemasan lebih sering terjadi pada anak perempuan dibandingkan laki-laki. Hal ini karena laki-laki lebih aktif dan eksploratif sedangkan perempuan lebih sensitive dan banyak

menggunakan perasaan. Selain itu perempuan lebih mudah dipengaruhi oleh tekanan-tekanan lingkungan daripada laki- laki, kurang sabar dan mudah menggunakan air mata.

b) Umur

Semakin tua seseorang semakin baik seseorang dalam mengendalikan emosinya.

c) Lama hari rawat

Lama hari rawat dapat mempengaruhi seseorang yang sedang dirawat juga keluarga dari klien tersebut (Utama, 2003). Kecemasan anak yang dirawat di rumah sakit akan sangat terlihat pada hari pertama sampai kedua bahkan sampai hari ketiga, dan biasanya memasuki hari keempat atau kelima kecemasan yang dirasakan anak akan mulai berkurang. Kecemasan yang terjadi pada pasien dan orang tua juga bisa dipengaruhi oleh lamanya seseorang dirawat. Kecemasan pada anak yang sedang dirawat bisa berkurang karena adanya dukungan orang tua yang selalu menemani anak selama dirawat, teman-teman anak yang datang berkunjung ke rumah sakit atau anak sudah membina

hubungan yang baik dengan petugas kesehatan (perawat, dokter) sehingga dapat menurunkan tingkat kecemasan anak.

d) Lingkungan rumah sakit

Lingkungan rumah sakit dapat mempengaruhi kecemasan pada anak yang mengalami hospitalisasi. Lingkungan rumah sakit merupakan lingkungan yang baru bagi anak, sehingga anak sering merasa takut dan terancam tersakiti oleh tindakan yang akan dilakukan kepada dirinya. Lingkungan rumah sakit juga akan memberikan kesan tersendiri bagi anak, baik dari petugas kesehatan (perawat, dokter), alat kesehatan, dan teman seruangan dengan anak juga mempengaruhi kecemasan pada anak karena anak merasa berpisah dengan orang tuanya.

Menurut Moersintowarti (2008), faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pada anak yang dirawat dirumah sakit antara lain :

- (a) Lingkungan rumah sakit
- (b) Bangunan rumah sakit
- (c) Bau khas rumah sakit
- (d) Obat-obatan

(e) Alat-alat medis

(f) Tindakan – tindakan medis

(g) Petugas kesehatan

e. Reaksi Kecemasan pada Anak yang Mengalami Hospitalisasi

Suliswati (2005) menyatakan bahwa kecemasan yang timbul pada anak yang mengalami hospitalisasi dapat menimbulkan reaksi konstruktif maupun destruktif bagi individu:

a) Konstruktif

Reaksi kecemasan konstruktif karena individu termotivasi untuk belajar mengadakan perubahan terutama perubahan terhadap perasaan tidak nyaman dan terfokus pada kelangsungan hidup. Reaksi ini timbul pada anak yang mengalami hospitalisasi karena sudah adanya rasa percaya pada anak terhadap pemberi pelayanan kesehatan baik perawat maupun dokter. Reaksi kecemasan konstruktif dapat digambarkan atau diwujudkan dalam bentuk anak mau menuruti perintah atau mau dilakukan intervensi guna penanganan masalah kesehatannya, seperti anak mau dilakukan injeksi, dipasang infus, minum obat dan lain sebagainya.

b) Destruktif

Reaksi kecemasan destruktif merupakan respon individu terhadap kecemasan yang dimanifestasikan dengan bertingkah

laku maladaptif dan disfungsional. Reaksi ini timbul karena anak merasa tidak percayadan berpersepsi bahwa orang lain akan melukai dirinya. Respon kecemasan destruktif pada anak yang mengalami hospitalisasi dapat diwujudkan dalam bentuk penolakan terhadap tindakan yang akan dilakukan pada anak, bahkan anak merasa ketakutan dan menangis jika pemberi pelayanan kesehatan mendekat pada anak.

f. Upaya yang Dilakukan untuk Mengatasi Kecemasan Anak

Menurut Wong (2003), menyatakan bahwa intervensi yang penting dilakukan perawat terhadap anak yang mengalami kecemasan akibat hospitalisasi pada dasarnya untuk meminimalkan stressor, memaksimalkan manfaat hospitalisasi memberikan dukungan psikologis pada anggota keluarga, mempersiapkan anak sebelum masuk rumah sakit. Upaya untuk mengatasi kecemasan pada anak antara lain yaitu :

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

c) Peran dari petugas kesehatan rumah sakit (dokter, perawat), dimana diharapkan petugas kesehatan khususnya perawat harus menghargai sikap anak karena selain orang tua perawat adalah orang yang paling dekat dengan anak selama perawatan di rumah sakit. Sekalipun anak menolak orang asing (perawat), namun perawat harus tetap memberikan dukungan dengan meluangkan waktu secara fisik dekat dengan anak mengajak bermain sesuai dengan tahap perkembangan anak untuk kepentingan terapi.

g. Tingkat kecemasan

Menurut Stuart (2007) kecemasan dibagi menjadi 4 tingkatan yaitu :

a) Kecemasan Ringan

Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari ; kecemasan ini menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsinya. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreativitas.

b) Kecemasan Sedang

Kecemasan sedang merupakan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Kecemasan ini mempersempit lapang persepsi individu. Dengan demikian, individu

mengalami tidak perhatian yang selektif namun dapat berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya.

c) Kecemasan Berat

Kecemasan berat sangat mengurangi lapang persepsi individu. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berfikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain.

d) Panik

Berhubungan dengan ketakutan dan terror. Karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Panik mencakup disorganisasi kepribadian dan menimbulkan peningkatan aktivitas motoric, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain. Persepsi yang menyimpang dan kehilangan pemikiran yang rasional.

Tingkat kecemasan dapat diukur dengan menggunakan Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRS-A) yang sudah dikembangkan oleh kelompok Psikiatri Biologi Jakarta (KPBJ) dalam bentuk Anxiety Analog Scale (AAS). Validitas AAS sudah diukur oleh Yul Iskandar pada tahun 1984 dalam penelitiannya yang mendapat korelasi yang cukup dengan HRS A ($r = 0,57 - 0,84$).

Kecemasan dapat diukur dengan pengukuran tingkat kecemasan menurut alat ukur kecemasan yang disebut HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale). Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya symptom pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala HARS terdapat 14 symptoms yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap item yang diobservasi diberi 5 tingkatan skor antara 0 (Not Present) sampai dengan 4 (severe).

Skala HARS pertama kali digunakan pada tahun 1959, yang diperkenalkan oleh Max Hamilton dan sekarang telah menjadi standar dalam pengukuran kecemasan terutama pada penelitian trial clinic. Skala HARS telah dibuktikan memiliki validitas dan reliabilitas cukup tinggi untuk melakukan pengukuran kecemasan pada penelitian trial clinic yaitu 0,93 dan 0,97. Kondisi ini menunjukkan bahwa pengukuran kecemasan dengan menggunakan skala HARS akan diperoleh hasil yang valid dan reliable.

Skala HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale) yang dikutip Nursalam

(2003) penilaian kecemasan terdiri dan 14 item, meliputi:

- a). Perasaan Cemas firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung.
- b). Ketegangan merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah terganggu dan lesu.
- c). Ketakutan: takut terhadap gelap, terhadap orang asing, bila tinggal sendiri dan takut pada binatang besar.
- d). Gangguan tidur: sukar memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas dan mimpi buruk.
- e). Gangguan kecerdasan: penurunan daya ingat, mudah lupa dan sulit konsentrasi.
- f). Perasaan depresi: hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari.
- g). Gejala somatik: nyeri pada otot-otot dan kaku, gertakan gigi, suara tidak stabil dan kedutan otot.
- h). Gejala sensorik: perasaan ditusuk-tusuk, penglihatan kabur, muka merah dan pucat serta merasa lemah.
- i). Gejala kardiovaskuler: takikardi, nyeri di dada, denyut nadi mengeras dan detak jantung hilang sekejap.
- j). Gejala pernapasan: rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik napas panjang dan merasa napas pendek.

- k). Gejala gastrointestinal: sulit menelan, obstipasi, berat badan menurun, mual dan muntah, nyeri lambung sebelum dan sesudah makan, perasaan panas di perut.
- l). Gejala urogenital: sering kencing, tidak dapat menahan kencing, aminorea, ereksi lemah atau impotensi.
- m). Gejala vegetatif: mulut kering, mudah berkeringat, muka merah, bulu roma berdiri, pusing atau sakit kepala.
- n). Perilaku sewaktu wawancara: gelisah, jari-jari gemetar, mengkerutkan dahi atau kening, muka tegang, tonus otot meningkat dan napas pendek dan cepat.

Cara penilaian kecemasan adalah dengan memberikan nilai dengan kategori:

0 = tidak ada gejala sama sekali

1 = Satu dari gejala yang ada

2 = Sedang/ separuh dari gejala yang ada

3 = berat/lebih dari $\frac{1}{2}$ gejala yang ada

4 = sangat berat semua gejala ada

Penentuan derajat kecemasan dengan cara menjumlah nilai skor dan item 1-14 dengan hasil:

a). Skor kurang dari 6 = tidak ada kecemasan.

b). Skor 7 – 14 = kecemasan ringan.

c). Skor 15 – 27 = kecemasan sedang.

d). Skor lebih dari 27 = kecemasan berat

h. Mekanisme Koping

Ketika mengalami kecemasan, individu menggunakan berbagai mekanisme koping untuk mencoba mengatasinya. Ketidakmampuan mengatasi kecemasan secara konstruktif merupakan penyebab utama terjadinya perilaku patologis. Pola yang biasa digunakan individu untuk mengatasi kecemasan ringan cenderung tetap dominan ketika kecemasan menjadi lebih intens. Kecemasan sedang dan berat menimbulkan dua jenis mekanisme koping yaitu:

a) Reaksi yang berorientasi pada tugas yaitu upaya yang disadari dan berorientasi pada tindakan untuk memenuhi tuntutan situasi stress secara realistis.

b) Perilaku menyerang digunakan untuk menjauhkan atau mengatasi hambatan pemenuhan kebutuhan.

c) Perilaku menarik diri digunakan untuk menjauhkan diri dari sumber ancaman, baik secara fisik maupun psikologis.

d) Perilaku kompromi digunakan untuk mengubah cara cara yang biasa dilakukan individu, mengganti tujuan atau mengorbankan aspek kebutuhan personal.

e) Mekanisme pertahanan ego membantu mengatasi kecemasan ringan dan sedang.

2. Konsep status Gizi

a. Status gizi

Gizi adalah suatu proses menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme, dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal dari organ-organ, serta menghasilkan energi.

Keadaan gizi adalah keadaan akibat dari keseimbangan antara konsumsi dan penyerapan gizi dan penggunaan zat gizi tersebut atau keadaan fisiologi akibat dari tersedianya zat gizi dalam sel tubuh (Supariasa, 2002).

Jadi, status gizi merupakan keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat gizi. Dibedakan atas status gizi buruk, gizi kurang, gizi baik, dan gizi lebih (Almatsier, 2006 yang dikutip oleh Simarmata, 2009).

Status gizi merupakan faktor yang terdapat dalam level individu (level yang paling mikro). Faktor yang mempengaruhi secara langsung adalah asupan makanan dan infeksi. Pengaruh tidak langsung dari status gizi ada tiga faktor yaitu ketahanan pangan di keluarga, pola pengasuhan anak, dan lingkungan kesehatan yang tepat, termasuk

akses terhadap pelayanan kesehatan (Riyadi, 2001 yang dikutip oleh Simarmata, 2009).

Hal yang sama diutarakan oleh Daly, et al. (1979) bahwa konsep terjadinya keadaan gizi mempunyai faktor dimensi yang sangat kompleks. Faktor-faktor yang mempengaruhi keadaan gizi yaitu konsumsi makanan dan tingkat kesehatan. Konsumsi makanan dipengaruhi oleh pendapatan, makanan, dan tersedianya bahan makanan (Supariasa, 2002).

Masalah gizi anak secara garis besar merupakan dampak dari ketidakseimbangan antara asupan dan keluaran zat gizi (nutritional imbalance), yaitu asupan yang melebihi keluaran atau sebaliknya, di samping kesalahan dalam memilih bahan makanan untuk disantap (Arisman, 2009).

b. Penilaian Status Gizi

Penilaian status gizi pada dasarnya merupakan proses pemeriksaan keadaan gizi seseorang dengan cara mengumpulkan data penting, baik yang bersifat objektif maupun subjektif, untuk kemudian dibandingkan dengan baku yang telah tersedia. Data objektif dapat diperoleh dari data pemeriksaan laboratorium perorangan, serta sumber lain yang dapat diukur oleh anggota tim penilai.

Pada prinsipnya, penilaian status gizi anak serupa dengan penilaian pada periode kehidupan lain. Komponen penilaian status gizi meliputi

(1) survei asupan makanan, (2) pemeriksaan biokimia, (3) pemeriksaan klinis, serta (4) pemeriksaan antropometris (Arisman, 2009).

Survei asupan makanan adalah metode penentuan status gizi secara tidak langsung dengan melihat jumlah dan jenis zat gizi yang dikonsumsi. Pengumpulan data konsumsi makanan dapat memberikan gambaran tentang konsumsi berbagai zat gizi pada masyarakat, keluarga dan individu. Survei ini dapat mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan zat gizi (Supriasa, 2002).

Anamnesis tentang asupan pangan harus mencantumkan pula (selain wawancara asupan pangan) pertanyaan yang terkait dengan baik status gizi maupun kesehatan gigi. Anamnesis juga wajib mencantumkan pola konsumsi obat karena kemungkinan interaksi antara makanan dan obat.

Anamnesis tentang asupan pangan merupakan satu tahap penilaian status gizi yang paling sulit dan tidak jarang membuat penilai frustrasi karena berbagai sebab. Pertama, manusia memiliki sifat lupa sehingga orang sering tidak mampu mengingat dengan pasti jenis (apalagi jumlah) makanan yang telah disantap. Kedua, manusia sering mengedepankan gengsi jika diberi tahu bahwa makanan mereka akan dinilai, pola "pangan" pun dipaksakan berubah. Ketiga, sejauh ini, belumlah mungkin penghitungan komposisi makanan secara akurat, kecuali kegiatan pangan dapat terawasi dengan ketat. Di samping itu,

masih banyak kendala lain yang berpotensi menyendatkan langkah penilaian ini.

Pada prinsipnya, kedekatan antara keduanya perlu ditumbuhkan agar responden menaruh kepercayaan pada pewawancara. Bahasa yang digunakan oleh pewawancara harus dimengerti secara benar oleh responden. Selain itu, wawasan pangan pewawancara harus luas, ia harus mengetahui jenis makanan yang beredar, baik legal maupun ilegal, di daerah tempat ia ditugaskan (Arisman, 2009).

Pemeriksaan biokimia adalah pemeriksaan spesimen yang diuji secara laboratoris yang dilakukan pada berbagai macam jaringan tubuh. Jaringan tubuh yang digunakan antara lain: darah, urine, tinja dan juga beberapa jaringan tubuh seperti hati dan otot (Supriasa, 2002).

Uji biokimiawi yang penting ialah pemeriksaan kadar hemoglobin, pemeriksaan apusan darah untuk malaria, pemeriksaan protein. Ada dua jenis protein, viseral dan somatik, yang layak dijadikan parameter penentu status gizi. Pemeriksaan tinja cukup hanya pemeriksaan occult blood dan telur cacing saja (Arisman, 2009)

Metode ini digunakan untuk suatu peringatan bahwa kemungkinan akan terjadi keadaan malnutrisi yang lebih parah lagi. Banyak gejala klinis yang kurang spesifik, maka penentuan kimia faali dapat lebih banyak menolong untuk menentukan kekurangan zat gizi yang spesifik.

Pemeriksaan klinis adalah metode yang sangat penting untuk menilai status gizi masyarakat. Metode ini didasarkan atas perubahan-perubahan yang terjadi yang dihubungkan dengan ketidakcukupan zat gizi. Hal ini dapat dilihat pada jaringan epitel (superficial epithelial tissues) seperti kulit, mata, rambut, dan mukosa oral atau pada organ-organ yang dekat dengan permukaan tubuh seperti kelenjar tiroid.

Penggunaan metode ini umumnya untuk survei klinis secara cepat (rapid clinical surveys). Survei ini dirancang untuk mendeteksi secara cepat tanda-tanda dari kekurangan salah satu atau lebih zat gizi. Disamping itu digunakan untuk mengetahui tingkat status gizi seseorang dengan melakukan pemeriksaan fisik yaitu tanda (sign) dan gejala (symptom) (Supriasa, 2002).

Pemeriksaan klinis meliputi pemeriksaan fisik secara menyeluruh, termasuk riwayat kesehatan. Riwayat kesehatan yang perlu ditanyakan adalah kemampuan mengunyah dan menelan, keadaan nafsu makan, makanan yang digemari dan yang dihindari, serta masalah saluran pencernaan (Arisman, 2009).

Pemeriksaan antropometris secara umum artinya penilaian ukuran tubuh manusia. Ditinjau dari sudut pandang gizi, maka antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat usia dan tingkat gizi. Antropometri secara umum digunakan untuk melihat

ketidakseimbangan asupan protein dan energi. Ketidakseimbangan ini terlihat pada pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot, dan jumlah air dalam tubuh (Supriasa, 2002).

Penilaian antropometris yang penting dilakukan ialah penimbangan berat dan pengukuran tinggi badan, lingkar lengan, dan lipatan kulit triseps. Pemeriksaan ini penting, terutama pada anak yang berkelas ekonomi dan sosial rendah. Pengamatan anak dipusatkan terutama pada percepatan tumbuh (Arisman, 2009).

Hal mendasar yang perlu diingat bahwa setiap metode penelitian suatu gizi mempunyai kelebihan dan kelemahan masing-masing. Dengan menyadari kelebihan dan kelemahan tiap-tiap metode, maka dalam menentukan diagnosis suatu penyakit perlu digunakan beberapa jenis metode. Penggunaan satu metode akan memberikan gambaran yang kurang komprehensif tentang suatu keadaan.

Beberapa faktor yang perlu dipertimbangkan dalam memilih dan menggunakan metode adalah sebagai berikut:

a) Tujuan Tujuan pengukuran sangat perlu diperhatikan dalam memilih metode, seperti tujuan ingin melihat fisik seseorang, maka metode yang digunakan adalah antropometri. Apabila ingin melihat status vitamin dan mineral dalam tubuh sebaiknya menggunakan metode biokimia.

- b) Unit Sampel yang Akan Diukur Berbagai jenis unit sampel yang akan diukur sangat mempengaruhi penggunaan metode penilaian status gizi. Jenis unit sampel yang akan diukur meliputi individual, rumah tangga/keluarga dan kelompok rawan gizi. Apabila unit sampel yang akan diukur adalah kelompok atau masyarakat yang rawan gizi secara keseluruhan maka sebaiknya menggunakan metode antropometri, karena metode ini murah dan dari segi ilmiah bisa dipertanggungjawabkan.
- c) Jenis Informasi yang Dibutuhkan Pemilihan metode penilaian status gizi sangat tergantung pula dari jenis informasi yang diberikan. Jenis informasi itu antara lain: asupan makanan, berat dan tinggi badan, tingkat hemoglobin dan situasi sosial ekonomi. Apabila menginginkan informasi tentang asupan makanan, maka metode yang digunakan adalah survei konsumsi. Di lain pihak, apabila ingin mengetahui tingkat hemoglobin maka metode yang digunakan adalah biokimia. Membutuhkan informasi tentang keadaan fisik seperti berat badan dan tinggi badan, sebaiknya menggunakan metode antropometri.
- d) Tingkat Reabilitas dan Akurasi yang Dibutuhkan Masing-masing metode penilaian status gizi mempunyai tingkat reliabilitas dan akurasi yang berbeda-beda. Contoh penggunaan metode klinis dalam menilai tingkatan pembesaran kelenjar gondok adalah sangat

subjektif sekali. Penilaian ini membutuhkan tenaga medis dan paramedis yang sangat terlatih dan mempunyai pengalaman yang cukup dalam bidang ini. Berbeda dengan penilaian secara biokimia yang mempunyai reabilitas dan akurasi yang sangat tinggi. Oleh karena itu apabila ada biaya, tenaga dan sarana-sarana lain yang mendukung, maka penilaian status gizi dengan biokimia sangat dianjurkan.

- e) Tersedianya Fasilitas dan Peralatan Berbagai jenis fasilitas dan peralatan yang dibutuhkan dalam penilaian status gizi. Fasilitas tersebut ada yang mudah didapat dan ada pula yang sangat sulit diperoleh. Pada umumnya fasilitas dan peralatan yang dibutuhkan dalam penilaian status gizi secara antropometri relatif lebih mudah diperoleh dibanding dengan peralatan penentuan status gizi dengan biokimia. Pengadaan jenis fasilitas dan peralatan yang dibutuhkan, ada yang diimport dari luar negeri dan ada yang didapat dari dalam negeri. Umumnya peralatan yang diimport lebih mahal dibandingkan dengan yang produksi dalam negeri
- f) Tenaga Ketersediaan tenaga, baik jumlah maupun mutunya sangat mempengaruhi penggunaan metode penilaian status gizi. Jenis tenaga yang digunakan dalam pengumpulan data status gizi antara lain: ahli gizi, dokter, ahli kimia, dan tenaga lain. Penilaian status gizi secara biokimia memerlukan tenaga ahli kimia atau analis kimia,

karena menyangkut berbagai jenis bahan dan reaksi kimia yang harus dikuasai. Berbeda dengan penilaian status gizi secara antropometri, tidak memerlukan tenaga ahli, tetapi tenaga tersebut cukup dilatih beberapa hari saja sudah dapat menjalankan tugasnya. Kader gizi di Posyandu adalah tenaga gizi yang tidak ahli, tetapi dapat melaksanakan tugasnya dengan baik, walaupun disana-sini masih ada kekurangannya. Tugas utama kader gizi adalah melakukan pengukuran antropometri, seperti tinggi badan dan berat badan serta usia anak. Penilaian status gizi secara klinis, membutuhkan tenaga medis (dokter). Tenaga kesehatan lain selain dokter, tidak dapat diandalkan, mengingat tanda-tanda klinis tidak spesifik untuk keadaan tertentu. Stomatitis angular, sering tidak benar diinterpretasikan sebagai kekurangan riboflavin. Keadaan ini di India diakibatkan dari kebanyakan mengunyah daun sirih atau buah pinang yang banyak mengandung kapur, yang dapat menyebabkan iritasi pada bibir.

g) Waktu Ketersediaan waktu dalam pengukuran status gizi sangat mempengaruhi metode yang akan digunakan. Waktu yang ada bisa dalam mingguan, bulanan, dan tahunan. Apabila kita ingin menilai status gizi di suatu masyarakat dan waktu yang tersedia relatif singkat, sebaiknya dengan menggunakan metode antropometri. Sangat mustahil kita menggunakan metode biokimia apabila waktu

yang tersedia sangat singkat, apalagi ditunjang dengan tenaga, biaya, dan peralatan yang memadai.

h) Dana Masalah dana sangat mempengaruhi jenis metode yang akan digunakan untuk menilai status gizi. Umumnya penggunaan metode biokimia relatif mahal dibanding dengan metode lainnya. Penggunaan metode disesuaikan dengan tujuan yang ingin dicapai dalam penilaian status gizi.

Jadi, pemilihan metode penilaian status gizi harus selalu mempertimbangkan faktor tersebut di atas. Faktor-faktor itu tidak bisa berdiri sendiri, tetapi selalu saling mengait. Oleh karena itu, untuk menentukan metode penilaian status gizi, harus memperhatikan secara keseluruhan dan mencermati kelebihan dan kekurangan tiap-tiap metode itu (Supariasa, 2002).

c. Pemeriksaan Antropometris

Pertumbuhan dipengaruhi oleh determinan biologis yang meliputi jenis kelamin, lingkungan dalam rahim, jumlah kelahiran, berat lahir pada kehamilan tunggal atau majemuk, ukuran orang tua dan konstitusi genetik, serta faktor lingkungan (termasuk iklim, musim, dan keadaan sosial-ekonomi). Pengaruh lingkungan, terutama gizi, lebih penting daripada latar belakang genetik atau faktor biologis lain, terutama pada masa pertumbuhan. Ukuran tubuh tertentu dapat memberikan keterangan mengenai jenis malnutrisi (Arisman, 2009).

Pengukuran status gizi anak berdasarkan antropometri adalah jenis pengukuran paling sederhana dan praktis karena lebih mudah dilakukan, murah, cepat, dan dapat dilakukan dalam jumlah sampel yang besar, serta hasil pengukurannya lebih akurat. Secara umum antropometri adalah ukuran tubuh manusia. Antropometri merupakan pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat usia dan tingkat gizi yang dapat dilakukan terhadap berat badan, tinggi badan, dan lingkaran-lingkaran bagian tubuh serta tebal lemak di bawah kulit (Supriasa, 2002).

Tujuan yang hendak dicapai dalam pemeriksaan antropometris adalah besaran komposisi tubuh yang dapat dijadikan isyarat dini perubahan status gizi. Tujuan ini dapat dikelompokkan menjadi 3, yaitu untuk: (1) penapisan status gizi, (2) survei status gizi, dan (3) pemantauan status gizi. Penapisan diarahkan pada orang per orang untuk keperluan khusus. Survei ditujukan untuk memperoleh gambaran status gizi masyarakat pada saat tertentu, serta faktor-faktor yang berkaitan dengan itu. Pemantauan bermanfaat sebagai pemberi gambaran perubahan status gizi dari waktu ke waktu (Arisman, 2009).

Ukuran antropometris bergantung pada kesederhanaan, ketepatan, kepekaan, serta ketersediaan alat ukur; di samping keberadaan nilai baku acuan yang akan digunakan sebagai pembanding. Jika nilai baku suatu negara (Indonesia) belum tersedia, boleh digunakan baku

Internasional. Pembolehan ini didasarkan atas asumsi bahwa potensi tumbuh-kembang anak pada umumnya serupa. Hubungan berbagai ukuran antropometris (terutama berat dan tinggi badan) pada anak normal yang sehat secara relatif mantap. Baku acuan ditunjukkan sebagai perbandingan semata, bukan menggambarkan keidealan. Interpretasi perbandingan ini digunakan sebagai bahan pertimbangan saat seseorang dipaksa untuk memutuskan apakah nilai yang diharapkan itu harus 100% atau 90%, atau dengan proporsi lain lagi. Sekedar pembakuan, WHO menganjurkan penggunaan data dari NCHS sebagai acuan (Arisman, 2009).

Penilaian antropometris status gizi didasarkan pada pengukuran berat dan tinggi badan, serta usia. Data ini dipakai dalam menghitung 3 macam indeks, yaitu indeks (1) berat terhadap tinggi badan (BB/TB) yang diperuntukkan sebagai petunjuk dalam penentuan status gizi sekarang; (2) tinggi terhadap usia (TB/U) yang digunakan sebagai petunjuk tentang keadaan gizi di masa lampau; dan (3) berat terhadap usia (BB/U) yang menunjukkan secara sensitif gambaran status gizi saat ini (saat diukur). Kekurangan tinggi terhadap usia meriwayatkan satu masa ketika pertumbuhan tidak terjadi (gagal) pada usia dini selama periode yang cukup lama (Soekirman, 2000 yang dikutip oleh Agustina, 2009).

Indikator status gizi yang didasarkan pada ukuran Berat Badan (BB) dan Tinggi Badan (TB) disajikan dalam bentuk indeks yang terkait dengan Umur (U) atau kombinasi antara keduanya. Indeks antropometri yang sering digunakan antara lain, berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U) dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB).

1.1 kategori dan ambang status gizi anak

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U) Anak Umur 0-60 Bulan	Gizi Buruk Gizi Kurang Gizi Baik Gizi Lebih	<-3 SD -3 SD sampai dengan <-2 SD -2 SD sampai dengan 2 SD >2 SD
Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan	Sangat Pendek Pendek Normal Tinggi	<-3 SD -3 SD sampai dengan <-2 SD -2 SD sampai dengan 2 SD >2 SD

menurut Umur (TB/U) Anak Umur 0-60 Bulan		
Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) Anak Umur 0-60 Bulan	Sangat Kurus Kurus Normal Gemuk	<-3 SD -3 SD sampai dengan <-2 SD -2 SD sampai dengan 2 SD >2 SD
Indeks Masa Tubuh menurut Umur (IMT/U) Anak Umur 0-6 Bulan	Sangat Kurus Kurus Normal Gemuk	<-3 SD -3 SD sampai dengan <-2 SD -2 SD sampai dengan 2 SD >2 SD

sumber : standard antropometri penilaian status gizi anak,2011

2. Konsep Hospitalisasi

a. Hospitalisasi

Hospitalisasi yaitu masuknya seseorang penderita kedalam suatu rumahsakit dan selama masa dirawat dirumah sakit (Dorlan, 2012.)

Hospitalisasi merupakan bentuk stressor individu yang berlangsung selama individu tersebut dirawat dirumah sakit. Hospitalisasi merupakan pengalaman yang mengancam bagi individu karena stressor yang dihadapi dapat menimbulkan perasaan tidak aman (Muhaj, 2009 dalam Yulianti, 2009).

b. Stressor Hospitalisasi

Menurut Whaley and Wong (2008), stressor Hospitalisasi adalah sebagai berikut :

a) Perpisahan

Perpisahan dengan orang tua yang dapat memberinya semangat menimbulkan suatu kecemasan pada anak. Perpisahan dengan figure pemberi kasih sayang selama prosedur yang menakutkan atau menyakitkan akan meningkatkan rasa tidak nyaman pada anak. Lebih jauhnya, anak tidak mampu untuk mengerti bahwa hal tersebut merupakan perpisahan sementara dan alasan ketidakhadiran orang tua berakibat perasaan dibiarkan.

b) Kehilangan Kontrol

Hospitalisasi pada anak tanpa melihat usia anak sering menimbulkan kehilangan kontrol pada fungsi tubuh tertentu. Anak sering membutuhkan bantuan dalam mengerjakan aktifitas yang dia dapat lakukan sendiri dirumah. Hal ini

menyebabkan anak merasa tidak berdaya dan frustrasi serta meningkatkan ketergantungan pada orang lain.

c) Perlukaan tubuh dan nyeri

Prosedur yang menyakitkan dan invasive merupakan stressor bagi anak pada semua usia. Selama masa prasekolah anak belajar mengasosiasikan nyeri dengan prosedur spesifik misal pengambilan sampel darah, aspirasi sumsum tulang belakang, ganti balutan atau injeksi. Anak yang mendapat suntukan berulang tidak mengerti mengapa tubuhnya selalu disakiti. Pengalaman ini dapat menimbulkan trauma jika orang yang dipercaya anak tidak memberikan rasa nyaman atau menenangkannya.

Berbagai perasaan yang muncul pada anak yaitu : cemas, marah, sedih, takut, rasa bersalah dan perasaan yang timbul karena menghadapi sesuatu yang baru dan belum pernah dialami.

c. Reaksi Hospitalisasi

Anak-anak mempunyai reaksi dalam menghadapi hospitalisasi dimulai saat sebelum masuk rumah sakit, selama hospitalisasi dan setelah pulang dari rumah sakit. Perubahan perilaku temporer dapat terjadi selama anak dirawat di rumah sakit sampai pulang dari rumah sakit. Perubahan ini disebabkan

oleh (1) perpisahan dari orang-orang terdekat, (2) hilangnya kesempatan untuk membentuk hubungan baru, dan (3) lingkungan yang asing (Wong, 2007).

Menurut Dachi, (2006) dalam Wijayanti (2009), reaksi anak terhadap hospitalisasi sesuai dengan tahap usianya adalah :

1) Masa BAyi (0-1 tahun)

Usia anak lebih dari 6 bulan terjadi stanger anxiety, dengan menunjukkan reaksi seperti menangis keras, pergerakan tubuh yang banyak, dan ekspresi wajah yang tidak menyenangkan.

2) Masa Toodler (1-3 tahun)

Sumber utama adalah cemas akibat perpisahan. Respon perilaku anak terhadap perpisahan dengan tahap sebagai berikut :

- a) Tahap protes menangis, menjerit, menolak perhatian orang lain.
- b) Menangis berkurang, anak tidak aktif, kurang menunjukkan minat bermain, sedih, apatis.
- c) Peningkatan/ denial
- d) Mulai menerima perpisahan
- e) Membina hubungan secara dangkal
- f) Anak mulai menyukai lingkungannya.

3) Masa Prasekolah (3-5 tahun)

Anak prasekolah sering kali mempersepsikan sakit sebagai hukuman, sehingga menimbulkan reaksi agresif seperti menolak makan, sering bertanya, menangis perlahan, tidak kooperatif terhadap petugas kesehatan.

4) Masa Sekolah (6-12 tahun)

Perawatan dirumah sakit memaksa anak meninggalkan lingkungan yang dicintai, meninggalkan keluarga, dan kehilangan kelompok social sehingga menimbulkan kecemasan.

5) Masa Remaja (12-18 tahun)

Anak remaja sangat berpengaruh oleh lingkungan sebayanya. Reaksi yang muncul seperti menolak perawatan atau tindakan yang dilakukan, tidak kooperatif dengan petugas, bertanya-tanya, menari diri, menolak kehadiran orang lain.

d. Dampak Hospitalisasi

Dampak hospitalisasi yang dialami bagi anak dan keluarga akan menimbulkan stress dan tidak merasa aman. Jumlah dan efek stress tergantung pada persepsi anak dan keluarga terhadap kerusakan penyakit dan pengobatan. Selama proses tersebut, bukan saja anak tetapi orang tua juga

mengalami kebiasaan yang asing, lingkungan yang asing, orang tua yang kurang mendapat dukungan emosi akan menunjukkan rasa cemas. Rasa cemas pada orang tua membuat stress anak meningkat (Dachi, 2006).

Hospitalisasi juga dapat menyebabkan kecemasan dan stress pada semua usia. Ketakutan pada hal-hal yang tidak diketahui selalu menjadi ancaman bagi anak. Anak-anak masih terlalu muda untuk memahami apa yang sedang terjadi atau takut bertanya pada perawat atau dokter. Lama rawat yang singkat dirumah sakit lebih sering muncul ketakutan dibandingkan dengan hospitalisasi yang panjang Klossner, 2006).

3. Anak Usia Prasekolah

Anak adalah individu yang masih bergantung pada orang dewasa dan lingkungannya, dimana dapat memfasilitasi dalam memenuhi kebutuhandasarnya dan untuk belajar mandiri (Supartini, 2004).Anak merupakanindividu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yangdimulai dari bayi hingga remaja (Hidayat, 2005). Masa prasekolah, yaituantara usia 3 sampai 6 tahun, dimana pertumbuhan fisik khususnya beratbadan mengalami kenaikan rata-rata per tahunnya adalah 2 kilogram dantinggi badan bertambah rata-rata 6,75 sampai 7,5 centimeter setiap tahunnya(Supartini, 2004).

Masa anak prasekolah mengalami proses perubahan dalam pola makan, dimana anak pada umumnya mengalami kesulitan untuk makan. Proses eliminasi pada anak sudah menunjukkan proses kemandirian dan masaini adalah masa dimana perkembangan kognitif sudah mulai menunjukkan perkembangan dan anak sudah mempersiapkan diri untuk memasuki sekolah (Hidayat, 2005). Menurut Piaget dalam Supartini (2004), perkembangan kognitif anak usia prasekolah berada pada tahap praoperasional. Pada tahap ini, karakteristik utama perkembangan intelektual didasari oleh sifat egosentris, yaitu sifat keakuan yang kuat, sehingga segala sesuatu yang disukainya dianggap sebagai miliknya (Nursalam, dkk, 2005). Dalam penelitian Piaget, anak selalu menunjukkan egosentrisnya ketika memilih sesuatu yang ukurannya besar walaupun isi sedikit (Hidayat, 2005).

Anak usia prasekolah memiliki kosakata yang terus meningkat secara cepat, dimana anak sudah memiliki lebih dari 2000 kata yang dapat mereka gunakan untuk menentukan benda yang dikenal, mengidentifikasi warna, dan mengekspresikan keinginan dan frustrasi mereka (Potter & Perry, 2006). Dalam upaya mempermudah melakukan tindakan medis, petugas kesehatan dapat menggunakan teknik role-playing daripada menjelaskan kepada anak secara verbal dalam perincian, misalnya ketika anak harus disuntik,

untuk memperagakan prosedurnya dengan boneka sehingga anak bersedia untuk disuntik (Kaplan & Sadock, 1997).

Perkembangan psikososial anak usia prasekolah menurut Erikson berada pada tahap inisiatif versus rasa bersalah (initiative versus guilt). Pada tahap ini, anak berkembang rasa ingin tahu (curious) dan daya imajinasinya, sehingga anak bertanya mengenai segala sesuatu di sekelilingnya yang tidak diketahui (Nursalam, dkk, 2005). Anak akan memulai inisiatifnya untuk belajar mencari pengalaman baru secara aktif dalam melakukan aktivitasnya dan apabila anak dilarang atau dicegah, maka akan timbul perasaan bersalah pada diri anak tersebut. Perawatan di rumah sakit juga dipersepsikan oleh anak sebagai hukuman, sehingga anak akan merasa bersalah (Supartini, 2004).

4. Leukimia Limfoblastik Akut pada anak

a. Definisi Leukimia Limfoblastik akut (LLA)

Leukemia limfoblastik Akut (ALL) merupakan tipe penyakit yang paling sering terjadi pada anak-anak. Penyakit ini juga terdapat pada dewasa yang terutama berumur 65 tahun atau lebih. ALL berubah menjadi ganas dan dengan segera akan menggantikan sel-sel normal didalam sumsum tulang, ALL merupakan proliferasi maligna / keganasan limfoblast dalam

sumsum tulang yang disebabkan oleh sel inti tunggal yang dapat bersifat sistemik (Muscari, 2005).

b. Pengertian darah

Darah adalah salah satu jaringan yang terdapat ddidalm pembuluh darah yang warnanya merah, warna merah itu keadaannya tidaktetap bergantung pada banyaknya oksigen dan karbon dioksida didalamnya. Adanya oksigen didalam darah diambil dengan jalan bernafas,dan zat ini sangat berguna pada peristiwa pembakaran/metabolism didalam tubuh. Temperature 38, dan PH 7,37-7,45 (Wong, 2008).

c. Fungsi darah

a) Alat pengangkut yaitu :

- 1) Mengambil oksigen/zat pembakar dari paru-paru untuk diedarkan keseluruh tubuh.
- 2) Mengangkat karbon dioksida dari jaringan untuk dikeluarkan melalui paru-paru.
- 3) Mengambil zat-zat makanan dari usus halus untuk diedarkan dan dibagikan keseluruh jaringan,
- 4) Mengangkat / mengeluarkan zat-zat yang tidak berguna bagi tubuh untuk dikeluarkan melalui hati dan ginjal.

- 5) Sebagai pertahanan tubuh terhadap serangan penyakit dan racun dalam tubuh dengan perantara leukosit dan antibody zat-zat anti beracun.
- 6) Menyebarkan panas keseluruh tubuh.
- 7) Mengedarkan hormone yang dikeluarkan oleh kelenjar buntu (endokrin) yang dilakukan oleh plasma darah.
- 8) Menutup luka yang dilakukan oleh keeping-keping darah.

d. Pembagian dan komponen darah

Jika kita melihat begitu saja maka darah merupakan zat cair yang warnanya merah , tetapi apabila dilihat dibawah mikroskop maka nyatanya bahwa dalam darah terdapat benda-benda kecil bundar yang disebut sel-sel darah. Sedang cairan bewarna kekuning-kuningan disebut plasma darah. Kandungan dalam darah terdiri dari air 91%, protein 3% (albumin, globulin, protrombin dan fibrinogen). Mineral 0,9% (natrium klorida, natrium bikarbonat, garam fosfat, magnesium, kalsium dan zat besi). Bahan organic 0,1% (glukosa, lemak, asam urat, kreatinin, kolestrol dan asam amino).

a) Sel-sel darah

- 1) Eritrosit (sel darah merah).

2) Leukosit (sel darah putih).

3) Trombosit (sel pembeku darah).

b) Plasma Darah

2.2 Tabel komponen-komponen darah

Sel	Sel / ul (rata-rata)	Kisaran Normal	Persen Darah Total	Sel Putih
Sel darah putih total	9000	4000- 11000	...	
Granulosit				
Netrofil	5400	3000-6000	50-70	
Eusinofil	275	250-300	1-4	
Basofil	35	0-100	0,4	
Limfosit	2750	1500-4000	20-40	
Monosit	540	300-600	2-6	
Eritrosit				
Wanita	4,8 x 10			
Pria	5,4 x 10			
Trombosit	300.000	200.000- 500.000		

Sumber : (suriadi, 2006)

c) Pengelompokan Darah

1) Eritrosit

Merupakan utama dari sel darah. Jumlah pada pria dewasa sekitar 5 juta sel/cc darah dan sedangkan pada wanita sekitar 4 juta sel/cc. berbentuk bikonkaf bewarna merah dan disebabkan oleh hemoglobin (Hb) fungsinya untuk mengikat oksigen.

Eritrosit berusia sekitar 120 hari, sel yang telah tua dihancurkan di limpa. Hemoglobin dirombak kemudian akan dijadikan pigmen Bilirubin (pigmen empedu).

2) Leukosit

Jumlah sel pada orang dewasa berkisar 6000-9000 sel/cc darah. Fungsi utama dari sel tersebut adalah untuk fagosit bibit penyakit / benda asing yang masuk ke dalam tubuh. Maka jumlah sel tersebut bergantung dari bibit penyakit atau benda asing yang masuk ke dalam tubuh. Peningkatan jumlah leukosit merupakan petunjuk adanya infeksi.

Macam-macam leukosit :

3) Agranulosit Sel Leukosit yang tidak memiliki granulasi dalam nya yang terdiri dari :

a) Limfosit fungsinya membunuh dan memakan bakteri yang masuk kedalam jaringan tubuh, banyaknya 20% - 25%.

b) Monosit, terbanyak di sumsum merah, lebih besar dari limfosit, fungsinya sebagai fagosit dan banyaknya 34%.

c) Granulosit disebut juga leukosit granula yang terdiri dari :

(1) Neutrophil banyaknya 60%-70% mempunyai inti sel yang kadang-kadang seperti terpisah-pisah, protoplasma banyak bintik-bintik halus/granula.

(2) Eusinofil hampir sama dengan neutrophil tetapi granula dan sitoplasma nya lebih besar, banyaknya kira-kira 24%.

(3) Basofil hampir sama dengan neutrophil tetapi mempunyai intinya berbentuk teratur, didalam protoplasma terdapat granula besar. Banyaknya setengah dari sumsum merah.

4) Plasma

Plasma berfungsi sebagai medium untuk mengangkut berbagai bahan dalam darah. Karena plasma merupakan cairan yang 90% berupa air. Selain

itu, karena air memiliki kemampuan menahan panas dengan kapasitas tinggi, plasma mampu menyerang dan mendistribusikan banyaknya panas yang dihasilkan oleh metabolisme didalam jaringan sementara suhu darah sendiri hanya mengalami sedikit perubahan. Energy panas yang tidak diperlukan untuk mempertahankan suhu tubuh dikeluarkan ke lingkungan ketika darah mengalir ke permukaan kulit (Ardiansyah, 2012).

e. Etiologi

Penyebab pasti belum diketahui, akan tetapi faktor predisposisi yang menyebabkan terjadinya leukemia, yaitu :

- a) Faktor genetic : virus tertentu menyebabkan perubahan struktur gen.
- b) Radiasi
- c) Obat-obatan immunosupresif, obat-obat kardiogenik seperti (diethylstilbestrol).
- d) Faktor herediter, misalnya kembar monozigot
- e) Kelainan kromosom, misalnya pada down sindrom (smeltzer, 2012).

f. Klasifikasi

Menurut Rudolph (2007), leukemia sering diklasifikasikan

sesuai sel yang yang terkena, seperti :

a) Leukemia Mielogenus akut (LMA)

Merupakan suatu kelompok penyakit heterogen yang memberikan prognosis buruk. AML terjadi kurang lebih 20% dari leukemia akut pada anak. Tanda dan gejala yang muncul pada AML meliputi pucat, demam, nyeri tulang dan perdarah kulit serta mukosa.

b) Leukemia Mielogenus Kronik (CML)

CML adalah suatu keganasan hematologis yang jarang, ditandai dengan pertumbuhan sel myeloid yang berlebihan dengan progenitornya, bertanggung jawab kira-kira 1% dari semua anak yang menderita leukemia. CML merupakan suatu gangguan klonal pada sel induk hematopoietic pluripoten.

c) Leukemia Limfoblastik Akut (ALL)

ALL dianggap sebagai suatu proliferasi ganas limfoblas. Paling sering terjadi pada anak, dengan laki-laki lebih banyak dibanding perempuan, dengan puncak insiden pada usia 4 tahun. Setelah usia 15 tahun, ALL jarang terjadi. Manifestasi yang sering muncul ialah nyeri karena pembesaran limpa atau hati, sakit kepala, muntah karena keterlibatan meninges, dan nyeri tulang.

d) Leukemia Limfoblastik Kronik (CLL)

CLL merupakan kelainan ringan yang terutama mengenai individu antara usai 50 sampai 70 tahun. Manifestasi yang mungkin terjadi adalah sehubungan dengan adanya anemia, infeksi, atau pembesaran nodus limfe dan organ abdominal. Jumlah eritrosit dan trombosit mungkin normal atau menurun, namun terjadi penurunan jumlah limfosit.

g. Patofisiologi

Patofisiologi leukemia menurut Hockbenbery (2005) leukemia merupakan proliferasi tanpa batas sel darah putih yang imatur dalam jaringan tubuh yang membentuk darah. Keadaan patologi dan manifestasi klinisnya disebabkan oleh infiltrasi dan penggantian setiap jaringan tubuh dengan sel-sel leukemia nonfungsional. Organ-organ yang terdiri banyak pembuluh darah seperti limfa dan hati, merupakan organ yang terkena paling berat. Tanda dan gejala leukemia sering ditemukan akibat dari infiltrasi pada sum-sum ruling. Tiga akibat yang utama adalah (1) anemia akibat penurunan jumlah SDM (2) infeksi akibat neutropenia dan (3) tendensi akibat perdarahan akibat penurunan produksi trombosit. Invasi sel-sel leukemia dalam sum-sum tulang secara perlahan akan melemahkan tulang dan

cenderung mengakibatkan fraktur. Karena sel-sel leukemia menginvasi periosteum, peningkatan tekanan menyebabkan rasa nyeri yang hebat.

h. Penatalaksanaan Terapi Leukemia

Menejemen kanker pada anak dapat dilakukan dengan terapi modalitas yaitu, kemoterapi, radioterapi, dan pembedahan (Rudolph 2007) :

a) Kemoterapi

Kemoterapi merupakan terapi sistemik pertama untuk setiap kanker. Kemoterapi bertujuan untuk membunuh sel kanker dengan beragam jenis obat (agen antineoplastik). Obat ini digunakan karena sel kanker memiliki kemampuan untuk berkembang melawan kemoterapi. Kemoterapi dapat diberikan melalui oral, intravena, intramuscular, subkutan, atau intrathecal (melalui sumsum tulang belakang).

b) Radioterapi

Terapi radiasi dapat memberikan kesembuhan untuk menghapus penyakit atau meringankan penggunaan dosis dalam mencegah pertumbuhan lanjut dari tumor. Radiasi

dapat diberikan dengan dosis yang sedikit, dimana dosis harian dibagi menjadi dosis yang lebih kecil lalu diberikan untuk meminimalisir efek samping dan meningkatkan proses pembunuhan sel tumor dengan cara menurunkan waktu perbaikan sel diantara dosis tersebut.

c) Pembedahan

Pembedahan merupakan tindakan atau terapi yang juga sering digunakan pada anak. Namun, pembedahan tertentu diperlukan untuk berbagai alasan. Pembedahan mungkin dipilih sebagai metode pengobatan primer atau mungkin sebagai metode diagnostik, profilakif, paliatif, atau rekonstruktif.

d) Terapi Biologis

Terapi biologis merupakan metode terapi sistemik yang sangat prospektif, namun pada saat ini efektivitasnya masih kurang sehingga belum dapat dipakai luas secara klinis.

5. Konsep Tumbuh Kembang Anak

a. Pengertian Anak

Anak adalah individu yang rentan karena perkembangan kompleks yang terjadi di setiap tahap masa kanak-kanak dan masa remaja. Lebih jauh, anak juga secara fisiologis lebih rentan dibandingkan orang dewasa, dan memiliki pengalaman yang

terbatas, yang memengaruhi pemahaman dan persepsi mereka mengenai dunia. Awitan penyakit bagi mereka seringkali mendadak, dan penurunan dapat berlangsung dengan cepat.

Faktor kontribusinya adalah sistem pernafasan dan kardiovaskuler yang belum matang, yang memiliki cadangan lebih sedikit dibandingkan orang dewasa, serta memiliki tingkat metabolisme yang lebih cepat, yang memerlukan curah jantung lebih tinggi, pertukaran gas yang lebih besar dan asupan cairan serta asupan kalori yang lebih tinggi perkilogram berat badan dibandingkan orang dewasa. Kerentanan terhadap ketidakseimbangan cairan pada anak adalah akibat jumlah dan distribusi cairan tubuh.

Tubuh anak terdiri dari 70-75% cairan, dibandingkan dengan 57-60% cairan pada orang dewasa. Pada anak-anak, sebagian besar cairan ini berada di kompartemen cairan ekstrasel dan oleh karena itu cairan ini lebih dapat diakses. Oleh karena itu kehilangan cairan yang relative sedang dapat mengurangi volume darah, menyebabkan syok, asidosis dan kematian (Slepin, 2007).

b. Pertumbuhan dan perkembangan anak

Aspek tumbuh kembang pada anak dewasa ini adalah

salah satu aspek yang diperhatikan secara serius oleh para pakar, karena hal tersebut merupakan aspek yang menjelaskan mengenai proses pembentukan seseorang, baik secara fisik maupun psikososial. Namun sebagai orang tua belum memahami hal ini, terutama orang tua yang mempunyai tingkat pendidikan dan social ekonomi yang relatif rendah. Mereka menganggap bahwa selama anak tidak sakit, berarti anak tidak mengalami masalah kesehatan termasuk pertumbuhan dan perkembangannya. Sering kali para orang tua mempunyai pemahaman bahwa pertumbuhan dan perkembangan mempunyai pengertian yang sama (Nursalam, 2007).

1) Pertumbuhan

Pertumbuhan adalah berkembangnya ukuran fisik dan struktur tubuh dalam arti sebagian atau seluruhnya karena adanya multifikasi sel-sel tubuh dan juga karena bertambah besarnya sel. Adanya multifikasi dan penambahan ukuran sel berarti ada penambahan secara kuantitatif dan hal tersebut terjadi sejak terjadinya konsepsi, yaitu bertemunya sel telur dan sperma hingga dewasa (IDAI, 2008). Jadi, pertumbuhan lebih ditekankan pada bertambahnya ukuran fisik seseorang, yaitu menjadi lebih besar atau lebih matang bentuknya, seperti

bertambahnya ukuran berat badan, tinggi badan dan lingkaran kepala.

Pertumbuhan pada masa anak-anak mengalami perbedaan yang bervariasi sesuai dengan bertambahnya usia anak. Secara umum, pertumbuhan fisik dimulai dari arah kepala ke kaki. Kematangan pertumbuhan tubuh pada bagian kepala berlangsung lebih dahulu, kemudian secara berangsur-angsur diikuti oleh tubuh bagian bawah. Pada masa fetal pertumbuhan kepala lebih cepat dibandingkan dengan masa setelah lahir, yaitu merupakan 50% dari total panjang badan.

2) Perkembangan

Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan dan struktur fungsi tubuh yang lebih baik kompleks dalam pola yang teratur, dapat diperkirakan dan diramalkan sebagai hasil dari proses diferensiasi sel, jaringan tubuh, organ-organ, dan sistemnya yang terorganisasi (IDAI, 2008). Dengan demikian, aspek perkembangan ini bersifat kualitatif, yaitu penambahan kematangan fungsi dari masing-masing bagian tubuh. Hal ini diawali dengan berfungsinya jantung untuk memompaikan darah, kemampuan untuk bernafas, sampai kemampuan anak untuk tengkurap, duduk, berjalan, memungut benda-benda disekelilingnya serta kematangan emosi dan sosial anak.

c. Tahap – tahap pertumbuhan dan perkembangan

Menurut Moersintowarti (2002) tahap-tahap pertumbuhan dan perkembangan, antara lain:

- a) Masa pranatal atau masa intra uterin (masa janin dalam kandungan). Masa ini dibagi menjadi 2 periode, antara lain:
 - b) Masa embrio ialah sejak konsepsi sampai umur kehamilan 8 minggu.
 - c) Masa fetus ialah sejak umur 9 minggu sampai kelahiran. Masa ini terdiri dari dua periode:
 - (a) Masa fetus dini, sejak usia 9 minggu sampai dengan trimester kedua kehidupan intra uterin, terjadi percepatan pertumbuhan, pembentukan jasad manusia sempurna dan alat tubuh telah terbentuk dan mulai berfungsi.
 - (b) Masa fetus lanjut, pada trimester akhir pertumbuhan berlangsung pesat dan adanya perkembangan fungsi-fungsi. Pada masa ini terjadi transfer imunoglobulin G (IgG) dari darah ibu melalui plasenta.
- d) Masa postnatal atau masa setelah lahir. Masa ini terdiri dari lima periode, antara lain:
 - (a) Masa neonatal (0-28 hari)

Terjadi adaptasi terhadap lingkungan dan terjadi perubahan sirkulasi darah, serta mulainya berfungsi organ-organ tubuh lainnya.

(b) Masa bayi, dibagi menjadi dua:

1) Masa bayi dini (1-12 bulan), pertumbuhan yang sangat pesat dan proses pematangan berlangsung secara kontinyu terutama meningkatnya fungsi sistem saraf.

2) Masa bayi akhir (1-2 tahun), kecepatan pertumbuhan mulai menurun dan terdapat kemajuan dalam perkembangan motorik dan fungsi ekskresi.

e) Masa prasekolah (2-6 tahun)

Pada saat ini pertumbuhan berlangsung dengan stabil, terjadi perkembangan dengan aktifitas jasmani yang bertambah dan meningkatnya keterampilan dan proses berpikir.

f) Masa sekolah atau masa prapubertas (wanita: 6-10 tahun, laki-laki: 8-12 tahun).

Pertumbuhan lebih cepat dibandingkan dengan masa prasekolah, keterampilan dan intelektual makin berkembang, senang bermain berkelompok dengan jenis kelamin yang sama.

- g) Masa adolesensi(masa remaja), (wanita: 10-18 tahun, laki-laki: 12-20 tahun).

Anak wanita 2 tahun lebih cepat memasuki masa adolesensi dibanding anak laki-laki.Masa ini merupakan transisi dari periode anak ke dewasa.Pada masa ini terjadi percepatan pertumbuhan berat badan dan tinggi badan yang sangat pesat yang disebut Adolescent Growth Spurt.Pada masa ini juga terjadi pertumbuhan dan perkembangan pesat dari alat kelamin dan timbulnya tanda-tanda kelamin sekunder.

d. Ciri-ciri Pertumbuhan dan Perkembangan

- 1) ciri-ciri pertumbuhan dan perkembangan antara lain :

a. perubahan ukuran

Perubahan ini terlihat jelas pada pertumbuhan fisik yang dengan bertambahnya umur anak terjadi pula penambahan berat badan, tinggi badan, lingkar kepala dan lain-lain.

b. Perubahan proporsi

Selain bertambahnya ukuran-ukuran, tubuh juga memperlihatkan perubahan proporsi.Tubuh anak memperlihatkan perubahan proporsi.Tubuh anak memperlihatkan perbedaan proporsi bila dibandingkan dengan tubuh orang dewasa.Pada bayi baru lahir titik pusat terdapat kurang lebih setinggi umbilicus, sedangkan pada

orang dewasa titik pusat tubuh terdapat kurang lebih setinggi simpisis pubis. Perubahan proporsi tubuh mulai usia kehamilan 2 bulan sampai dewasa.

c. Hilangnya ciri-ciri lama

Selama proses pertumbuhan terdapat hal-hal yang terjadi perlahan-lahan, seperti menghilangnya kelenjar timus, lepasnya gigi susu dan menghilangnya reflex primitif.

d. Timbulnya ciri-ciri baru

Timbulnya ciri-ciri baru ini adalah akibat pematangan fungsi-fungsi organ. Perubahan fisik yang penting selama pertumbuhan adalah munculnya gigi tetap dan munculnya tanda-tanda seks sekunder seperti tumbuhnya buah dada pada wanita dan lain-lain.

2) Ciri-ciri perkembangan antara lain :

Yusuf (2012) ciri perkembangan anak prasekolah yaitu :

a. Terjadinya perubahan dalam

a) Aspek fisik : perubahan berat badan, tinggi badan, bentuk serta organ-organ lainnya.

b) Aspek psikis : matangnya kemampuan berfikir, mengingat, serta menggunakan imajinasi kreatifitas.

b. Terjadinya perubahan dalam bentuk proporsi

- a) Aspek Fisik : proporsitubuh berubah sesuai dengan fase perkembangannya.
- b) Aspek psikis : perubahan perhatiannya yang semula hanya tertuju untuk dirinya sendiri perlahan beralih kepada orang lain (teman sebayanya)
- c. Lenyapnya tanda-tanda yang lama
 - a) Aspek fisik : lenyapnya kelenjar thymus (kelenjar kanak-kanak), rambut-rambut halus dan gigi susu.
 - b) Aspek psikis : lenyapnya masa-masa mengoceh, dan bentuk gerak gerik kanak-kanak seperti merangkak.
- d. Diperoleh tanda-tanda yang baru
 - a) Tanda Fisik : pergantian gigi
 - b) Tanda psikis : perkembangan rasa ingin tahu, nilai-nilai moral, keyakinan beragama.

B. Penelitian terkait

Penelitian yang terkait dengan penelitian ini adalah penelitian tentang hubungan status gizi dengan frekuensi hospitalisasi pasien leukemia limfoblastik akut pada anak prasekolah di RSUD Dr.moewardi Surakarta yang dilakukan oleh fella rachmawati tahun 2014 .

Hasil analisa bivariat menunjukkan adanya hubungan antara status gizi dengan frekuensi hospitalisasi pasien leukemia limfoblastik akut pada anak pra sekolah di rRSUD Dr.moewardi yaitu dengan Hasil

uji korelasi Rank Spearman diperoleh nilai r hitung sebesar -0,722 dengan nilai signifikansi (p-value) adalah 0,002. Hasil analisis data diperoleh nilai pvalue lebih kecil dari 0,05 ($0,002 < 0,05$), sehingga keputusan uji adalah H_0 ditolak.

Penelitian yang terkait kedua dengan proposal ini adalah penelitian Evy Tri Susanty (2012) dengan judul “ Hubungan Frekuensi Hospitalisasi Dengan Kecemasan Anak Leukemia Usia Pra Sekolah Saat Dilakukan Tindakan Invasif di RSUD Dr. Moewardi. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan frekuensi hospitalisasi dengan kecemasan anak leukemia usia pra sekolah saat dilakukan tindakan invasive di RSUD Dr. Moewardi. Desain penelitian menggunakan *deskriptif korelasi*. Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 16 responden. Pengambilan sampel dalam penelitian menggunakan teknik *total sampling* .

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai korelasi yang didapatkan dari data hasil penelitian nilai signifikan 0,046 melalui uji *non parametrics correlations spearmen rho*. Dimana lebih kecil dari nilai *P-Value* 0,05 maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara frekuensi hospitalisasi dengan kecemasan anak leukemia usia pra sekolah saat dilakukan tindakan invasif di RSUD Dr. Mowardi.

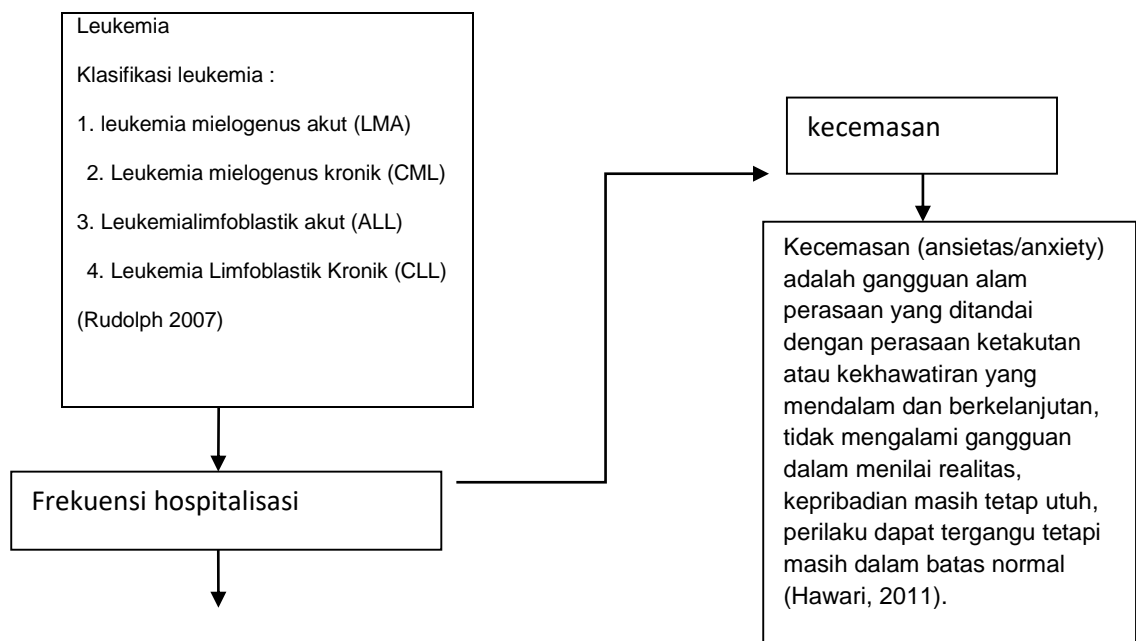
Simpulan penelitian ini : hasil analisa hubungan frekuensi hospitalisasi dengan kecemasan anak leukemia usia pra sekolah saat dilakukan tindakan invasive diperoleh data pada nilai frekuensi hospitalisasi jarang dengan kecemasan tinggi sebanyak 2 responden (12,5). Untuk data pada frekuensi hospitalisasi cukup sebanyak 3 responden (18,75%) dengan kecemasan sedang, 2 responden (12,5%) dengan kecemasan tinggi, dan 2 responden dengan kecemasan tinggi, dan 1 reponden dengan kecemasan rendah (6,25%). Selanjutnya data pada nilai frekuensi hospitalisasi sering sebanyak 4 responden (25%) dengan kecemasan sedang, 3 resonden (18,75 %) dengan kecemasan rendah, dan 1 responden dengan kecemasan tinggi (6,25%).

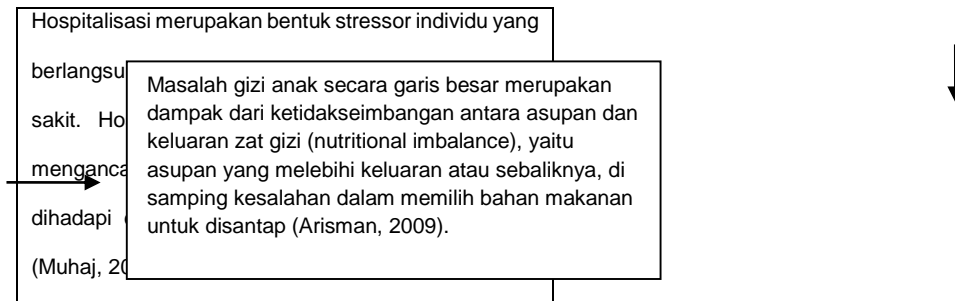
Penelitian terkait ketiga dengan proposal penelitian ini adalah nikmatiah G. A wolley ,et al (2016) dengan judul perubahan status gizi pada anak dengan leukemia limfoblastik akut selama pengobatan . Tujuan penelitian ini untuk mengetahui perubahan status gizi pada anak dengan leukemia limfoblastik akut selama pengobatan. Dengan metode penelitian studi kohort-restrospektif .Subjek penelitian ialah data semua anak yang menderita LLA Risiko Standar dan Risiko Tinggi yang dirawat di ruang Estella bagian Ilmu Kesehatan Anak RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado dari Januari 2006 – Agustus 2013.Pasien LLA diterapi dengan protokol ALL Indonesia 2006.

Hasil analisis perubahan status gizi pada anak dengan LLA selama pengobatan menunjukkan adanya peningkatan status gizi pada anak dengan LLA selama pengobatan baik risiko standar maupun risiko tinggi, dengan nilai t-hitung < nilai t-tabel. Pada penelitian sebelumnya telah dilaporkan bahwa anak-anak dengan kanker akan memiliki tanda dan gejala malnutrisi pada beberapa fase dalam perjalanan penyakitnya hingga 50-60% kasus.

C. Kerangka Teori Penelitian

Menurut Sugiono (2010), kerangka teori adalah seperangkat konstruk (konsep), definisi dan proporsi yang berguna untuk melihat fenomena secara sistematis melalui spesifikasi hubungan antara variabel, sehingga dapat berguna menjelaskan dan meramalkan fenomena.

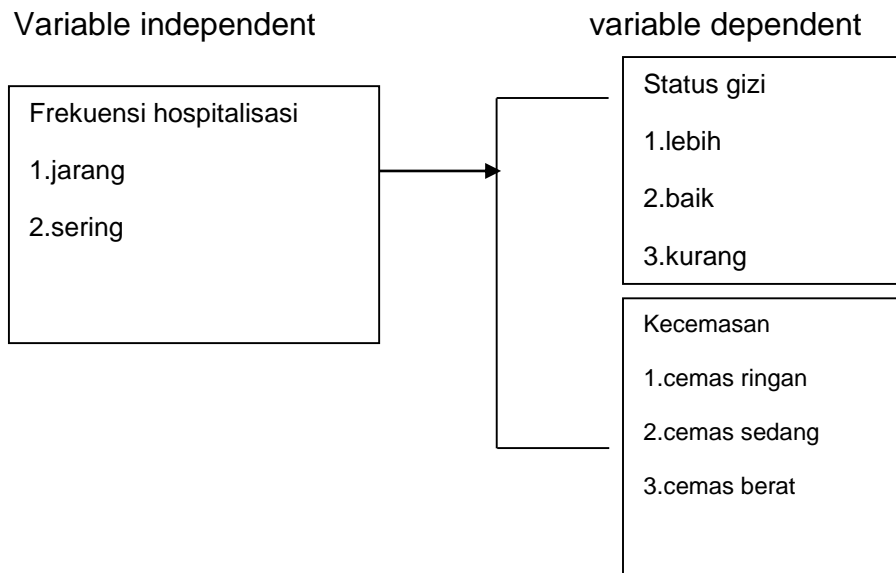




Gambar 2.1 kerangka teori

D. Kerangka konsep penelitian

Kerangka konsep penelitian pada dasarnya adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau di ukur melalui penelitian-penelitian yang akan dilakukan (Notoatmojo,2005).



Gambar 2.2 kerangka konsep penelitian

Keterangan :

: variable yang di teliti



: ada hubungan



E. Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian. Dikatakan sementara karena jawaban yang diberikan baru berdasarkan pada teori dan belum menggunakan fakta (Sugiyono, 2010). Menurut Riyanto (2011) hipotesa terbagi 2 yaitu Hipotesa Alternatif (H_a) dan Hipotesa Nol (H_0) :

1. Hipotesa Alternatif (H_a)

Merupakan hipotesa yang menyebabkan ada hubungan antara variable satu dengan variable yang lainnya atau ada perbedaan suatu kejadian antara dua kelompok. Hipotesa alternative pada penelitian ini adalah ada hubungan antara frekuensi hospitalisasi dengan status gizi dan kecemasan anak dengan leukemia di ruang Melati RSUD AWS Samarinda.

2. Hipotesa Nol (H_0)

Merupakan hipotesa yang menyatakan tidak ada hubungan antara variable satu dengan variable lainnya atau tidak ada perbedaan suatu kejadian antara dua kelompok. Hipotesa nol pada penelitian ini adalah tidak ada hubungan antara frekuensi hospitalisasi dengan status gizi

dan kecemasan anak dengan leukemia di ruang Melati RSUD AWS Samarinda.

Hipotesis adalah jawaban sementara dari rumusan masalah atau pertanyaan penelitian (Nursalam,2008).

a. $H_0 : p = 0$

1. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara frekuensi hospitalisasi dengan status gizi pada anak prasekolah dengan leukemia
2. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara frekuensi hospitalisasi dengan kecemasan pada anak prasekolah dengan leukemia.

b. $H_a : p \neq 0$

1. Terdapat hubungan yang bermakna antara frekuensi hospitalisasi dengan status gizi pada anak prasekolah dengan leukemia
2. Terdapat hubungan yang bermakna antara frekuensi hospitalisasi dengan kecemasan anak prasekolah dengan leukemia .

BAB III METODE PENELITIAN.....	74
A. Rancangan Penelitian	74
B. Populasi dan Sampel	74
C. Waktu dan Tempat Penelitian	76
D. Definisi Operasional	77
E. Instrumen Penelitian	80
F. Uji Validitas dan Reliabilitas	80
G. Teknik Pengumpulan Data	82
H. Teknik Pengolahan dan Analisa Data	83
I. Etika Penelitian	90
J. Jalannya Penelitian	92
K. Jadwal Penelitian	94
BAB IV HASIL PENELITIAN	96
A. Hasil Penelitian	96
1.Karakteristik Responden	97
2.Analisa Univariat	98
3.Analisa Bivariat	100
B. Pembahasan	104
1. Karakteristik Responden	104

a) Umur Anak	104
2. Analisa Univariat	106
a) frekuensi hospitalisasi	106
b) status gizi	107
c) kecemasan.....	108
3. Analisa Bivariat	110
C. Keterbatasan Penelitian	114

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Pada bab ini, peneliti akan mengemukakan kesimpulan penelitian pembahasan “Hubungan frekuensi hospitalisasi dengan status gizi dan kecemasan anak prasekolah penderita leukemia di ruang melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda” serta memberikan saran kepada beberapa pihak agar dapat dijadikan acuan untuk perkembangan keilmuan khususnya dibidang keperawatan.

1. Bahwa karakteristik responden berdasarkan umur anak didapatkan hasil bahwa yang berumur 3 tahun sebanyak 8 orang (26,7%) , umur 4 tahun sebanyak 13 orang (43,3%) dan umur 5 tahun sebanyak 9 orang (30.0 %) .karakteristik responden

berdasarkan jenis kelamin didapatkan hasil bahwa yang jenis kelamin laki-laki sebanyak 18 orang (60.0%), perempuan sebanyak 12 orang (40.0 %). Jadi lebih dari separuh responden jenis kelamin laki-laki .

2. Hasil sebagian besar frekuensi hospitalisasi adalah sering yaitu 19 orang (63.3%), dan pada frekuensi hospitalisasi jarang ada 11 orang (36.7%).
3. Hasil sebagian besar *kecemasan* responden adalah berat yaitu 4 orang (13.3 %), kecemasan sedang adalah 15 orang (50.0 %) dan pada *kecemasan* ringan ada 11 orang (36.7 %).
4. Hasil sebagian besar status gizi responden adalah kurang yaitu 20 orang (66.7%), dan pada status gizi baik ada 10 orang (33.3 %).
5. Hasil uji statistik menunjukkan harga *fisher's exact test* adalah P value 0,00 yang lebih kecil dari nilai alfa yaitu 0,05 yang berarti menolak hipotesa nol (H_0), artinya terdapat hubungan yang bermakna antara frekuensi hospitalisasi dengan status gizi anak penderita leukemia di Ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
6. Hasil uji statistik menunjukkan *fishers exact test* adalah P value 0,000 yang lebih kecil dari nilai alfa yaitu 0,05 yang berarti menolak hipotesa nol (H_0), artinya terdapat hubungan yang

bermakna antara frekuensi hospitalisasi dengan kecemasan anak prasekolah penderita leukemia di Ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda..

B. Saran

Dalam penelitian ini ada beberapa saran yang dapat di sampaikan dan kiranya dapat bermanfaat dalam peningkatan pelayanan keperawatan terhadap komunitas utama pada :

1. Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Dapat menciptakan suasana maupun lingkungan yang nyaman bagi anak penderita leukemia, agar anak dapat merasa nyaman meskipun berada di rumah sakit bersama orang tua mereka.

2. Ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Meningkatkan dan mempertahankan pelayanan kesehatan khususnya penerapan/asuhan keperawaan dalam memenuhi kebutuhan gizi dan mengontrol kecemasan anak di ruang Melati.

3. Bagi Keperawatan

Dengan adanya penelitian ini diharapkan agar perawat dapat membantu dan memotivasi pasien dan keluarga pasien dalam

memberikan kebutuhan nutrisi/gizi dan mengontrol kecemasan agar pasien dapat menjalani proses keperawatan atau pengobatannya dengan tepat .

4. Bagi Institusi

Bagi institusi penelitian ini dapat di jadikan tambahan ilmu keperawatan, agar institusi lebih banyak membahas masalah yang terdapat pada pasien mengenai pentingnya kebutuhan status gizi dan kecemasan pada anak dengan leukemia usia prasekolah.

5. Bagi Peneliti Terkait

Bagi peneliti yang akan melakukan penelitian serupa diharapkan untuk lebih menyempurnakan penelitian ini. Peneliti disini hanya meninjau hubungan saja, sehingga bagi peneliti selanjutnya yang tertarik untuk mengadakan penelitian sejenis atau dengan topik yang sama dapat melihat dari faktor apa saja yang dapat mempengaruhi lama sakit ,perubahan status gizi dan kecemasan terhadap tindakan invasif.

DAFTAR PUSTAKA

Almatsier ,s.2009. prinsip dasar ilmu gizi. Jakarta : gamedia pustaka utama.

Arisman , M.R. 2009. Gizi dalam daur kehidupan, Jakarta: EGC

Arikunto, S. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta : Rineka Cipta

Altmatsier, S. (2006) prinsip dasar ilmu gizi. Jakarta : gamedia pustaka utama .

Aini MY Noor., Zalina AZ., suzana shahar ., & A rahman A jamal. (2009) assessing the nutrional status of children with leukemia from hopitals in kuala lumpur. *Journal mal nutrition*, 2009:7(6). <http://www.google.co.id>. Diakses pada tanggal february 2017 .

Bari, saifudin. 2006. Asuhan gizi nutritional care process.yogyakarta : graha ilmu

Carpenito-moyet, L. J. (2007). Uku saku diagnosis keperawatan, edisi 10.Jakarta : EGC.

Dorland, 2012. Kamus kedokteran, Jakarta : EGC

Gunawan, imam. 2013. Metode penelitian kualitatif : teori dan praktik. Jakarta : bumi aksara

Hidayat (2009).*Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*.Jakarta : Salemba.

Hidayat, A.2007. metode penelitian keperawatan teknik analisa data. Jakarta : salemba medika

Hasan (2008).*Pokok-pokok Materi Statistik*. Jakarta: Bumi Aksara.

Hidayat, A. A. (2009) pengantar ilmu anak 1. Jakarta:salemba medika.

Muscary, M. E.2005.panduan belajar : keperawatan pediatric ed. 3.jakarta: EGC

Nursalam.(2008). Konsep dan penerapan metodologi penelitian keperawatan. Jakarta

Nursalam. 2005. Konsep dan *Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Merdeka

Nursalam (2007).*Manajemen Keperawatan dan Aplikasinya*, Penerbit Salemba Medika, Jakarta

Notoatmodjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta

Notoatmodjo. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Salemba Medika

Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI).(2008). *Buku Ajar Respirologi Anak*, edisi pertama. Jakarta: Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia.

Riyanto, A.2011.aplikasi metodologi penelitian kesehatan.Yogyakarta : Nuha medika

Sastroasmoro, S.2007. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*.Jakarta : Binapura Aksara

Sugiyono.2010 .statistic nonparametric untuk penelitian. Bandung : CV.alfabeta

Supartini, Y. 2004. *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta: EGC

Potter dan Perry. 2005. *Fundamental Keperawatan Volume 1 Edisi 1*, Jakarta: EGC

Rudolph ,A. M. 2006. Buku ajar pediatric Rudolph volume 2 Ed. 20. Jakarta:EGC

Jones, hughes, N.C. wickramasinghe, s. N. 2003. Catatan kuliah hematologi. Alih bahasa .Jakarta : EGC

Rudolph, Abraham. 2007. Buku ajar pediatric Rudolph/rudolph's pediatrics : alih bahasa. Jakarta : EGC

Yayasan onkologi anak Indonesia.2012 <http://www.yoaifoundation.org/>,
di akses tanggal 10 maret 2017.

Suliswati, (2005). Konsep dasar keperawatan kesehatan jiwa.Jakarta :
EGC

Potter, p.A, perry,A. G, 2006, buku ajar fundamental keperawatan (edisi
4), vol.1, Jakarta : EGC

Suriadi & yuliani, R. 2006 , asuhan keperawatan pada anak, Jakarta :
ISBN

Wasis.(2008). *Pedoman Riset Praktis untuk Profesi Perawat*.Jakarta :
EGC.

Wong, D, dkk.2009.*Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*.Volume 1.
Penerbit Buku Kedokteran EGC :Jakarta

Wong, D.L. 2008.Buku ajar keperawatan pediatric edisi 2.Jakarta : EGC