

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Distraksi Audio Visual

1. Pengertian distraksi

Distraksi adalah suatu cara untuk mengalihkan perhatian seseorang ke hal-hal yang lain agar seseorang menjadi lupa pada kecemasan yang dialami atau dapat mengurangi kewaspadaan terhadap nyeri, bahkan toleransi terhadap nyeri menjadi meningkat (Potter dan Perry, 2012).

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan distraksi

Andarmoyo (2013) menjelaskan ada beberapa faktor yang berpengaruh dalam distraksi, diantaranya adalah jenis distraksi, durasi distraksi, tingkat kecemasan, kemampuan berkonsentrasi dan kemampuan kooperatif serta lingkungan.

a. Jenis Distraksi

Distraksi terbagi menjadi empat yaitu visual, pendengaran, pernafasan dan intelektual.

1) Distraksi visual yaitu mengalihkan perhatian kepada selain nyeri melalui indera penglihatan. Biasanya pasien diarahkan untuk melihat keluar ruang perawatan lewat jendela atau dengan melihat foto-foto ataupun melihat pemandangan yang indah.

2) Distraksi pendengaran yaitu mengalihkan perhatian pasien kepada selain nyeri yang diarahkan kedalam tindakan-tindakan

yang memerlukan organ pendengaran. Seperti memakai earphone untuk mendengarkan musik.

- 3) Distraksi pernafasan yaitu yaitu mengalihkan perhatian pasien melalui pernafasan kepada selain nyeri. Pasien dianjurkan fokus melihat salah satu obyek atau matanya terpejam lalu tarik nafas dalam melalui hidung sambil menghitung dalam hati 1 sampai dengan 4, tahan nafas sebentar kemudian secara perlahan nafas dihembuskan melalui mulut dengan menghitung 1 sampai dengan empat. Pasien dianjurkan dalam keadaan relaksasi.
- 4) Distraksi intelektual yaitu mengalihkan perhatian pasien kepada selain nyeri yang diarahkan melalui kegiatan dengan memanfaatkan kecerdasan atau intelektual yang dimiliki pasien. Seperti dengan mengisi TTS, bermain playstation, menulis journal dan lain sebagainya.

b. Durasi Distraksi

Durasi audiovisual dilakukan minimal 5-10 menit untuk melihat pemandangan yang menarik, melihat video kesukaan, bermain game, ataupun mengisi kuis yang diharapkan dapat berpengaruh positif dalam memberikan efek terapi.

c. Tingkat kecemasan

Keefektifan distraksi juga dipengaruhi oleh tingkat kecemasan. Distraksi adalah usaha mengalihkan perhatian persepsi nyeri pada hal-hal diluar nyeri, Hal itu sangat bergantung pada persepsi pasien

terhadap nyeri. Untuk tingkat kecemasan ringan sampai sedang masih efektif melakukan pengalihan secara non farmakologis tetapi pada pasien dengan kecemasan berat perlu tindakan secara farmakologis.

d. Kemampuan konsentrasi dan kemampuan kooperatif pasien.

Kemampuan berkonsentrasi pasien merupakan hal yang sangat diperlukan, karena proses distraksi yang terpenting adalah upaya mengalihkan kecemasan pasien dengan memfokuskan perhatian pasien terhadap hal-hal diluar persepsi nyeri. Selain itu dibutuhkan juga pengertian pasien dalam melaksanakan prosedur distraksi.

e. Lingkungan

Untuk melatih teknik distraksi visual pasien, perawat dapat memberikan media audio, visual atau audiovisual memperbolehkan pasien untuk melihat gambar yang dimiliki ataupun video yang sekiranya bisa mengalihkan perhatian pasien dari rasa sakit yang dirasakan. Dalam melaksanakan distraksi pendengaran diupayakan tercipta suasana yang tenang dan nyaman bagi pasien agar suara musik bisa didengar dengan jelas. Hal tersebut dimaksudkan untuk membantu pengalihan persepsi nyeri yang dialaminya agar pasien dapat meresapi irama ataupun lirik musik yang didengarkan.

3. Pengertian media audio visual

Arsyad (2013) menjelaskan bahwa media audiovisual merupakan jenis media yang dipakai untuk kegiatan belajar mengajar dengan

melibatkan indera pendengaran dan penglihatan sekaligus dalam satu kegiatan. Pesan dan informasi yang bisa disampaikan melalui media ini dapat berupa verbal atau nonverbal dengan mengandalkan penglihatan ataupun pendengaran. Beberapa contoh media audiovisual adalah film, video, program TV dan lain-lain.

Contoh-contoh video anak-anak yang saat ini sering ditonton adalah Tayo, Naruto, Upin-Ipin, Chibi Maruko chan, boboiboy, Robot Trains, Power rangers dino Charge (Program RTV 2021)

Rusman (2012) menjelaskan bahwa media audio visual adalah media pandang-dengar atau merupakan gabungan audio dan visual. Contoh dari mediaaudio visual adalah video, televisi Pendidikan, televisi instruksional, dan program slide suara (*sound slide*).

4. Karakteristik media audio visual

Pembelajaran memakai teknologi audiovisual merupakan suatu cara menyampaikan materi dengan memakai mesin-mesin mekanik dan elektronik untuk menyampaikan pesan audiovisual, Arsyad (2013) menjelaskan bahwa media audiovisual mempunyai beberapa karakteristik sebagai berikut:

- a. Biasanya bersifat linear.
- b. Menyajikan visual yang dinamis.
- c. Digunakan sesuai cara yang telah direncanakan sebelumnya.
- d. Merupakan gambaran fisik dari ide -ide realistik ataupun abstraks.
- e. Dikembangkan sesuai prinsip psikologi behaviorisme dan kognitif.

5. Kelebihan dan kelemahan media audio visual

Setiap jenis media yang digunakan dalam suatu proses memiliki kelebihan dan kelemahan. Begitu pula dengan media audio visual. Arsyad (2013) menjelaskan bahwa setiap media yang dipakai dalam suatu kegiatan pasti mempunyai kelebihan dan kelemahan. Berikut ini kelebihan dan kekurangan media audiovisual.

a. Kelebihan media audiovisual

- 1) Bisa menambah pengalaman dasar bagi anak.
- 2) Bisa menampilkan suatu proses secara tepat dan bisa diputar berkali-kali.
- 3) Media audiovisual bisa meningkatkan motivasi, menanamkan sikap-sikap dan segi afektif lainnya.
- 4) Menarik pemikiran atau pembahasan anak pada video yang mengandung nilai positif.
- 5) Menampilkan kejadian yang berbahaya jika dilihat secara langsung.
- 6) Dapat ditunjukkan kepada kelompok besar atau kelompok kecil, kelompok yang heterogen maupun homogen maupun perorangan.
- 7) Film yang dalam kecepatan normal memerlukan waktu 1 minggu bisa ditayangkan dalam 1-2 menit.

b. Kelemahan media audio visual

- 1) Biasanya membutuhkan waktu yang lama dan biaya mahal.

- 2) Informasi yang disampaikan dalam film belum tentu bisa diikuti semua siswa.
- 3) Tidak semua film atau video yang ada sesuai dengan materi yang dibutuhkan, kecuali telah direncanakan untuk kalangan sendiri.

B. Sikap Kooperatif

1. Pengertian sikap kooperatif

Sikap kooperatif merupakan sikap yang belum otomatis muncul pada suatu tindakan (*overt behavior*) yang menunjukkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata yang diperlukan faktor pendukung atau suatu keadaan yang memungkinkan seperti fasilitas yang diperlukan faktor dukungan (*support*) dari pihak lain (Notoadmodjo, 2014).

2. Manfaat sikap kooperatif

Dampak hospitalisasi yang sering terjadi adalah timbulnya rasa takut. Ketakutan terjadi akibat lingkungan yang baru bagi anak, orang-orang yang tidak dikenal, serta prosedur tindakan medis selama perawatan. Tindakan keperawatan yang berikan tanpa pendekatan kepada anak bisa menimbulkan ketakutan yang akhirnya anak menjadi trauma psikologis dan bisa mempengaruhi perkembangan anak.

Ketika perawat memberikan tindakan keperawatan, perawat memerlukan tindakan kooperatif pada anak dan keluarga. Hal ini tidak sulit dilakukan pada anak yang lebih besar namun pada anak yang lebih muda, hal tersebut dapat menjadi masalah tersendiri (Zainudin, 2014).

Sikap anak yang tidak kooperatif antara lain reaksi agresif dengan marah dan berontak, agresi verbal lebih spesifik dan ditunjukkan secara langsung misalnya mengucapkan kata-kata marah, menunjukkan perlawanan tubuh, mendorong orang yang bersalah agar menjauh, berusaha mengunci diri ditempat yang aman, ketergantungan dengan orang tua, ingin disentuh, menolak ditinggal sendirian (Saputro & Fajrin, 2017).

Respon yang diperlihatkan anak pada saat anak tidak kooperatif seperti menangis, berteriak, menjerit, meronta-ronta, memeluk ibunya, menarik diri dan tidak memberikan tubuhnya untuk dilakukan tindakan. Anak memerlukan persiapan yang hati-hati sebelum tindakan dilakukan, karena pada dasarnya prosedur yang rutin dilakukan bisa menimbulkan kecemasan (Saputro & Fajrin, 2017).

3. Klasifikasi sikap kooperatif

Menurut Frankl dalam penelitian Syafrizal pada tahun 2019, Mengklasifikasikan perilaku anak menjadi empat kelompok sesuai sikap dan kerjasama anak dalam perawatan, yaitu:

- a. Sikap sangat negatif,,: anak menolak dirawat, meronta-ronta dan membantah, menangis dengan keras dan terus menerus, menarik atau mengisolasi diri, tidak mau mendengar apa saja yang dikatakan dokter dan takut yang berlebihan.
- b. Sikap negatif,,: anak menunjukkan tindakan negatif minor, anak tidak mau menerima tindakan keperawatan, mencoba bertahan,

- menyembunyikan rasa takut, gugup, menangis, cemberut dan kurang kooperatif.
- c. Sikap positif,; anak memperlihatkan sikap hati-hati dalam menerima tindakan keperawatan, segan bertanya, mematuhi petunjuk perawat, cukup bersedia bekerja sama dengan perawat, anak menerima tindakan keperawatan.
 - d. Sikap sangat positif,; anak bersikap baik dengan perawat, gembira menerima tindakan keperawatan, tidak terlihat rasa takut, tertarik dengan tindakan keperawatan yang dilakukan perawat, bertanya tentang tindakan yang dilakukan, kontak verbal yang baik dengan perawat.

Sedangkan respon anak terhadap hospitalisasi dan tindakan medis ditunjukkan dengan:

- a. Reaksi agresif

Reaksi timbul karena anak takut pada perlukaan yang muncul sebab anak beranggapan prosedur tindakan yang dilakukan bisa mengancam integritas tubuhnya, reaksi yang terlihat adalah marah, berontak, ketergantungan dan tidak mau bekerja sama dengan perawat.

- b. Reaksi regresif

Timbul seperti reaksi agresif tapi berfokus pada reaksi verbal seperti mengeluarkan kata-kata marah, tidak mengeluarkan sepatah katapun,tidak menjawab pertanyaan perawat.

c. Reaksi withdrawl (menarik diri)

Sikap penolakan anak terhadap sesuatu hal yang dianggap menyakitkan, biasanya anak akan menghindari kontak mata dengan perawat, bersembunyi pada orang tua, menggenggam jari-jari tangan atau menekuk anggota tubuh yang mau diperiksa.

Kondisi-kondisi anak yang mengakibatkan terjadi perubahan sikap kooperatif pada saat mengalami sakit dan hospitalisasi yaitu :

- a. Ketika perawat mengajak berbicara atau bercakap-cakap dengan anak.
- b. Ketika perawat melakukan pemeriksaan/ perawatan yang menyakitkan.
- c. Pada saat perawat memerintahkan sesuatu prosedur tindakan.

4. Penilaian tingkat kooperatif

Menurut Wawan & Dewi (2014) untuk meningkatkan tingkat kooperatif didasarkan pada tingkat sikap dan sifat sikap.

a. Berdasarkan tingkat sikap

1) Menerima (*receiving*)

Menerima adalah bahwa seseorang mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan.

2) Merespon (*responding*)

Bersedia menjawab bila ditanya, tugas yang diberikan dikerjakan dan diselesaikan.

3) Mengahargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain pada suatu masalah dan mau menerima pendapat orang lain.

4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab terhadap semua hal yang telah dipilihnya dan menerima semua resiko.

b. Berdasarkan sifat sikap

Wawan & Dewi (2014) menjelaskan bahwa berdasarkan sifat sikap, tingkat kooperatif dibagi menjadi 2, yaitu:

1) Sikap positif

Kecenderungan sikap yang muncul adalah mendekati, menyenangkan, menerima kedatangan orang lain, menyukai objek tertentu. Sikap ini ditunjukkan dalam bentuk diam, segan, tersenyum dan mengikuti perintah.

2) Sikap negatif

Kecenderungan sikap yang muncul adalah menjauhi, menghindari, membenci, tidak menyukai objek tertentu. Sikap negatif ini sering ditunjukkan anak dalam bentuk ketakutan, menangis, berteriak, meronta-ronta dan memberontak terhadap perintah dengan memakai organ tubuh.

Menurut Notoatmodjo (2014), tingkat kooperatif dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu:

- a. Baik dengan hasil presentasi 76-100%.
- b. Cukup dengan hasil presentasi 56-75%.
- c. Kurang dengan hasil presentasi < 56%.

5. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap sikap kooperatif

a. Usia

Hospitalisasi menjadikan anak kehilangan kontrol terhadap dirinya dan mengharuskan adanya pembatasan aktivitas sehingga anak merasa kehilangan kekuatan diri.

Pada usia pra sekolah anak memandang hospitalisasi merupakan hukuman, sehingga anak merasa malu, merasa bersalah dan takut. Prosedur rumah sakit dianggap sebagai sesuatu yang mengancam integritas tubuhnya, sehingga anak menjadi agresif, marah, berontak, tidak mau bekerja sama dengan perawat dan ketergantungan terhadap orang tuanya (Supartini, 2014).

b. Jenis kelamin

Handayani dan Puspitasari, (2008) dalam penelitian Hasnita, E.dan Gusvianti, S. (2018) menyebutkan peningkatan perilaku kooperatif yang paling tinggi adalah anak yang berjenis kelamin perempuan dibandingkan laki-laki.

c. Pengalaman dirawat dirumah sakit

Lamanya perawatan anak di rumah sakit dapat berpengaruh terhadap pendekatan dilakukan, sedangkan pendekatan yang tepat sangat berpengaruh terhadap proses penyembuhan anak. Pada anak

dengan perawatan singkat, pemulihan ditujukan pada hal-hal yang bersifat traumatik dan pada anak dengan masa perawatan 1-2 hari tentu akan memasuki lingkungan yang baru yaitu rumah sakit. Sebagai patokan umum tidak ada tempat atau ruang perawatan yang dirasa nyaman bagi anak. Aturan- aturan di rumah sakit jelas mengurangi kebebasan anak, harus mematuhi prosedur medis dan perawatan dengan segala peralatannya seperti memasukkan obat suntik, pengambilan sampel darah, infus, dan pemeriksaan lainnya. Sedangkan pada anak yang masa perawatan yang lama, harus diperhatikan tentang efek pembiasaan seperti terbiasa diperhatikan, terbiasa dibantu, merasa disayangi, sehingga akan timbul reaksi untuk mempertahankan sakitnya agar terus memperoleh perlakuan yang menyenangkan (Gunarsa, 2014).

d. Sistem pendukung (support system)

Anak akan berusaha meminta dukungan dari orang lain agar bisa terlepas dari tekanan karena penyakit yang dialaminya. Anak biasanya akan mencari dukungan pada orang terdekat denganya. Perilaku ini ditandai dengan permintaan anak untuk selalu ditunggu selama masa perawatan, didampingi saat dilakukan pemeriksaan atau tindakan keperawatan, minta dipeluk orang tuanya ketika merasa cemas bahkan ketika merasa ketakutan (Gunarsa, 2014).

Bonewit, (2014) dalam penelitian Sinaga (2014) menyebutkan faktor lain yang berpengaruh terhadap perilaku kooperatif anak usia

sekolah adalah mempersiapkan anak untuk prosedur. Hal ini penting untuk mendapatkan perilaku kooperatif anak dan membuat anak rileks. Untuk mengurangi perilaku ketidakooperatifan anak, harus dijelaskan secara perlahan prosedur yang akan dilakukan, jika memungkinkan izinkan anak untuk memegang alat yang akan digunakan.

C. Konsep Anestesi

1. Pengertian anestesi

Anestesi adalah cabang ilmu kedokteran yang mempelajari tentang cara mematikan rasa, baik rasa nyeri ataupun takut agar pasien merasa nyaman dan merupakan ilmu yang mempelajari tentang tata laksana untuk mempertahankan hidup dan kehidupan pasien selama mengalami kematian akibat obat anestesi (Mangku,G & Senapathi, 2013).

Permenkes nomor 519 tahun 2011 menyebutkan salah satu tujuan dari pelayanan Anestesi dan terapi intensif adalah memberikan pelayanan Anestesia, analgesia dan sedasi yang aman, efektif, berperikemanusiaan dan memuaskan bagi pasien yang menjalani pembedahan, prosedur medis/ trauma yang menyebabkan rasa nyeri, kecemasan dan stress psikis lain.

2. Ruang Lingkup Anestesi

Menurut Permenkes Nomer 18 tahun 2016 ruang lingkup tindakan anestesi mencakup pra anestesi, intra anestesi dan pasca anestesi

a. Pra Anestesi

Muttaqin dan Sari,(2013) memberikan variabel yang paling efektif untuk pengembangan kriteria evaluasi pra bedah anak, yaitu sebagai berikut:

- 1) Pengukuran hasil yang lazim.
- 2) Perilaku (reaksi tubuh baik verbal atau non verbal)
- 3) Melaporkan sendiri (laporan verbal anak mengenai nyeri dan cemas yang dirasakan).
- 4) Pengukuran fisiologis (reaksi fisiologik seperti frekwensi jantung)
- 5) Adanya orang tua atau orang dewasa terdekat.
- 6) Stimulus nyeri/ cemas (pengobatan, intervensi yang menyakitkan dan induksi Anestesi).
- 7) Waktu pemberian informasi.

Pra Anestesi dimulai ketika pasien masih di ruang rawat inap, atau dapat juga dimulai ketika pasien diserahkan di ruang pre medikasi dan berakhir ketika pasien sudah berada di meja operasi.

b. Intra Anestesi

Menurut Mangku & Senapathi (2013) Perawatan selama Anestesi dimulai sejak pasien berada diatas meja operasi sampai dengan pasien dipindahkan ke ruang pulih sadar. Tujuan perawatan dalam durante operasi adalah mengupayakan fungsi vital pasien

selama anestesi berada dalam kondisi optimal agar pembedahan dapat berjalan lancar dengan baik.

c. Pasca Anestesi

Menurut Mangku & Senapathi (2013) Perawatan pasca anestesi / pembedahan dimulai sejak pasien dipindahkan ke ruang pulih sadar sampai diserahkan terimakan kembali kepada perawat di ruang rawat inap. Jika kondisi pasien tetap kritis pasien dipindahkan ke ICU dengan tujuan:

- 1) Mengawasi kemajuan pasien sewaktu masa pulih.
- 2) Mencegah dan segera mengatasi komplikasi yang terjadi.
- 3) Menilai kesadaran dan fungsi vital tubuh pasien untuk menentukan pemindahan/ pemulangan pasien sesuai kriteria.

3. Jenis Anestesi

Jenis Anestesi dalam buku Buku Kuliah Anestesi Ardi Pramono (2015), terbagi menjadi tiga:

a. Anestesi Lokal

Merupakan tindakan medis yang menggunakan obat bius untuk menghilangkan rasa sakit hanya pada area tertentu dan dalam kurun waktu yang singkat.

b. Anestesi Regional

Merupakan tindakan medis yang digunakan untuk membuat pasien tetap bertahan dalam keadaan sadar alaupun tanpa rasa nyeri atau sakit. Hal ini bertujuan untuk mengurangi resiko operasi bila

dilakukan pada pasien ketika dalam keadaan tidak sadar. Obat bius akan diinjeksi pada area sumsum tulang belakang yang merupakan organ yang bertugas sebagai register atau mengantarkan rasa nyeri ke otak. Hal ini menyebabkan impuls rasa nyeri terhenti pada area saraf yang diinjeksi sehingga tidak sampai ke otak. Jenis pembiusan ini akan membuat area injeksi mengalami mati rasa lebih luas dalam kurun waktu yang lebih lama dibandingkan pembiusan lokal.

c. Anestesi General / umum

Merupakan tindakan medis yang memanfaatkan obat bius untuk membuat pasien kehilangan kesadaran secara total dalam jangka waktu tertentu. Hal ini bertujuan untuk mendapatkan kondisi tenang secara total dari pasien ketika dilakukan tindakan medis. Untuk mengurangi resiko organ jantung gagal melakukan fungsinya, selama tubuh berada pada kondisi tidak sadar maka diperlukan alat deteksi jantung untuk memantau kondisi dan kerja jantung.

D. Konsep Tumbuh Kembang Anak Usia Sekolah

1. Pengertian Tumbuh Kembang

Pertumbuhan adalah Proses transmisi dari konstitusi fisik (keadaan tubuh atau jasmaniah) yang herediter dalam bentuk proses aktif secara berkesinambungan. Pertumbuhan berkaitan dengan perubahan kuantitatif yang menyangkut peningkatan ukuran dan struktur biologis (Puger Honggowiyono, 2015).

Perkembangan adalah peningkatan kompleksitas fungsi dan kemajuan keterampilan yang dimiliki individu untuk beradaptasi dengan lingkungan. Perkembangan merupakan aspek perilaku dari pertumbuhan, misalnya individu mengembangkan kemampuan untuk berjalan, berbicara, dan berlari dan melakukan suatu aktivitas yang semakin kompleks (Soetjiningsih, 2012).

Istilah pertumbuhan dan perkembangan keduanya mengacu pada proses dinamis. Pertumbuhan dan perkembangan walaupun sering digunakan secara bergantian, keduanya memiliki makna yang berbeda. Pertumbuhan dan perkembangan merupakan proses yang berkelanjutan, teratur, dan berurutan yang dipengaruhi oleh faktor maturasi, lingkungan, dan genetik (Soetjiningsih, 2012).

Anak usia sekolah sudah dapat berkomunikasi secara langsung dengan baik karena pada usia tersebut proses penyesuaian diri terhadap lingkungan sekitar mulai berkembang. Perkembangan anak pada usia ini mencakup perkembangan cara anak dalam berpikir yang lebih terorganisir, perkembangan motorik dalam beraktivitas, dan kesadaran emosi diri menjadi lebih terintegrasi. Anak usia ini secara umum dikelilingi oleh tiga lingkungan yang berbeda, yaitu keluarga, teman sebaya dan lingkungan sekolah yang dapat membawa dampak berbeda-beda terhadap pola perilaku anak (Saputra&Fajrin, 2017).

Masa kanak-kanak lanjut (usia sekolah) adalah suatu periode dimana anak dinilai sudah mampu bertanggung jawab terhadap

perilakunya, dalam berinteraksi dengan orang tuanya, teman seusianya dan orang lainnya. Usia 6-12 tahun juga sering disebut usia sekolah. Artinya, sekolah menjadi pengalaman inti anak-anak usia ini, yang menjadi titik pusat perkembangan fisik, kognitif, dan psikososial (Soetjiningsih, 2012).

2. Karakteristik Perkembangan Anak Usia Sekolah

Perkembangan anak usia sekolah mempunyai ciri khas yang unik. Beberapa teori membicarakan tentang ciri khas perkembangan anak usia sekolah dilihat dari aspek- aspek perkembangan pada anak. Teori- teori perkembangan tersebut diantaranya teori perkembangan kognitif, perkembangan psikososial, perkembangan moral, perkembangan fisik dan motorik.

a. Perkembangan kognitif

Piaget menjelaskan bahwa anak usia 7 sampai 11 tahun berada pada tahap operasional konkret. Tahap operasional konkret adalah tahap ketiga dari tahapan perkembangan kognitif. Pada tahap ini, anak sudah berpikir secara logis pada beberapa hal yang bersifat realistik, tetapi pada beberapa hal yang bersifat abstrak anak masih belum mampu. Anak sudah bisa mengklasifikasikan objek konkret ke dalam kelompok yang berbeda, Anak belum mampu berpikir layaknya orang dewasa, anak sudah bisa membentuk konsep, melihat hubungan dan mengatasi masalah yang terjadi, namun baru sebatas melibatkan obyek dan situasi yang dikenalnya, menanggapi realitas

yang diartikan dengan melihat sesuatu dalam konteks berbeda, Berpikir operasional juga masih egosentris, artinya kemampuan berbicara atau berpikir diarahkan pada kepentingan pribadi.

Perkembangan kognitif pada anak masa sekolah terjadi sangat pesat. Anak sudah mulai belajar membentuk sebuah konsep, melihat hubungan, dan mengatasi masalah dalam situasi yang melibatkan objek nyata dan pada lingkungan dan situasi yang tidak asing bagi dirinya. Anak mulai bergeser dari berpikir egosentris pada pemikiran yang objektif (Slavin, 2011).

b. Perkembangan psikososial

Erikson (dalam Potter & Perry, 2012) mengategorikan anak usia sekolah dalam tahap *industry versus inferiority* (berkarya versus perasaan rendah diri). Pada tahap ini anak sudah menyadari kalau dirinya mempunyai kemampuan dan keunikan yang tidak sama dengan teman lainnya. Di luar keluarga anak sudah mulai belajar membentuk konsep diri dengan menjadi anggota kelompok sosial. Ketergantungan anak terhadap orang tua atau kakaknya sudah mulai berkurang. Hubungan anak dengan orang dewasa di luar keluarga memberikan pengaruh penting dalam pengembangan kepercayaan diri dan kerentanan terhadap pengaruh sosial. Anak mencoba mencari perhatian dan penghargaan atas karyanya. Anak sudah mulai bertanggung jawab dan suka belajar Bersama temanya. Rasa malu dan kurang percaya diri akan timbul bila tidak bisa menyelesaikan

tugas seperti teman lainnya. Erikson (dalam Potter & Perry, 2012) mengatakan pada usia sekolah ini, anak mulai mencoba mencari ketrampilan ataupun kompetensi yang diperlukan ketika anak menginjak usia dewasa. Mereka yang direspon dengan baik dan positif akan merasa dirinya dihargai. Sedangkan mereka yang gagal sering merasa tidak berharga atau rendah diri yang dapat berakibat penarikan diri dari sekolah ataupun dari kelompok bermainnya. Anak mulai menyadari bahwa kedua orangtuanya bukanlah individu yang paling sempurna, mereka sering berimajinasi bahwa orang tua temannya merupakan orang tuanya. Mereka sering berkhayal kalau dirinya sebagai anak angkat. Mereka bergantung kepada orang tua untuk memperoleh kasih sayang, rasa aman, pedoman, dan pengasuhan.

Terkadang ada pertengkaran antara saudara di rumah tetapi mereka saling membela jika diluar rumah. Sang kakak menjadi idola adiknya sehingga menjadi kompetisi. Dapat timbul perasaan cemburu pada kakak atas perhatian yang didapatkan adiknya. Kakak dapat bersikap otoriter kadang berlaku agak keras.

Pada tahun pertama sekolah (usia 6-7 tahun), anak bermain bersama tanpa perbedaan jenis kelamin. Pada usia 8 tahun terbentuk kelompok yang tersusun dari sesama jenis kelamin. Geng' ini memberikan kebebasan bagi anak dari aturan orang tua dan menetapkan bahasa rahasia mereka. Periode ini sering disebut

sebagai perkumpulan rahasia' anak. Anak usia sekolah biasanya memiliki teman dekat sesama jenis. Hubungan ini umumnya bersifat sementara, namun intensitasnya cukup besar dan mencakup diskusi berbagai topik.

c. Perkembangan moral

Gunarsa (2014) menyatakan bahwa perkembangan moral merupakan kemampuan seseorang untuk menyesuaikan diri dalam bentuk sikap/perilaku sebagai hasil dari interaksi seseorang dengan norma-norma atau nilai-nilai sosial masyarakat. Pengertian tentang konsep perkembangan moral tersebut menjelaskan bahwa seseorang dapat dikatakan memiliki moral yang baik atau buruk sangat erat kaitannya dengan norma dan nilai yang ada di lingkungan sosialnya.

Tahapan-tahapan perkembangan moral menurut teori Piaget terbagi menjadi dua, yaitu moralitas heteronom dan moralitas otonom. Moralitas heteronom yaitu tahap di mana anak memahami keadilan dan peraturan sebagai sesuatu yang berada di luar kendali manusia sehingga tidak dapat diubah atau bersifat tetap sehingga dalam menilai dari suatu tindakan hanya melihat pada konsekuensinya. Moralitas otonom yaitu tahap di mana anak sadar bahwa peraturan dibuat oleh manusia sehingga dalam menilai suatu tindakan harus mempertimbangkan niat pelaku dan konsekuensinya. Anak usia antara 7 sampai 10 tahun berada pada masa transisi moralitas heteronom ke moralitas otonom sehingga pada moralitas

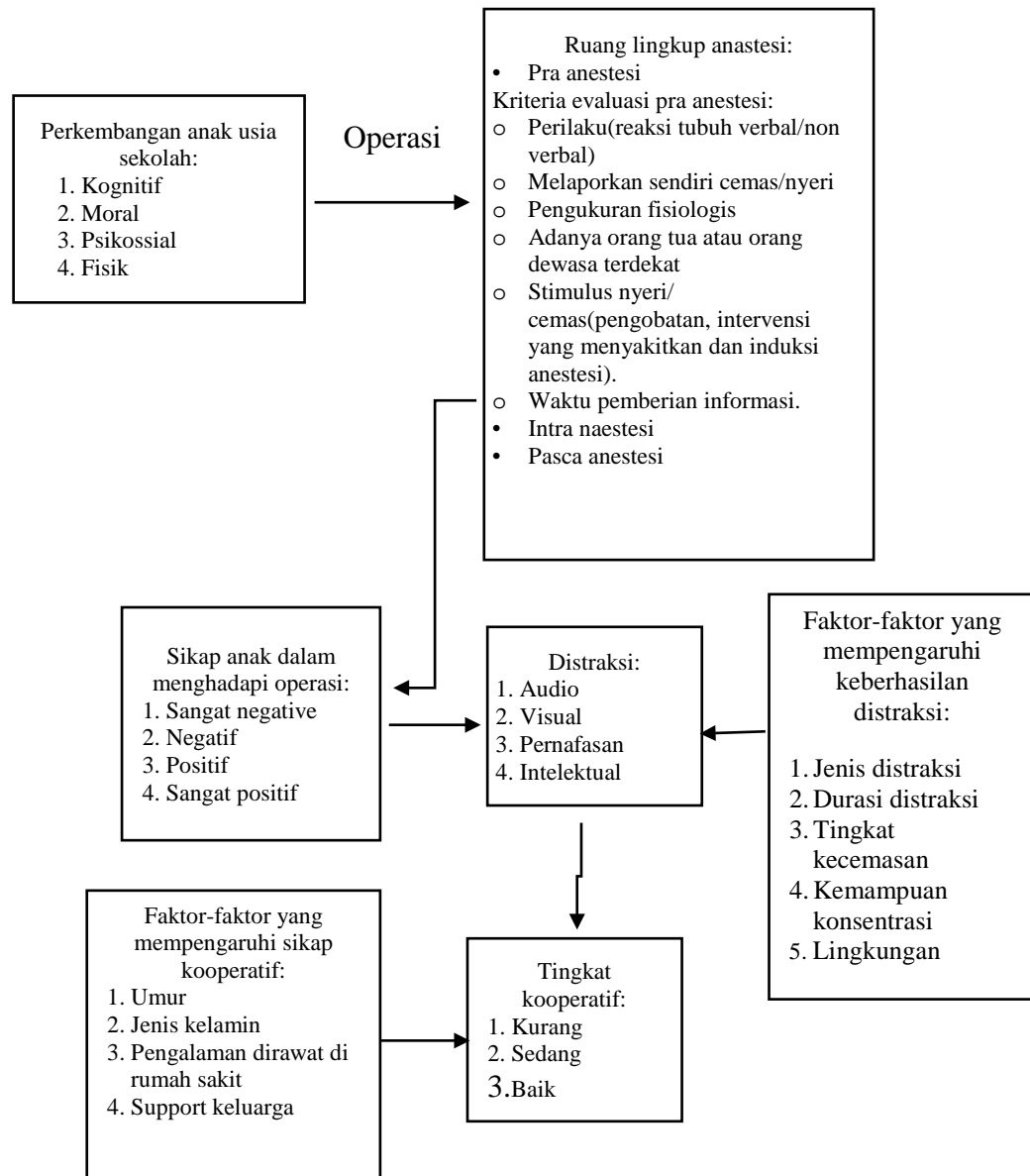
anak akan ditemukan kedua karakteristik perilaku pada kedua tahap tersebut.

Anak usia sekolah berada pada tingkat konvensi di mana moralitas dinilai berdasarkan interaksi dengan teman sebaya seperti pada tahap otonom Piaget. Pada tingkat konvensi, anak mampu mempertimbangkan perasaan orang lain ketika mengambil keputusan moral (Slavin, 2011).

d. Perkembangan fisik dan motorik

Perkembangan fisik anak usia sekolah bisa dilihat dari gambaran umum meliputi pertambahan proporsi tinggi badan, berat badan dan ciri-ciri fisik lain yang terlihat. Anak sekolah umumnya berada pada fase tenang, di mana perkembangan fisik pada masa ini terbilang lambat namun konsisten (Budiyartati, 2014). Ciri khas perkembangan fisik pada anak sekolah umur 7 hingga usia 9 tahun, anak perempuan umumnya lebih pendek dan ringan dibanding laki-laki. Pada umur 9 sampai 10 tahun, anak perempuan umumnya memiliki tinggi dan berat badan yang sama dengan anak laki-laki. Pada umur sekitar 11 tahun anak perempuan lebih tinggi dan berat daripada anak laki-laki. Pada usia sekolah ini, anak banyak mengembangkan kemampuan motorik dasar yang digunakan untuk menyeimbangkan badan, berlari, melompat, dan melempar (Slavin, 2011).

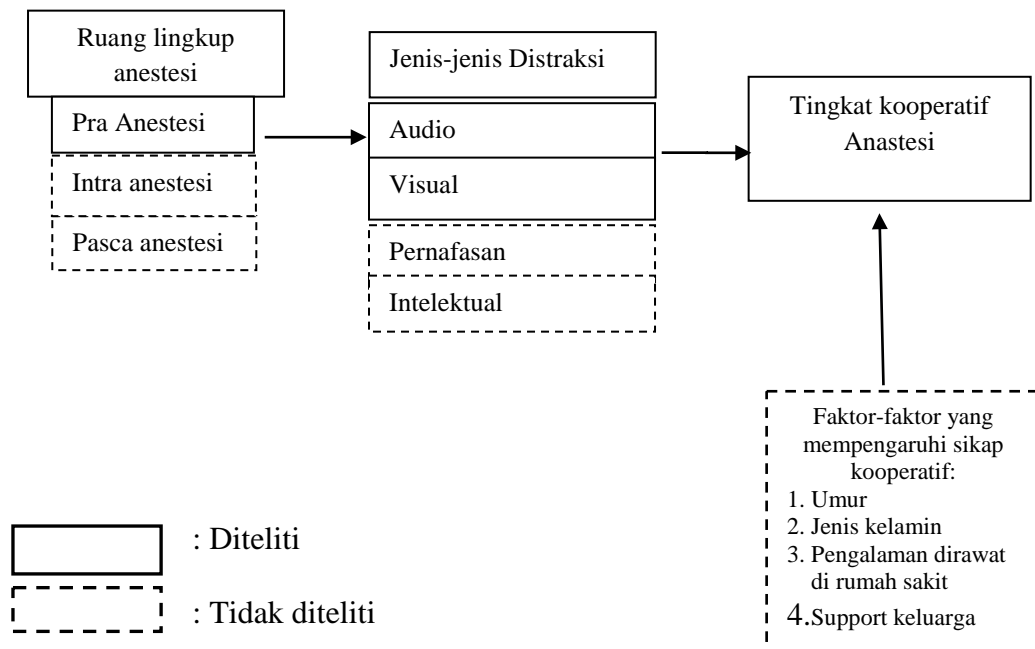
E. Kerangka Teori



Gambar 2. 1Kerangka Teori

B. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan konsep yang akan dipakai sebagai landasan berpikir dalam kegiatan ilmu (Nursalam, 2020).



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

C. Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara dari rumusan masalah atau pertanyaan penelitian (Nursalam, 2020). Hipotesis dalam penelitian ini adalah $H_1 =$ Ada pengaruh distraksi audiovisual terhadap tingkat kooperatif anestesi pada anak usia sekolah di ruang operasi RSUD R.A. Basoeni Mojokerto.