

SKRIPSI
PENGARUH FINGER PAINTING TERHADAP PENURUNAN RESPON
PSIKOLOGIS STRES HOSPITALISASI PADA ANAK USIA PRASEKOLAH
(3-6 TAHUN) DI RS AL-IRSYAD SURABAYA

PENELITIAN *QUASY EXPERIMENTAL*
Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga



Oleh:
Ayuk Puji Lestari
010610303B

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
2010**

LEMBAR PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 2 Agustus 2010

Yang Menyatakan

Ayuk Puji Lestari

010610303B

LEMBAR PERSETUJUAN
SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 4 AGUSTUS 2010

Oleh

Pembimbing I

Mira Triharini, S.Kp, M.Kep
NIP. 132 320 711

Pembimbing II

Laily Hidayati, S.Kep., Ns
NIK. 139 080 822

Mengetahui,

a.n. Dekan Fakultas Keperawatan

Universitas Airlangga

Wakil Dekan I

Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes.
NIP. 197806062001122001

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI

Telah Dipertahankan Di Depan Tim Penguji Sidang Skripsi

Pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Pada Tanggal 11 Agustus 2010

Menetapkan:

PANITIA PENGUJI

Ketua : Esty Yunitasari, S.Kp., M.Kes (.....)

Anggota: 1. Mira Triharini, S.Kp., M.Kep (.....)

2. Laily Hidayati, S.Kep., Ns (.....)

Mengetahui,

Dekan Fakultas Keperawatan

Universitas Airlangga

Wakil Dekan I

Yuni Sufyanti Arief S.Kp., M.Kes

NIP. 197806062001122001

MOTTO

**HIDUP ADALAH PERJUANGAN MAKA
PERJUANGKANLAH HIDUPMU UNTUK MERAHAI MASA
DEPAN YANG LEBIH BAIK**

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas rahmat dan karuniaNya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“PENGARUH FINGER PAINTING TERHADAP PENURUNAN RESPON PSIKOLOGIS STRES HOSPITALISASI PADA ANAK USIA PRASEKOLAH (3-6 TAHUN) DI RS AL-IRSYAD SURABAYA”**.

Skripsi ini disusun sebagai syarat untuk mendapatkan gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Dalam penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bimbingan serta dukungan dari berbagai pihak yang telah banyak membantu. Pada kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons) selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk menyelesaikan studi.
2. Ibu Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk menyelesaikan studi.
3. Ibu Mira Triharini, S.Kp, M.Kep selaku pembimbing 1 yang telah memberikan bimbingan, arahan dan saran sampai terselesaikannya skripsi ini.
4. Ibu Laily Hidayati, S.Kep., Ns sebagai pembimbing 2 yang telah memberikan bimbingan, arahan dan saran sampai terselesaikannya skripsi ini.
5. Dr. Iwah Prestiono selaku Direktur RS AL-IRSYAD Surabaya yang telah mengizinkan saya melakukan penelitian di RS AL-IRSYAD Surabaya

6. Ibu Suntari, Amd Kep selaku perawat ruangan di ruang anak RS AL-IRSYAD Surabaya
7. Ayah, ibu, serta kakakku yang telah memberikan dukungan, perhatian, serta semangatnya selama penulis menyelesaikan studi ini.
8. Seluruh orangtua dan responden anak di ruang anak RS AL-IRSYAD Surabaya yang telah bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.
9. Sahabat sekaligus teman seperjuanganku Ratih Laksitadevi A6 yang telah setia menemaniku mencari bahan *finger painting* sampai ke Universitas Surabaya serta SLB Gedangan, Samsul A6 yang telah mengajarku SPSS, Mila hestika yang telah meminjamkan printer untuk ngeprint.
10. Teman-teman PSIK A6 serta semua pihak yang telah banyak memberikan bantuan kepada penulis selama penyusunan skripsi.
11. Kepada rental Ariel terima kasih banyak telah membantu ngedit skripsiku.
12. kepada pak hendy yang memberi pinjaman komputer buat mengetik, pak udin yang membuatkan surat izin penelitian dan surat meminta data awal hingga berkali-kali.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan, dan bantuannya kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini. Harapan penulis semoga skripsi yang mungkin masih jauh dari kesempurnaan ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan untuk perkembangan ilmu keperawatan.

Surabaya, 2 Agustus 2010

Penulis

Ayuk Puji Lestari

ABSTRACT

**THE INFLUENCE OF FINGER PAINTING ON DECREASING
PSYCHOLOGICAL RESPONSES OF STRESS HOSPITALIZATION AT THE
PRE SCHOOL CHILDREN (3-6 YEAR)**

**Quasi experimental study in pediatric room AL-IRSYAD Mother and Child
Hospital SURABAYA**

By Ayuk Puji Lestari

Stress Hospitalization often happens in the children who is hospitalized. There are various responses caused by hospitalization, such as separation anxiety, loss control, and body injury and pain. The objective of this research was to analyze the influence of finger painting on psychological response of stress hospitalization at the pre school children (3-6 year).

This research used quasi experimental pre-post control design. Held in 21th June to 21th July 2010. The sampling method used purposive sampling with total sample 18 respondents. Independent variable was finger painting while dependent variable was psychological responses of stress hospitalization. Data were collected by using questionnaire for parents children every day and observation sheet which consisted psychological responses of stress. Then, it analyzed using Wilcoxon Signed Rank Test and Mann Whitney U test with significant level $p < 0,05$.

The result showed that finger painting had significant on decreasing psychological responses of stress hospitalization on first day ($p=0,008$), second day ($p=0,007$), third day ($p=0,008$) and fourth day ($p=0,008$).

It can be concluded that finger painting effected on psychological responses of stress hospitalization. Further study recommended on the influenced of finger painting on biological responses for the pre school children that hospitalized.

KeyWords : finger painting, psychological responses of stress hospitalization, preschool ages

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar penetapan penguji.....	iv
Motto.....	v
Ucapan Terima Kasih	vi
Abstrak.....	viii
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel.....	xi
Daftar Gambar	xii
Daftar Lampiran	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar belakang	1
1.2 Rumusan masalah.....	5
1.3 Tujuan	5
1.3.1 Tujuan umum	5
1.3.2 Tujuan khusus	5
1.4 Manfaat	6
1.4.1 Manfaat teoritis	6
1.4.2 Manfaat praktis	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Dasar Bermain	7
2.1.1 Pengertian Bermain	7
2.1.2 Jenis atau Kategori Bermain	8
2.1.3 Manfaat Bermain	9
2.1.4 Prinsip- prinsip bermain	11
2.1.5 Pengaruh bermain pada perkembangan anak	12
2.1.6 Faktor yang mempengaruhi permainan	15
2.1.7 Permainan pada anak prasekolah.	17
2.2 Konsep Dasar finger painting	18
2.2.1 Pengertian finger painting	18
2.2.2 Tujuan Pembelajaran finger painting	18
2.2.3 Alat dan media pembelajaran finger painting	19
2.2.4 Pelaksanaan pembelajaran finger painting	19
2.2.5 Proses belajar dalam pembelajaran finger painting	20
2.3 Konsep Tumbuh Kembang Anak Usia Prasekolah	22
2.3.1 Pengertian pertumbuhan dan perkembangan	22
2.3.2 Pengertian anak usia prasekolah	22
2.3.3 Teori perkembangan anak usia prasekolah	23
2.3.4 Faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak usia prasekolah	25
2.4 Konsep Stres Hospitalisasi	28
2.4.1 Pengertian Stres Hospitalisasi	28
2.4.2 Stresor pada anak dengan hospitalisasi	28

2.4.3	Faktor yang mempengaruhi reaksi terhadap stresor	29
2.4.4	Reaksi anak usia prasekolah terhadap stress hospitalisasi.....	31
2.4.5	Akibat stress hospitalisasi pada anak	33
2.4.6	Upaya meminimalkan stress hospitalisasi pada anak	34
2.4.7	Penatalaksanaan keperawatan pada anak usia prasekolah dengan hospitalisasi.....	37
2.4.8	Bermain untuk mengurangi stress hospitalisasi	39
2.5	Pengaruh finger painting terhadap penurunan stress hospitalisasi	41
BAB 3	KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS.....	43
3.1	Kerangka konseptual	43
3.2	Hipotesis penelitian	45
BAB 4	METODE PENELITIAN	46
4.1	Rancangan Penelitian	46
4.2	Kerangka Kerja	48
4.3	Populasi, Sampel, dan teknik penelitian	49
4.3.1	Populasi	49
4.3.2	Sampel	49
4.3.3	Teknik Pengambilan Sampel.....	51
4.4	Identifikasi Variabel	51
4.4.1	Variabel Independen	51
4.4.2	Variabel Dependen.....	52
4.5	Definisi Operasional.....	53
4.6	Pengumpulan dan Pengolahan Data.....	54
4.6.1	Instrumen	54
4.6.2	Lokasi dan waktu penelitian.....	55
4.6.3	Prosedur Pengumpulan Data	55
4.6.4	Analisis Data	56
4.7	Etik Penelitian	59
4.7.1	Lembar persetujuan penelitian	60
4.7.2	Anonimity	60
4.7.3	Confidentiality	60
4.8	Keterbatasan	60
BAB 5	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	62
5.1	Hasil Penelitian	62
5.1.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	63
5.1.2	Karakteristik Demografi Responden	63
5.1.3	Variabel Yang Diukur.....	66
5.2	Pembahasan	76
BAB 6	KESIMPULAN DAN SARAN.....	81
6.1	Kesimpulan	81
6.2	Saran	82
	Daftar Pustaka.....	83
	Lampiran	85

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Teknik Meminimalkan Stress Akibat Hospitalisasi.....	36
Tabel 4.1 Rancangan Penelitian Quasy Experimental.....	46
Tabel 4.3 Definisi Operasional.....	52
Tabel 5.1 Hasil Kuesioner Hari Pertama.....	66
Tabel 5.2 Hasil Kuesioner Hari Kedua.....	67
Tabel 5.3 Hasil Kuesioner Hari Ketiga.....	68
Tabel 5.4 Hasil Kuesioner Hari Keempat.....	69
Tabel 5.5 Hasil Observasi Sebelum dan Sesudah Dilakukan Finger Painting.....	72

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual	43
Gambar 4.1 Kerangka Kerja Penelitian	47
Gambar 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Umur.....	64
Gambar 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Hari Perawatan	64
Gambar 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Penyakit	65
Gambar 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	65
Gambar 5.5 Grafik Hasil Kuesioner Pada Kelompok Perlakuan	71
Gambar 5.6 Grafik Hasil Kuesioner Pada Kelompok Kontrol	71
Gambar 5.7 Grafik Hasil Observasi	73

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Surat Izin Penelitian.....	85
Lampiran 2 Surat Keterangan Izin Penelitian.....	86
Lampiran 3 Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian.....	87
Lampiran 4 Surat Pernyataan Bersedia Menjadi responden	88
Lampiran 5 Satuan Acara Pelaksanaan	89
Lampiran 6 Lembar Kuesioner Data Responden	92
Lampiran 7 Lembar Observasi Sebelum Finger Painting	93
Lampiran 8 Lembar Observasi Sesudah Finger Painting.....	94
Lampiran 9 Tabulasi Karakteristik Responden	95
Lampiran 10 Lembar Rekapitulasi Kuesioner Responden.....	96
Lampiran 11 Lembar Rekapitulasi Observasi Responden	97
Lampiran 12 Hasil Evaluasi Kegiatan Finger Painting.....	98
Lampiran 13 Hasil Uji Statistik.....	99

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hospitalisasi merupakan suatu proses karena suatu alasan yang terencana atau darurat yang mengharuskan anak tinggal dirumah sakit untuk menjalani terapi dan perawatan sampai pemulangnya kembali kerumah (Supartini, 2004). Sakit dan dirawat di rumah sakit (hospitalisasi) pada pasien anak menyebabkan kecemasan dan stres. Stres hospitalisasi dalam jangka pendek menyebabkan ketakutan pada anak yang telah membentuk ikatan kerapatan dengan orang tuanya, sedangkan dalam jangka panjang stres hospitalisasi menyebabkan kemampuan membaca buruk, kenakalan, dan riwayat pekerjaan tidak stabil pada akhir usia remaja (Niven, 2002). Stresor dari kecemasan dan stres saat hospitalisasi dipicu oleh adanya perpisahan, luka pada tubuh dan rasa nyeri, kehilangan kendali, dan persepsi anak saat sakit dan hospitalisasi. Anak juga masih mempunyai keterbatasan mekanisme koping dalam mengatasi masalah atau kejadian yang bersifat menekan (Wong, 1999). Reaksi yang dapat ditunjukan anak usia prasekolah selama hospitalisasi adalah menolak makan, kurang kooperatif, sering bertanya, menangis, bahkan ada yang menimbulkan reaksi agresif seperti marah dan berontak baik secara perilaku maupun verbal (Supartini, 2004). Krisis penyakit dan hospitalisasi pada anak mempengaruhi setiap anggota keluarga inti, ditunjukkan dengan respon orang tua yaitu takut, cemas dan frustrasi. Takut dan cemas dapat berkaitan dengan keseriusan penyakit, dan jenis prosedur medis yang dilakukan. Perasaan frustrasi sering dikaitkan dengan kurangnya informasi

tentang prosedur dan pengobatan, ketidaktahuan tentang aturan dan peraturan rumah sakit, rasa tidak diterima petugas dan takut mengajukan pertanyaan. Frustrasi di ruang anak dapat dikurangi jika orang tua mengetahui apa yang akan terjadi dan apa yang diharapkan oleh mereka, dianjurkan untuk berpartisipasi dalam perawatan anak. Karena sakit dan stres menimbulkan krisis dalam kehidupan anak, dan karena situasi tersebut sering disertai stres berlebihan, maka anak perlu bermain dalam mengeluarkan rasa takut dan cemas yang mereka alami sebagai alat koping dalam menghadapi stres tersebut. Bermain terapeutik merupakan modalitas yang tidak diarahkan yang sangat efektif membantu anak mengatasi kekhawatiran dan ketakutan, ada 3 macam bermain terapeutik untuk anak stres hospitalisasi yaitu aktifitas ekspresif, ekspresi kreatif, permainan drama. Salah satu tipe bermain terapeutik adalah aktifitas ekspresif sebagai contohnya dengan bermain adonan kanji untuk *finger painting*. Bermain adonan kanji terutama untuk *finger painting* merupakan media yang sangat baik untuk anak usia prasekolah, sebab menurut Piaget perkembangan kognitif anak usia prasekolah termasuk dalam tahap praoperasional, tahap dimana anak semakin banyak menggunakan bahasa simbolis (Wong, 2008), sehingga diharapkan anak usia prasekolah dapat menuangkan perasaannya selama hospitalisasi kedalam permainan *finger painting*. Menurut BHS (2003) *finger painting* merupakan melukis dengan jari atau kegiatan melukis pada kertas dengan menggunakan jari-jari tangan dan pelengkapya yaitu telapak tangan, bagian bawah kepalan tangan, lengan dan kuku yang salah satunya bertujuan untuk menyatakan isi hati/menyalurkan ketegangan perasaan anak. Menurut Hawari (2001) *Finger painting* cocok untuk pasien yang dihospitalisasi dengan reaksi yang agresif, sebab *finger*

painting memberikan kesempatan pada anak untuk mengekspresikan diri, memberikan rasa puas dan tenang dalam diri anak. Menurut hasil penelitian Wibawa (2008) pada anak agresif di TK B menyatakan *finger painting* merupakan aktivitas yang dapat menenangkan anak. Anak-anak yang frustrasi dapat mengeluarkan frustrasi dengan cara mengaduk-aduk cat diatas kertas dengan kedua tangannya atau dengan menciprat-cipratkan air atau dengan meremas-remas spon sehingga dapat membuat anak agresif menjadi lebih rileks. Tetapi sampai saat ini pengaruh *finger painting* terhadap penurunan respon psikologis stres hospitalisasi pada anak prasekolah belum dapat dijelaskan.

Menurut hasil penelitian Mulyono (2008) di Irna Empu Tantular RSD Kepanjen terhadap 7 orang ibu dengan anak usia toddler didapatkan (71,43 %) ibu mengatakan anak mereka rewel, sering menangis dan takut ketika melihat perawat. Menurut data awal yang diperoleh pada tanggal 26-30 April 2010 di RS Ibu dan Anak AL-IRSYAD Surabaya diperoleh data dari 20 anak prasekolah, 80% menangis, 60% menolak dilakukan tindakan keperawatan dengan bersikap agresif baik kata-kata maupun fisik, 53% mengalami trauma jika bertemu perawat, jika hal ini dibiarkan akan berpengaruh terhadap perkembangan, perilaku, pembentukan kepribadian, dan sikap anak (Wahyunin, 2007). Anak menjadi semakin stres dan hal ini berpengaruh pada proses penyembuhan yaitu menurunnya respon imun (Nursalam, 2005). Akibatnya proses penyembuhan penyakit pada anak akan menjadi terhambat dan waktu perawatan menjadi lebih lama (Nursalam, 2004).

Anak prasekolah mempunyai keterbatasan pengetahuan mengenai tubuh dan meningkatkan rasa takut yang khas sebagai contoh kastrasi (dicetuskan oleh enema,

pengukuran suhu rektal dan kateter) dan takut akan kerusakan kulit (misal jalur intravena dan prosedur pengambilan darah) akan menyebabkan bagian dalam tubuhnya menjadi bocor serta anak prasekolah menginterpretasikan hospitalisasi sebagai hukuman dan perpisahan dengan orang tua sebagai kehilangan kasih sayang, hal ini yang menyebabkan anak usia prasekolah mengalami stres hospitalisasi (Muscari, 2005), hal ini diakibatkan karena peningkatan kortisol pada saat stres akan menghambat pembentukan antibodi dan menurunkan pembentukan sel darah putih. Penurunan antibodi ini karena menurunkan imunitas tubuh anak selama hospitalisasi sehingga rentan terhadap penyakit (Niven, 2002). Akibatnya proses penyembuhan penyakit menjadi terhambat, waktu perawatan lebih lama dan meningkatkan terjadinya komplikasi selama perawatan di rumah sakit (Nursalam, 2004). *Kortisol* akan menstimulasi katabolisme protein, melepaskan asam amino, meningkatkan *glukoneogenesis* dan menginhibisi ambilan glukosa (aksi anti insulin) oleh berbagai sel tubuh selain otak dan jantung, peningkatan katabolisme protein dan *glukoneogenesis* dalam tubuh harus diimbangi dengan penambahan nutrisi. Jika tidak diatasi, seorang anak akan stres berat akan mengalami retardasi pertumbuhan (Brunner, 2002).

Untuk menurunkan respon psikologis stres hospitalisasi pada anak di RS AL-IRSYAD Surabaya yaitu dengan mengundang badut ke ruang perawatan anak, tetapi kegiatan ini dilakukan tidak teratur karena keterbatasan sumberdaya keuangan dan manusia. Untuk itu peneliti mencoba menggunakan *finger painting* untuk menurunkan respon psikologis stress hospitalisasi di Ruang Anak RS Ibu dan Anak AL-IRSYAD Surabaya. Kegiatan *finger painting* yang akan dilakukan oleh peneliti

di Ruang Anak RS AL-IRSYAD Surabaya dilakukan dengan cara melukis menggunakan jari-jari tangan pada anak yang menjalani hospitalisasi. Dalam penelitian ini mencoba menjelaskan pengaruh *finger painting* terhadap penurunan respon psikologis stress hospitalisasi pada anak usia prasekolah, sehingga diharapkan melalui *finger painting* ini, dapat menurunkan respon psikologis stres hospitalisasi pada anak prasekolah.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh *finger painting* terhadap penurunan respon psikologis stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menjelaskan pengaruh *finger painting* terhadap penurunan respon psikologis stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi respon psikologis stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah sebelum diberikan *finger painting*.
2. Mengidentifikasi respon psikologis stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah sesudah diberikan *finger painting*.
3. Menganalisis pengaruh *finger painting* terhadap penurunan respon psikologis stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Teoritis

Menambah khsanah ilmu keperawatan khususnya keperawatan anak dalam penanggulangan stres hospitalisasi dengan menggunakan pendekatan *atraumatic care* pada anak yang dirawat di rumah sakit melalui *finger painting*.

1.4.2 Praktis

1. Bagi Institusi Rumah Sakit

Finger painting dapat digunakan sebagai cara untuk menurunkan respon psikologis stres hospitalisasi pada anak.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Finger painting dapat diterapkan oleh perawat di ruangan untuk menurunkan respon psikologis stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah.

3. Bagi Orang Tua Pasien

Sebagai salah satu masukan bagi orang tua pasien untuk menurunkan respon psikologis stres hospitalisasi terhadap anaknya.

4. Bagi Pasien :

Sebagai media bagi pasien untuk menyalurkan emosi akibat hospitalisasi.

5. Bagi Peneliti

Sebagai media peneliti untuk menurunkan respon psikologis stress hospitalisasi pada anak usia prasekolah yang mengalami stres hospitalisasi.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1.Konsep Bermain

2.1.1 Pengertian Bermain

Bermain adalah setiap kegiatan yang dilakukan untuk kesenangan yang ditimbulkannya tanpa memperhatikan hasil akhir, bermain dilakukan secara sukarela dan tidak ada paksaan atau tekanan dari luar (Hurlock, 2005).

Satiadarma (2005) mendefinisikan bermain sebagai sarana bagi anak-anak untuk belajar mengenal lingkungan kehidupannya. Pada saat bermain, anak-anak mencoba gagasan-gagasan mereka, bertanya serta menanyakan berbagai persoalan dan memperoleh jawaban atas persoalan-persoalan mereka. Bermain memberikan kesempatan pada anak untuk mengembangkan kemampuan emosional, fisik, sosial dan nalar mereka. Melalui interaksinya dengan permainan, seorang anak belajar meningkatkan toleransi mereka terhadap kondisi yang secara potensial dapat menimbulkan frustrasi. Bermain merupakan proses dinamis yang sesungguhnya tidak menghambat anak dalam proses belajar, sebaliknya justru menunjang proses belajar anak.

Bermain sama dengan bekerja pada orang dewasa, dan merupakan aspek terpenting dalam kehidupan anak serta merupakan satu cara yang paling efektif untuk menurunkan stres pada anak, dan penting untuk kesejahteraan mental dan emosional anak (Supartini, 2004).

Nursalam (2005) mendefinisikan bermain sebagai bentuk infantil dari kemampuan orang dewasa untuk menghadapi berbagai macam pengalaman dengan

cara menciptakan model situasi tertentu dan berusaha untuk menguasainya melakukan eksperimen dan perencanaan. Dan pola ini juga dapat disamakan pada anak.

2.1.2 Jenis atau Kategori Bermain

Menurut Supartini (2004), berdasarkan isi dan karakter sosial, bermain dibagi menjadi :

1. Bermain berdasarkan isi permainan
 - a. *Social affective play* adalah permainan yang membuat anak belajar berhubungan dengan orang lain.
 - b. *Sense pleasure play* adalah permainan yang memberi kesenangan pada anak.
 - c. *Skill play* adalah permainan yang membina ketrampilan anak.
 - d. *Dramatic role play* adalah permainan yang menggunakan simbol-simbol.
2. Bermain berdasarkan karakter sosial
 - a. *Solitary play* adalah bermain yang dilakukan oleh anak seorang diri.
 - b. *Pararel play* adalah bermain dengan teman tetapi tidak berinteraksi. Anak tampak ingin berteman tapi sosialnya belum adekuat sehingga mereka tidak membentuk kelompok.
 - c. *Assosiative play* adalah bersama temannya dan masing-masing anak bermain sesuai keinginannya, tetapi tidak ada tujuan kelompok.

- d. *Cooperative play* adalah bermain dengan kelompok, berdiskusi dan merencanakan kegiatan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan dan juga memperoleh tujuan kompetisi.

2.1.3 Manfaat Bermain

Menurut Wong (2004), fungsi bermain adalah merangsang perkembangan sensorik-motorik, kognitif (intelektual), perkembangan sosialisasi dan moral, kreatifitas, kesadaran diri dan terapeutik.

1. Perkembangan sensorik-motorik
 - a. Memperbaiki ketrampilan motorik kasar dan halus serta koordinasi.
 - b. Meningkatkan perkembangan semua indera.
 - c. Mendorong eksplorasi pada sifat fisik dunia anak.
 - d. Memberikan pelampiasan kelebihan energi.
2. Perkembangan kognitif
 - a. Memberikan sumber-sumber yang beraneka ragam untuk pembelajaran.
 - b. Eksplorasi dan manipulasi bentuk, ukuran, tekstur, dan warna.
 - c. Pengalaman dengan angka, hubungan yang renggang dan konsep abstrak.
 - d. Kesempatan untuk mempraktekan dan memperluas ketrampilan berbahasa.
 - e. Memberikan kesempatan untuk melatih pengalaman masa lalu dalam upaya mengasimilasinya kedalam persepsi dan hubungan baru.
 - f. Membantu anak memahami dunia dimana mereka hidup dan membedakan antara fantasi dan realita.
3. Perkembangan sosialisasi dan moral
 - a. Mengajarkan peran orang dewasa, termasuk perilaku tentang seks.

- b. Memberikan kesempatan untuk menguji hubungan.
- c. Mengembangkan ketrampilan sosial.
- d. Mendorong interaksi dan perkembangan sikap yang positif terhadap orang lain.
- e. Menkuatkan pola perilaku yang telah disetujui standar normal.

4. Kreativitas

- a. Memberikan saluran ekspresif untuk ide dan minat kreatif.
- b. Memungkinkan fantasi dan imajinasi.
- c. Meningkatkan perkembangan bakat dan minat khusus.

5. Kesadaran diri

- a. Memudahkan perkembangan identitas diri.
- b. Mendorong pengaturan perilaku sendiri.
- c. Memungkinkan pengujian pada kemampuan sendiri (keahlian sendiri).
- d. Memberikan perbandingan antara kemampuan sendiri dan kemampuan orang lain.
- e. Memungkinkan kesempatan untuk belajar bagaimana perilaku sendiri dapat mempengaruhi orang lain.

6. Nilai terapeutik

- a. Memberikan pelepasan stres dan ketegangan.
- b. Memungkinkan ekspresi emosi dan pelepasan impuls yang tidak diterima dalam bentuk yang secara sosial dapat diterima.
- c. Mendorong percobaan dan pengujian situasi yang menakutkan dengan cara yang aman.

- d. Memudahkan komunikasi verbal tidak langsung dan non verbal tentang kebutuhan, rasa takut dan keinginan.

2.1.4 Prinsip-prinsip bermain pada anak

Terdapat beberapa hal yang harus diperhatikan dalam aktivitas bermain pada anak, yaitu:

1. Ekstra energi

Untuk bermain, anak memerlukan energi yang lebih banyak. Anak yang sakit mempunyai lebih sedikit keinginan untuk bermain dibandingkan dengan anak yang sehat.

2. Waktu

Anak harus memiliki cukup banyak waktu untuk bermain.

3. Alat permainan

Untuk bermain, anak memerlukan alat permainan yang sesuai dengan umur dan tahap perkembangannya.

4. Ruangan untuk bermain

Ruangan untuk bermain bagi anak tidak perlu luas. Anak dapat bermain dimana saja, misalnya di ruang tamu, halaman rumah bahkan diruangan tidurnya.

5. Pengetahuan cara bermain

Anak belajar bermain melalui coba-coba sendiri, meniru teman-temannya atau diberitahu caranya oleh orang lain. Cara yang terakhir adalah yang terbaik, karena anak tidak terbatas pengetahuannya dalam menggunakan alat

permainannya dan anak-anak akan mendapat keuntungan lain yang lebih banyak.

6. Teman bermain

Anak harus merasa yakin bahwa ia mempunyai teman bermain kalau ia memerlukan, baik itu saudaranya, orang tua atau temannya. Jika anak bermain sendiri, anak akan kehilangan kesempatan belajar dari teman-temannya. Tetapi jika anak terlalu banyak bermain dengan anak lain maka akan mengurangi kesempatannya untuk menghibur diri sendiri dan menemukan kebutuhannya sendiri. Jika anak bermain bersama orang tuanya, maka hubungan anak dengan orang tuanya akan menjadi akrab dan memudahkan orang tua mengetahui setiap kelainan yang terjadi pada anak mereka secara dini.

2.1.5 Pengaruh bermain pada perkembangan anak

Bermain merupakan dasar untuk mengetahui tentang dunia melalui meniru, eksplorasi, menguji dan membangun. Menurut Hurlock (2005) pengaruh bermain pada perkembangan anak adalah:

1. Perkembangan fisik

Bermain aktif penting bagi anak untuk mengembangkan otot dan melatih seluruh bagian tubuhnya. Bermain juga berfungsi untuk penyaluran tenaga yang berlebihan yang bila terpendam terus akan membuat tegang, gelisah dan membuat tersinggung.

2. Dorongan berkomunikasi

Agar dapat bermain dengan baik bersama yang lain, anak harus belajar berkomunikasi dalam arti mereka dapat mengerti dan sebaliknya mereka harus belajar mengenal apa yang dikomunikasikan anak lain.

3. Penyaluran bagi energi emosional

Bermain merupakan sarana bagi anak untuk menyalurkan ketegangan yang disebabkan oleh pembatasan lingkungan terhadap perilaku mereka.

4. Penyaluran bagi kebutuhan dan keinginan

Kebutuhan dan keinginan yang tidak dapat dipenuhi dengan cara lain sering kali dapat dipenuhi dengan cara bermain. Anak yang tidak mampu mencapai peran pemimpin dalam kehidupan nyata mungkin akan memperoleh pemenuhan keinginan itu dengan menjadi pemimpin tentara permainan.

5. Sumber belajar

Bermain memberi kesempatan untuk mempelajari berbagai hal melalui buku, televisi atau menjelajah lingkungan yang tidak diperoleh anak dari belajar dirumah atau disekolah.

6. Rangsangan bagi kreatifitas

Melalui eksperimen dalam bermain, anak-anak menemukan bahwa merancang sesuatu yang baru dan berbeda dapat menimbulkan kepuasan. Selanjutnya mereka dapat mengalihkan minat kreatifitasnya ke situasi diluar dunia bermain.

7. Perkembangan wawasan diri

Melalui permainan anak mengetahui tingkat kemampuannya dibanding dengan tingkat kemampuan teman bermainnya. Ini memungkinkan mereka untuk mengembangkan konsep dirinya yang lebih pasti dan nyata.

8. Belajar bermasyarakat

Melalui permainan yang dimainkan bersama anak lain, mereka belajar bagaimana menghadapi dan memecahkan masalah yang timbul dalam hubungan tersebut.

9. Standar moral

Walaupun anak belajar dirumah dan disekolah tentang apa saja yang dianggap baik dan buruk oleh kelompok, tidak ada paksaan standar moral paling teguh selain dalam kelompok bermain.

10. Belajar bermain sesuai dengan peran jenis kelamin

Anak belajar dirumah dan disekolah mengenai peran jenis kelamin yang disetujui. Akan tetapi, mereka segera menyadari bahwa mereka juga harus menerimanya bila ingin menjadi anggota kelompok bermain.

11. Perkembangan ciri kepribadian yang diinginkan, dari hubungan dengan

anggota kelompok teman sebaya dalam bermain, anak belajar bekerja sama, murah hati, jujur, sportif dan disukai orang lain.

2.1.6 Faktor yang mempengaruhi permainan

Pada semua usia anak perlu bermain, proporsi waktu yang dicurahkan ke masing-masing jenis permainan bergantung pada usia, kesehatan dan kesenangan yang diperoleh dari masing-masing kategori permainan. Menurut Hurlock (2005)

Faktor-faktor yang mempengaruhi permainan adalah:

1. Tahap perkembangan anak

Aktifitas bermain yang tepat dilakukan anak, yaitu sesuai dengan tahapan pertumbuhan dan perkembangan anak. Tentunya permainan anak usia bayi tidak lagi efektif untuk pertumbuhan dan perkembangan anak usia sekolah. Demikian juga sebaliknya, karena pada dasarnya permainan adalah alat stimulasi dan perkembangan anak. Dengan demikian orang tua dan perawat harus mengetahui dan memberikan jenis permainan yang tepat untuk setiap tahapan pertumbuhan dan perkembangan anak.

2. Kesehatan

Semakin sehat anak semakin banyak energinya untuk bermain aktif seperti permainan dan olah raga. Anak yang kekurangan tenaga lebih menyukai hiburan.

3. Perkembangan motorik

Permainan pada setiap usia melibatkan koordinasi motorik, apa saja yang akan dilakukan dan waktu bermainnya tergantung pada perkembangan motorik mereka. Pengendalian motorik yang baik akan memungkinkan anak terlibat dalam permainan aktif.

4. Intelegensi

Pada setiap usia anak yang pandai pasti lebih aktif daripada anak yang kurang pandai dan permainan mereka lebih menunjukkan kecerdikan. Bertambahnya usia, mereka lebih menunjukkan perhatian dalam permainan kecerdasan, dramatik, konstruksi dan membaca. Anak yang pandai menunjukkan keseimbangan perhatian bermain yang lebih besar termasuk menyeimbangkan faktor fisik dan intelektual yang nyata.

5. Jenis kelamin

Anak laki-laki bermain lebih kasar daripada anak perempuan dan lebih menyukai permainan dan olah raga daripada berbagai jenis mainan lain. Pada awal masa kanak-kanak, anak laki-laki menunjukkan perhatian pada berbagai jenis permainan yang lebih banyak daripada anak perempuan, tetapi sebaliknya terjadi pada akhir masa kanak-kanak.

6. Lingkungan

Anak dari lingkungan yang buruk, kurang bermain daripada anak lainnya karena kesehatan yang buruk, kurang waktu, peralatan dan ruang. Anak yang berasal dari lingkungan desa, kurang bermain daripada mereka yang berasal dari lingkungan kota. Hal ini karena kurangnya peralatan dan waktu bebas.

7. Status sosio ekonomi

Anak dari kelompok sosial ekonomi yang lebih tinggi menyukai kegiatan yang mahal seperti lomba atletik dan bermain sepatu roda. Sedangkan anak yang berasal dari kelompok sosioekonomi bawah terlihat dalam kegiatan yang tidak mahal seperti main bola dan berenang. Kelas sosial mempengaruhi buku

yang dibaca dan film yang ditonton anak, jenis kelompok rekreasi yang dimiliki supervisi terhadap mereka.

8. Jumlah waktu bebas

Jumlah waktu bermain terutama tergantung pada status ekonomi keluarga. Apabila tugas rumah tangga dan pekerjaan menghabiskan waktu luang mereka, anak terlalu lelah untuk melakukan kegiatan yang memerlukan energi besar.

9. Peralatan bermain

Peralatan permainan yang dimiliki anak mempengaruhi permainannya. Misalnya dominasi boneka dan binatang buatan mendukung permainan pura-pura, banyaknya balok, kayu, cat dan lilin mendukung permainan yang sifatnya konstruktif.

2.1.7 Permainan pada anak prasekolah

Sejalan dengan pertumbuhan dan perkembangannya, anak usia prasekolah mempunyai kemampuan motorik kasar dan halus yang lebih matang daripada anak usia toddler. Anak sudah lebih aktif, kreatif dan imajinatif. Demikian juga kemampuan berbicara dan berhubungan sosial dengan temannya semakin meningkat.

Oleh karena itu jenis permainan yang sesuai dengan *asosiative play*, *dramatic play* dan *skill play*. Anak melakukan permainan bersama-sama dengan temannya dengan komunikasi yang sesuai dengan kemampuan bahasanya, anak juga sudah mampu memainkan orang tertentu yang diidentifikasinya, seperti ayah, ibu dan bapak ibu gurunya (Supartini, 2004).

2.2.Konsep dasar finger painting

2.2.1 Pengertian *finger painting*

Sedangkan menurut buku petunjuk *finger painting* (B H S, 2003) *finger painting* adalah suatu teknik atau cara melukis dengan cat (cat air atau cat minyak atau sejenisnya) yang mempergunakan jari tangan. Disini *finger painting* menjadi dua bagian yaitu :

- a. Secara langsung adalah melukis dengan mempergunakan jari tangan secara langsung, dapat menggunakan sepuluh jari, lima jari, tiga jari, satu jari dan seterusnya.
- b. Secara tidak langsung adalah melukis dengan menggunakan alat bantu, berupa kuas, sikat, lidi, kelereng, sisir, kasa, stempel, pegas dan lain-lain.

2.2.2 Tujuan pembelajaran *finger painting*

Tujuan pembelajaran *finger painting* adalah:

- a. Menyatakan isi hati (Berkreasi dan menyalurkan ketegangan perasaan anak).
- b. Mengembangkan fantasi, daya imajinasi dan daya ekspresi anak.
- c. Melatih otot-otot tangan anak, otot-otot jari, otot-otot mata termasuk koordinasinya.
- d. Memupuk perasaan terhadap gerakan tangan atau jari.
- e. Memupuk kecakapan mengkoordinasikan warna.
- f. Meningkatkan keberanian anak dalam menjumpai hal-hal baru khususnya media gambar baru (adonan cat).

2.2.3 Alat dan media pembelajaran *finger painting*

Alat dan media yang dibutuhkan dalam pembelajaran *finger painting* menurut Pertiwi (2006) adalah

1. Kertas putih A3 yang tidak licin, tebal dan tidak menyerap.
2. Plastic atau Koran untuk alas meja.
3. Adonan kanji dengan 3 warna primer yaitu merah, kuning, biru.
4. Celemek untuk melindungi baju anak dari kotor.
5. Lap.
6. Air bersih untuk cuci tangan bila sudah selesai kegiatan.

2.2.4 Pelaksanaan pembelajaran *finger painting*

Adapun pelaksanaan pembelajaran *finger painting* menurut BHS (2003) sebagai berikut :

1. Menyediakan alat atau bahan yang akan digunakan.
2. Mengalasi meja dengan Koran / plastic agar adonan yang dipakai tidak mengotori baju hingga tumpah.
3. Menuliskan identitas diri anak pada kertas yang akan dipakai.
4. Memakaikan celemek pada anak untuk melindungi bajunya.
5. Membiasakan untuk membasahi tangannya lebih dahulu sebelum memegang adonan. Hal ini bertujuan agar anak tidak terkejut dengan keadaan tangannya sehingga tidak mengganggu kejiwaan anak itu.
6. Memberi kebebasan anak untuk berkreasi dengan tema bentuk bebas.

7. Memberi petunjuk cara-cara mengeringkan *finger painting* yang baru dibuatnya dalam mengeringkan hasil karya anak, jangan langsung pada sinar matahari namun cukup pada ruangan yang kering saja.
8. Setiap selesai bekerja, anak segera mencuci tangan agar warna yang ada pada tangan anak tidak terlalu melekat.

2.2.5 Proses belajar dalam pembelajaran *finger painting*

Manfaat *finger painting*:

1 Perkembangan motorik

Saat mengaduk warna dengan jari, motorik halus anak berkembang. Selain itu saat melukis bentuk tertentu, anak tidak harus menggunakan seluruh jarinya, hal ini dimaksudkan agar gambarnya lebih fokus. Dengan satu jari anak lebih mudah membentuk sesuatu. Biasanya yang dipakai adalah jari telunjuk, telunjuk yang terasah nantinya dapat digunakan untuk menahan pensil. Kekuatan jari menjadi bagian dasar akan anak melakukan tindakan praktis lainnya. Awalnya hanya bisa menggerakkan jarinya, lambat laun kekuatan jari terbentuk dan membantu anak menahan pensil. Menahan pensil beralih anak bisa menulis hingga akhirnya anak pun sanggup memegang gunting dan menggunakannya. Posisi tertentu, misalnya melukis ditembok, motorik kasar anak dapat berkembang, karena lengan atas hingga bahu dan jari-jari anak ikut bergerak.

2. Perkembangan sensoris

Kekuatan sensori anak pun terasah, sebab sering pula anak-anak merasa jijik dan sensitive terhadap cat. *Finger painting* melatih indra taktil atau peraba, anak

dapat membedakan kasar, halus. Selain itu indra penciuman anak berkembang karena kadang-kadang cat *finger painting* diberi tambahan pewangi, misal aroma buah.

3. Perkembangan kognitif

Pembelajaran *finger painting* dapat meningkatkan perkembangan kognitif anak, mulai dari belajar warna primer yaitu merah, kuning, biru mencampurnya misalnya biru dan kuning dicampur dengan akan terbentuk warna baru yaitu warna hijau. Kegiatan ini akan belajar tentang warna. Lewat pembelajaran *finger painting*, anak dapat mengenal konsep huruf, angka. Guru juga menyisipi lukisan anak dalam bentuk geometri misalnya lingkaran, segitiga, persegi dan sebagainya. Dari lingkaran anak dapat membentuk bunga atau roda mobil. Anak juga dapat menghitung berapa lingkaran yang dibutuhkan untuk membuat apa yang diinginkan.

4. Ekspresi emosi seni

Manfaat lain dari *finger painting* adalah mengembangkan ekspresi emosi seni anak artinya bagaimana anak dapat mengungkapkan apa yang dia inginkan lewat goresan jarinya, Misalnya: jika putaran jarinya semakin cepat, anak-anak akan mendapat bentuk lingkaran semakin banyak, begitu juga sebaliknya. Anak akan merasa bentuk goresan jarinya menyerupai bentuk yang dia inginkan, misalnya ikan walaupun hasil lukisannya tidak menyerupai ikan, dari *finger painting* ini imajinasi anak berkembang.

5. Menggali kreatifitas

Setelah selesai melukis dengan jari, anak-anak dapat membuat bingkai di pinggiran kertas, anak juga menggunting bagian pinggiran kertas menyerupai jeruji kecil atau menghiasnya dengan manik-manik. Anak dapat menggabungkan dengan

ketrampilan lain dengan *finger painting*. Misalnya hasil *finger painting* diolah menjadi bentuk tertentu seperti aneka buah, binatang dan lain-lain.

2.3 Konsep Tumbuh Kembang Anak Usia Prasekolah

2.3.1 Pengertian Pertumbuhan dan Perkembangan

Pertumbuhan lebih ditekankan pada pertumbuhan fisik seseorang yaitu menjadi lebih besar, lebih matang bentuknya, seperti ukuran berat badan dan lingkaran kepala. Pertumbuhan pada masa kanak-kanak mengalami perbedaan yang bervariasi sesuai dengan bertambahnya usia anak (Nursalam, 2005). Pertumbuhan fisik merupakan hal yang kuantitatif atau dapat diukur, aspek peningkatan ukuran fisik individu sebagai hasil peningkatan jumlah sel.

Sedangkan perkembangan adalah aspek progresif adaptasi terhadap lingkungan yang bersifat kualitatif (Perry, 2005). Aspek perkembangan bersifat kualitatif yaitu penambahan kematangan fungsi dari masing-masing bagian tubuh (Nursalam, 2005).

2.3.2 Pengertian anak usia prasekolah

Masa anak usia prasekolah (usia 2-6 tahun) dibagi atas :

- pra sekolah (masa balita) : mulai 2-3 tahun
- Pra sekolah akhir : mulai 4-6 tahun

Pada masa prasekolah akhir pertumbuhan gigi susu sudah lengkap. Anak kelihatan lebih langsing. Pertumbuhan fisik juga relative lebih pelan, sudah dapat naik turun tangga sendiri, demikian halnya dengan berdiri satu kaki secara bergantian atau melompat. Anak mulai berkembang super egonya (suara hati) yaitu merasa bersalah bila ada tindakan yang keliru (Perry, 2005).

Anak menyempurnakan penguasaan terhadap tubuh mereka dan merasa cemas menunggu awal pendidikan formal. Banyak orang menyadari hal ini merupakan masa yang paling menarik untuk orang tua karena anak-anak sudah mempunyai konsep diri yang positif, dapat secara akurat membagi pemikiran mereka, dan dapat lebih secara efektif berinteraksi dan berkomunikasi. Perkembangan fisik masih terus berlangsung menjadi cepat (Perry, 2005).

2.3.3 Teori Perkembangan Anak Usia Prasekolah

1. Perkembangan kognitif

Perkembangan kognitif pada usia anak usia prasekolah menurut Piaget masuk dalam tahap praoperasional yaitu tahap dimana anak banyak menggunakan bahasa simbolis (Wong, 2008). Perkembangan anak masih bersifat egosentrik, seperti dalam penelitian Piaget anak selalu menunjukkan egosentrik seperti anak dalam memilih sesuatu atau ukuran yang besar walaupun isi sedikit. Masa ini sifatnya pikiran bersifat transduktif menganggap semuanya sama, seperti seorang pria dikeluarga adalah ayah, maka semua pria adalah ayah. Pikiran yang kedua adalah pikiran animisme selalu memperhatikan adanya benda mati, seperti apabila anak terbentur benda mati maka anak akan memukulnya kearah benda tersebut (Hidayat, 2005).

Anak mengembangkan system perwakilan dan menggunakan simbol seperti kata untuk mewakili manusia, tempat dan benda. Konsep praoperasional dibatasi oleh kemampuan berfokus hanya pada satu aspek pada satu waktu, dan pemikiran sering tidak terlihat logis karena alasan anak dari satu hal yang spesifik ke yang lainnya, misalnya mobil menabrak anjing karena laki-laki marah pada anjing tersebut (Potter, 2005).

2. Perkembangan psikoseksual anak

Pada perkembangan psikoseksual anak pertama kali dikemukakan oleh Sigmund Freud yang merupakan proses dalam perkembangan anak dengan penambahan pematangan fungsi struktur serta kejiwaan yang dapat menimbulkan dorongan untuk mencari rangsangan dan kesenangan secara umum untuk menjadikan anak menjadi orang dewasa. Dalam perkembangan psikoseksual anak prasekolah masuk dalam tahap oedipal/phalik yaitu sebagai berikut :

Pada tahap ini kepuasan anak terletak pada rangsangan autoerotic yaitu meraba-raba, merasakan kenikmatan dari beberapa daerah erogennya, suka pada lain jenis (Hidayat, 2005). Anak mulai mengenal perbedaan jenis kelamin perempuan dan laki-laki. Anak juga akan mengidentifikasi figure atau perilaku orang tua sehingga mempunyai kecenderungan untuk meniru tingkah laku orang dewasa sekitarnya (Soetjiningsih, 2002).

Manipulasi genitalia menghasilkan sensasi yang bisa menyenangkan. Masturbasi dimulai dari keingintahuan seksual menjadi terbukti. Sesuatu yang timbul dari kompleks Oedipus dan Elektra untuk laki-laki dan perempuan secara berturut-turut terjadi. Lancing, malu, dan takut merupakan ekspresi dari tahap ini (Perry, 2005).

3 Perkembangan psikososial anak (Erickson)

Perkembangan anak yang ditinjau dari psikososial dikemukakan oleh Erickson yang mengungkapkan bahwa anak dalam perkembangannya selalu dipengaruhi oleh lingkungan sosialnya dan untuk mencapai kematangan kepribadian

anak. Perkembangan psikososial anak prasekolah masuk dalam tahap inisiatif VS rasa bersalah, yaitu sebagai berikut :

Tahap perkembangan ini anak akan mulai inisiatif dalam belajar mencari pengalaman baru secara aktif dalam melakukan aktifitasnya dan apabila pada tahap ini dilarang atau dicegah maka akan tumbuh perasaan bersalah pada diri anak (Hidayat, 2005).

Anak mengembangkan inisiatif pada saat merencanakan dan mencoba hal-hal baru. Perilaku anak ditandai sebagai suatu yang kuat, imajinatif dan intrusive. Terjadi perkembangan perasaan bersalah dan identifikasi pada orang tua yang sama jenis kelamin. Pembatasan pada orang tua bisa mencegah anak dari perkembangan inisiatif (Perry, 2005).

4. Perkembangan psikomoral anak (Kohlberg)

Perkembangan psikomoral anak ini dikemukakan dalam memandang tumbuh kembang anak yang ditinjau segi moralitas anak dalam menghadapi kehidupan. Tahapan psikomoral anak prasekolah menurut Kohlberg masuk dalam tingkat premoral, yaitu peraturan dari orang lain diikuti untuk menghindari hukuman. Anak peka terhadap peraturan yang berlatar budaya, menghindari hukuman dan patuh pada hukum, bukan atas dasar norma pada peraturan moral yang mendasarinya (Hidayat, 2005).

2.3.4 Faktor yang Mempengaruhi Pertumbuhan dan Perkembangan Anak Usia Prasekolah

faktor-faktor ini oleh Potter (2005) dibagi atas faktor internal dan eksternal, yaitu sebagai berikut :

1.Faktor internal

a. Hereditas

Genetik menetapkan pembawaan jenis kelamin, ras, rambut dan warna mata, pertumbuhan fisik, sikap tubuh dan untuk beberapa keunikan psikologis yang lebih mendalam.

b. Temperamen

Temperamen ditandai dengan alam perasaan psikologis dimana anak dilahirkan dan termasuk tipe perilaku mudah, lambat sampai hangat, dan sulit. Hal tersebut mempengaruhi interaksi antara individu dengan lingkungan.

2.Faktor eksternal

a. Keluarga

Keluarga memberi pengaruh melalui nilai, kepercayaan, adat-istiadat dan pola spesifik dari interaksi dan komunikasi.

b. Kelompok teman sebaya

kelompok teman sebaya memberi pelajaran lingkungan yang baru dan berbeda, memberi pola dan struktur yang berbeda dalam hal interaksi dan komunikasi, memerlukan gaya perilaku yang berbeda.

c. Pengalaman hidup

Pengalaman hidup dan proses pembelajaran membiarkan individu berkembang dengan mengaplikasikan apa yang telah dipelajari pada kebutuhan.

d. Kesehatan lingkungan

Tingkat kesehatan mempengaruhi respon individu terhadap lingkungan dan respon orang lain pada individu tersebut.

e. Kesehatan prenatal

faktor prekonsepsi dan pasca konsepsi mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan dari fetal.

f. Nutrisi

Pertumbuhan dipengaruhi oleh faktor makanan. Nutrisi yang adekuat mempengaruhi kebutuhan fisiologis, kebutuhan perkembangan dan pertumbuhan selanjutnya.

g. Istirahat, tidur dan olah raga

Keseimbangan antara istirahat atau tidur dengan olah raga merupakan hal yang penting untuk memudahkan tubuh. Gangguan menghambat pertumbuhan sedangkan keseimbangan mendorong kesehatan fisiologis dan psikologis.

h. Status kesehatan

Sakit atau luka berpotensi mengganggu pertumbuhan dan perkembangan. Sakit atau cedera yang berkepanjangan bisa menyebabkan ketidakmampuan untuk mengatasi dan menjawab kebutuhan dan tugas perkembangan.

i. Lingkungan tempat tinggal

Faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan meliputi musim, iklim, kehidupan sehari-hari dan status sosial ekonomi

2.4 Konsep Stres Hospitalisasi

2.4.1 Pengertian stres hospitalisasi

Stres adalah suatu keadaan yang dihasilkan oleh perubahan lingkungan yang diterima sebagai suatu hal yang menantang, mengancam atau merusak terhadap keseimbangan atau ekuilibrium seseorang (Brunner, 2002). Selye mendefinisikan stres sebagai respon tubuh yang sifatnya non spesifik terhadap setiap tuntutan bebas atasnya (Hawari, 2003).

Hospitalisasi adalah suatu keadaan dimana seseorang akan menjalani perawatan dirumah sakit (Dorlan, 2002).

Stres hospitalisasi adalah pengalaman yang mengancam bagi individu karena stresor yang dihadapi dapat menimbulkan perilaku mal adaptif (Lima, 2009).

2.4.2 Stresor pada anak dengan hospitalisasi

Stresor adalah variabel yang didefinisikan sebagai penyebab timbulnya stres, datangnya stresor dapat sendiri atau dapat pula bersamaan (Rasmun, 2004). Brunner (2002) mendefinisikan stresor sebagai perubahan atau stimulus yang dapat membangkitkan stres.

Menurut Nursalam (2005), stresor pada anak yang dirawat dirumah sakit meliputi:

1. Cemas karena perpisahan

Hubungan anak dengan ibu sangat dekat, akibatnya perpisahan dengan orang tua akan menimbulkan rasa kehilangan pada anak akan orang terdekat bagi dirinya dan akan lingkungan yang dikenal olehnya, sehingga pada akhirnya akan menimbulkan perasaan tidak aman dan rasa cemas. Kehilangan

kegiatan rutinitas merupakan stresor bagi anak dan hal ini akan meningkatkan stres akibat perpisahan.

2. Kehilangan kendali

Anak sakit dan dirawat dirumah sakit akan kehilangan kebebasan pandangan egosentris dalam mengembangkan otonominya, seperti kemampuan motorik, bermain, melakukan hubungan interpersonal, aktifitas hidup sehari-hari dan komunikasi. Hospitalisasi membuat anak menjadi tergantung pada orang lain dan hal ini menimbulkan perasaan kehilangan kendali, luka tubuh dan rasa sakit.

Reaksi anak terhadap tindakan yang tidak menyakitkan sama seperti reaksi terhadap tindakan yang sangat menyakitkan. Anak akan takut terhadap penyakitnya, ketidakmampuan dan kematian, dan prosedur invasive pada area genital. Menurut Muscari (2005), persepsi terhadap arti sakit dan hospitalisasi juga stresor hospitalisasi pada anak. Anak usia prasekolah merupakan fenomena yang nyata yang tidak berhubungan sebagai penyebab penyakit. Cara berpikir yang magis, menyebabkan anak prasekolah memandang penyakit sebagai hukuman. Selain itu anak usia prasekolah mengalami konflik psikoseksual dan takut terhadap mutilasi, menyebabkan anak takut terhadap pengukuran suhu rektal dan katerisasi urin.

2.4.3 Faktor yang mempengaruhi reaksi terhadap stresor

Menurut Rasmun (2004), faktor yang mempengaruhi reaksi terhadap stresor meliputi:

1. Persepsi individu terhadap stresor

Jika stresor dipersepsikan akibat berakibat buruk bagi dirinya, maka tingkat stres dirasakan akan berat, namun sebaliknya jika stresor dipersepsikan tidak mengancam dan individu merasa mampu mengatasinya maka tingkat stres yang dirasakan akan lebih ringan.

2. Intensitas terhadap stimulus

Jika intensitas serangan stres tinggi, maka kemungkinan kekuatan fisik dan mental tidak mampu mengadaptasikannya, demikian juga sebaliknya.

3. Jumlah stresor yang harus dihadapi pada waktu yang sama

Jika pada waktu yang bersamaan bertumpuk sejumlah stresor yang harus dihadapi, maka stresor kecil dapat menjadi pemicu (pencetus) yang mengakibatkan reaksi yang berlebihan. Seorang yang sedang sakit kemudian mendapat stresor lain maka kemungkinan coping individu tidak efektif lagi karena ia telah mengalami kelelahan setelah mendapat stresor tambahan.

4. Lamanya pemaparan terhadap stresor

Memanjangnya stresor dapat menyebabkan menurunnya kemampuan individu mengatasi stres, karena individu telah berada pada fase kelelahan, individu sudah kehabisan tenaga untuk menghadapi stres tersebut.

5. Pengalaman masa lalu terhadap stresor

Pengalaman masa lalu dapat mempengaruhi kemampuan individu dalam menghadapi stresor yang sama, misalnya individu yang satu tahun lalu dirawat karena sakit dengan pengalaman negatif maka saat dirawat kembali individu akan sangat cemas, demikian pula sebaliknya.

6. Tingkat perkembangan

Pada tingkat perkembangan tertentu, jumlah dan intensitas stresor berbeda sehingga resiko terjadi stres pada tiap tingkat perkembangan akan berbeda.

Reaksi stres hospitalisasi bersifat individual dan sangat bergantung pada tahapan usia perkembangan anak, pengalaman sebelumnya terhadap sakit, sistem pendukung yang tersedia dan kemampuan koping yang dimilikinya (Supartini, 2004). Jenis kelamin juga dapat mempengaruhi respon anak terhadap hospitalisasi. Pada semua tingkat usia ditinjau sebagai suatu kelompok, anak perempuan memperlihatkan ketakutannya lebih banyak dibandingkan dengan anak laki-laki (Hurlock, 2005). Kondisi kesehatan yang buruk, kecemasan dan lingkungan yang menggelisahkan akan meningkatkan emosionalitas anak (Hurlock, 2005).

2.4.4 Reaksi anak usia prasekolah terhadap stres hospitalisasi

Menurut Muscari (2005), mekanisme pertahanan utama pada anak usia prasekolah adalah regresi, mereka akan bereaksi terhadap perpisahan dengan regresi dan menolak untuk bekerjasama. Anak usia prasekolah akan merasa kehilangan kekuatan mereka sendiri. Takut terhadap cedera tubuh dan nyeri mengarah kepada rasa takut terhadap mutilasi dan prosedur yang menyakitkan.

Keterbatasan pengetahuan mengenai tubuh meningkatkan rasa takut yang khas, sebagai contoh takut terhadap kastrasi yang dicetuskan oleh enema, pengukuran suhu rektal dan kateter dan takut bahwa kerusakan kulit, misalnya jalur intravena dan prosedur pengambilan darah yang akan menyebabkan bagian tubuhnya menjadi

bocor. Anak usia prasekolah menginterpretasikan hospitalisasi sebagai hukuman dan perpisahan dengan orang tua sebagai kehilangan kasih sayang.

Menurut Wong (1999) Respon psikologis yang ditampilkan pada anak yang mengalami stress hospitalisasi

A. Akibat perpisahan dengan orang tua terdapat 3 fase yaitu:

1. Tahap protest

Dalam tahap protest terdiri dari reaksi: menangis, menjerit, mencari orang tua dengan mata atau memanggil nama orang tua, memegang erat orang tua, menghindar dan menolak kontak dengan orang lain, berusaha berlari mencari orang tua, berusaha secara fisik menahan orang tua untuk tetap tinggal.

2. Tahap putus asa

Dalam tahap putus asa terdiri dari reaksi: inaktif, menarik diri dari orang lain, depresi atau bersedih, tidak tertarik terhadap lingkungan, tidak komunikatif, regresi pada awalnya, menolak makan, minum atau bergerak.

3. Tahap pelepasan

Dalam tahap pelepasan terdiri dari reaksi: menunjukkan minat untuk berkumpul, berinteraksi dengan orang lain atau keluarga, membentuk hubungan yang dangkal, menunjukkan kesenangan, penyesuaian diri yang dangkal mulai berkurang.

B. Respon psikologis yang ditampilkan anak akibat kehilangan kendali: anak tampak malu, anak merasa bersalah, anak tampak takut, anak menjadi manja.

C. Respon psikologis yang ditampilkan anak akibat perlukaan tubuh dan rasa nyeri: agresi secara verbal dengan mengatakan pergi kepada orang lain yang

mendekat, agresi secara fisik dengan menendang, memukul dll, meminta menghentikan prosedur perawatan.

2.4.5 Akibat stres hospitalisasi bagi anak

Perpisahan dengan orang tua, kehilangan kendali akan kebebasan dalam mengembangkan otonominya dan luka pada tubuh yang menimbulkan rasa sakit, dialami anak prasekolah selama hospitalisasi. Melalui proses kognitif, keadaan tersebut dapat menjadi stimulus yang masuk kedalam amygdale yang berperan mengontrol dan memediasi emosi-motivasi dalam pembentukan memori emosi dan korteks melalui sensori thalamus, kemudian stimulus tersebut melalui korteks disimpan dalam memori di hipokampus. Memori ini tersimpan dapat secara sadar atau tidak sadar dan mewarnai stimulus berikut yang dipersepsi (Maramis, 2005). Keadaan ini akan tercatat dalam korteks serebri dan sistem limbic sebagai stresor atau emosi yang mengganggu, bagian otak ini akan mengirim pesan ke tubuh untuk direspon guna meningkatkan kewaspadaan dan mempersiapkan diri untuk mengatasi stresor tersebut (Amir, 2005). Sehingga anak prasekolah akan mengalami persepsi dan koping yang negatif terhadap hospitalisasi. Dan terjadi guncangan perasaan dan emosi yang mengakibatkan anak prasekolah mengalami stres selama hospitalisasi (Maramis, 2005).

Melalui jalur HPA-AXIS (Hipotalamus-Pituitari-Adrenal), stres akan menstimulasi *hipotalamus* untuk mensekresi *Corticotrophin Relasing Factor* (CRF), yang akan menstimulasi *pituitari anterior* untuk memproduksi *Adrenocorticotropic Hormone* (ACTH). Kemudian ACTH akan menstimulasi *kortex adrenal* untuk memproduksi *glukokortikoid*, terutama *kortisol*. *Glukokortikoid* akan mendepresi

sistem imun (Brunner, 2002). Peningkatan *kortisol* pada saat stres dapat menghambat pembentukan antibodi dan sel darah putih (Niven, 2002). Penurunan antibodi akan menurunkan imunitas tubuh. Akibatnya, proses penyembuhan penyakit menjadi terhambat, waktu perawatan lebih lama, dan meningkatkan resiko terjadinya komplikasi selama perawatan (Nursalam, 2004). Stres hospitalisasi dalam jangka pendek menyebabkan ketakutan pada anak yang telah membentuk ikatan kerapatan dengan orang tuanya, sedangkan dalam jangka panjang stres hospitalisasi menyebabkan kemampuan membaca buruk, kenakalan, dan riwayat pekerjaan tidak stabil pada akhir usia remaja (Niven, 2002).

Kortisol akan menstimulasi katabolisme protein, melepaskan asam amino, meningkatkan *glukoneogenesis* dan menghambat ambilan glukosa (aksi anti insulin) oleh berbagai sel tubuh selain otak dan jantung, peningkatan katabolisme protein dan *glukoneogenesis* dalam tubuh harus diimbangi dengan penambahan nutrisi. Jika tidak diatasi, seorang anak akan stres berat akan mengalami retardasi pertumbuhan (Brunner, 2002).

Akibat sakit dan dirawat dirumah sakit, anak akan kehilangan kebebasan pandangan egosentris dalam mengembangkan otonominya. Hal ini akan menimbulkan regresi dan pada akhirnya anak akan menarik diri dari hubungan interpersonal (Nursalam, 2005).

2.4.6 Upaya meminimalkan stres hospitalisasi pada anak

Ketakutan yang timbul biasanya disebabkan karena anak tidak mempunyai pengalaman dirawat atau ketidaktahuan tentang prosedur tindakan. Apabila anak tidak mempunyai coping yang efektif, maka hal tersebut akan menimbulkan stres.

Hal ini dapat dicegah dengan cara memberikan penjelasan pada anak, seperti membawa anak berkeliling rumah sakit (Nursalam, 2005).

Menurut Wong (2008), beberapa tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mencegah atau meminimalkan stres hospitalisasi meliputi:

1. Meminimalkan dampak perpisahan

- a. Rooming in

Rooming in berarti orang tua dan anak tinggal bersama. Jika tidak bisa, sebaiknya orang tua dapat melihat anak setiap saat untuk mempertahankan kontak atau komunikasi antara orang tua anak.

- a. Partisipasi orang tua

Orang tua diharapkan dapat berpartisipasi dalam merawat anak yang sakit, terutama dalam perawatan yang bisa dilakukan. Perawat dapat memberikan kesempatan pada orang tua untuk menyiapkan makanan anak atau memandikannya. Dalam hal ini, perawat berperan sebagai pendidik kesehatan (health educator) bagi keluarga.

- b. Modifikasi lingkungan

Membuat ruang perawatan seperti dirumah dengan mendekorasi dinding memakai poster atau kartu bergambar sehingga anak merasa aman jika berada di ruang tersebut.

2. Mengekspresikan perasaan

- a. Memberikan suasana yang mendukung pengungkapan perasaan dengan bebas.

- b. Memberikan kesempatan anak untuk mengungkapkan perasaan secara verbal.

- c. Mengajukan anak untuk menggambar atau aktifitas ekspresif lainnya seperti *finger painting*.
3. Membiarkan anak mengalami regresi
 - a. Memberi penjelasan bahwa regresi merupakan gambaran perasaan anak saat ini dan tidak dianggap sebagai sesuatu yang tidak normal.
 - b. Menerima perilaku regresi tersebut.
 - c. Membantu anak dalam mengatasi dampak negatif dari tahap psikososial dimana anak mengalami regresi.

Perawat dapat menjelaskan apa yang dilakukan, siapa yang dapat ditemui oleh anak jika dia merasa takut, dan penjelasan lain yang berhubungan dengan anak selama perawatan dirumah sakit. Manipulasi prosedur juga dapat mengurangi ketakutan akibat perlukaan tubuh. Untuk mengatasi rasa nyeri dapat dilakukan dengan obat atau tanpa obat, misalnya dengan distraksi.

Tabel 2.1 teknik meminimalkan stres akibat sakit dan dirawat dirumah sakit pada anak (Rudolph, et al., 2003).

Tahapan	Tindakan
Persiapan sebelum sakit dan dirawat di rumah sakit	-Pendidikan kesehatan bagi anak melalui media, sekolah dan kunjungan tenaga kesehatan. -Prehospitalisasi tour, melalui media, pendidikan tentang alat-alat kesehatan.
Pada saat sakit	-Melibatkan anak, keluarga dan saudara kandung dalam diskusi tentang penyakit dan pengobatan. -Dukungan perawatan diri, pengoptimalan dan penguasaan perasaan control anak dalam mengambil keputusan jika memungkinkan. -Mengoptimalkan kontrol nyeri saat prosedur dan meminimalkan pembatasan

	fungsi. -Mempertahankan kebiasaan keluarga dan keadaan dirumah. -Mempertahankan perilaku sesuai dengan usia termasuk pemberian tugas dan pekerjaan rumah. -Melibatkan anak dengan grup atau teman sebaya. -Menyesuaikan dengan keperluan dan kepentingan keluarga dan sekolah.
Dirawat dirumah sakit	-Meminimalkan lama perawatan dan tinggal dirumah sakit. -Menganjurkan dan memfasilitasi rooming in dan kunjungan keluarga dan teman. -Child-life-program (rekreasi dan permainan terapeutik), program sekolah bagi anak yang dirawat dirumah sakit. -Menyediakan kelanjutan perawatan, meminimalkan jumlah dokter, perawat dan mahasiswa yang terlibat dalam perawatan. -Menyediakan pusat perawatan keluarga.

2.4.7 Penatalaksanaan keperawatan pada anak usia prasekolah dengan hospitalisasi

Peran perawat dalam meminimalkan stres akibat hospitalisasi pada anak dan bayi adalah sangat penting. Perawat perlu memahami konsep hospitalisasi dan prinsip-prinsip asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan (Nursalam, 2005). Menurut Muscari (2005), intervensi keperawatan yang harus dilaksanakan pada anak usia prasekolah dengan hospitalisasi meliputi:

1. Berikan intervensi umum
 - a. Gunakan boneka tangan atau boneka untuk mendemonstrasikan prosedur.

- b. Gunakan istilah yang sesuai dengan usia dan tingkat pemahaman anak misalnya menyatakan memperbaiki daripada memotong.
 - c. Gunakan balutan perekat setelah memberikan injeksi.
 - d. Dampingi anak selama prosedur.
 - e. Hindari menggunakan prosedur invasive jika memungkinkan.
 - f. Berikan binatang, bet atau bentuk penghargaan lainnya.
 - g. Bermain dengan pengalaman dirumah sakit misalnya improvisasi dengan peralatan dokter dan perawat.
 - h. Yakinkan kembali pada anak prasekolah bahwa ia tidak langsung bertanggung jawab terhadap penyakitnya.
 - i. Kaji terhadap pencapaian sekunder.
2. Berikan intervensi fisik yang aman dan nyaman
 - a. Biarkan untuk mempertahankan kendali atas fungsi tubuhnya
 - 1) Biarkan pola normal.
 - 2) Tenangkan anak saat kecelakaan terjadi.
 - 3) Beri pujian atas keberhasilan anak.
 - 4) Berikan stimulasi motorik.
 - b. Tingkatkan perawatan diri dan biarkan anak memakai sendiri pakaiannya.
3. Berikan intervensi kognitif
 - a. Lindungi dari rasa bersalah
 - 1) Katakan pada anak bahwa tidak ada seorang pun yang disalahkan atas penyakit atau hospitalisasi.
 - 2) Jelaskan prosedur.

- b. Lindungi dari rasa takut
 - 1) Gunakan permainan terapeutik.
 - 2) Jangan membicarakan hal-hal yang tidak dimengerti anak.
- c. Tingkatkan penggunaan bahasa
 - 1) Anjurkan untuk bertanya.
 - 2) Berikan kesempatan untuk bercerita.
 - 3) Ajarkan anak kata-kata baru.

2.4.8 Bermain untuk mengurangi stres hospitalisasi

Bermain merupakan pengertian alamiah dari ekspresi anak-anak dan merupakan esensi dari mental, emosional dan keberadaan sosial mereka. Kebutuhan bermain selama stres, misalnya perkembangan, sakit, pengobatan adalah penting untuk memberikan cara pelepasan emosi dan rasa penguasaan terhadap situasi (Carpenito, 2000). Bermain memberi orang tua dan profesional kesempatan untuk mengkaji dalam perasaan, kata-kata dan tindakan anak, serta mengidentifikasi persepsi anak terhadap situasi saat ini (Carpenito, 2000). Oleh karena itu adanya ruang bermain khusus bagi anak adalah sangat penting untuk memberi rasa aman dan menyenangkan (Nursalam, 2005). Bermain adalah salah satu aspek dari kehidupan anak dan salah satu alat paling efektif untuk penatalaksanaan stres. Karena sakit dan hospitalisasi menimbulkan krisis dalam kehidupan anak, dan karena situasi tersebut sering disertai stres yang berlebihan, maka anak-anak perlu bermain untuk mengeluarkan rasa takut dan cemas yang dihadapi sebagai alat koping dalam menghadapi stres tersebut. Hampir semua bentuk bermain bisa digunakan untuk pengalihan dan rekreasi (Wong, 2008).

Menurut Wong (2008), permainan terapeutik dibagi menjadi 3 tipe yaitu:

1. Aktifitas ekspresif

Bermain dan aktifitas ekspresif lainnya memberikan salah satu kesempatan terbaik untuk mengungkapkan emosi, termasuk pelepasan rasa marah dan bermusuhan yang aman.

Pelepasan ketegangan dapat difasilitasi melalui banyak aktifitas, dan bagi anak-anak kecil yang diambulasi, aktifitas yang banyak membutuhkan kekuatan otot seperti naik sepeda roda tiga dan kereta-keretaan yang sangat bermanfaat. Bermain tanah liat dan adonan juga merupakan media yang sangat baik untuk semua usia seperti bermain adonan kanji untuk *finger painting*.

2. Ekspresi kreatif

Anak-anak akan lebih mudah untuk mengungkapkan pikiran dan perasaan melalui seni, karena melalui seni dapat mengungkapkan imajinasi kemudian belajar imajinasi tersebut dalam kata-kata.

3. Permainan drama

Permainan drama adalah teknik yang dikenal dengan baik untuk pelepasan emosional, yang memungkinkan anak untuk memeragakan pengalaman rumah sakit yang menakutkan atau membingungkan. Boneka tangan biasanya efektif untuk berkomunikasi dengan anak-anak.

Menurut Nursalam (2005), dalam pelaksanaan aktifitas bermain di rumah sakit, perlu diperhatikan prinsip-prinsip bermain dan permainan yang sesuai dengan usia atau tingkat pertumbuhan dan perkembangan anak, sehingga tujuan bermain dapat dicapai secara optimal. Tujuan bermain di rumah sakit adalah untuk:

- a. Melanjutkan tumbuh kembang yang normal selama perawatan, sehingga tumbuh kembang dapat berlangsung terus tanpa terhambat oleh keadaan anak.
- b. Mengekspresikan pikiran dan fantasi anak.
- c. Mengembangkan kreatifitas melalui pengalaman permainan yang tepat.
- d. Meningkatkan adaptasi anak terhadap stres karena penyakit atau karena dirawat di rumah sakit.

Menurut Nursalam (2005), prinsip bermain di rumah sakit adalah

- a. Tidak banyak mengeluarkan energi, singkat dan sederhana.
- b. Mempertimbangkan keamanan dan infeksi berulang.
- c. Kelompok umur sama.
- d. Permainan tidak bertentangan dengan pengobatan.
- e. Semua alat permainan dapat dicuci.
- f. Melibatkan orang tua untuk menciptakan rasa aman bagi anak.

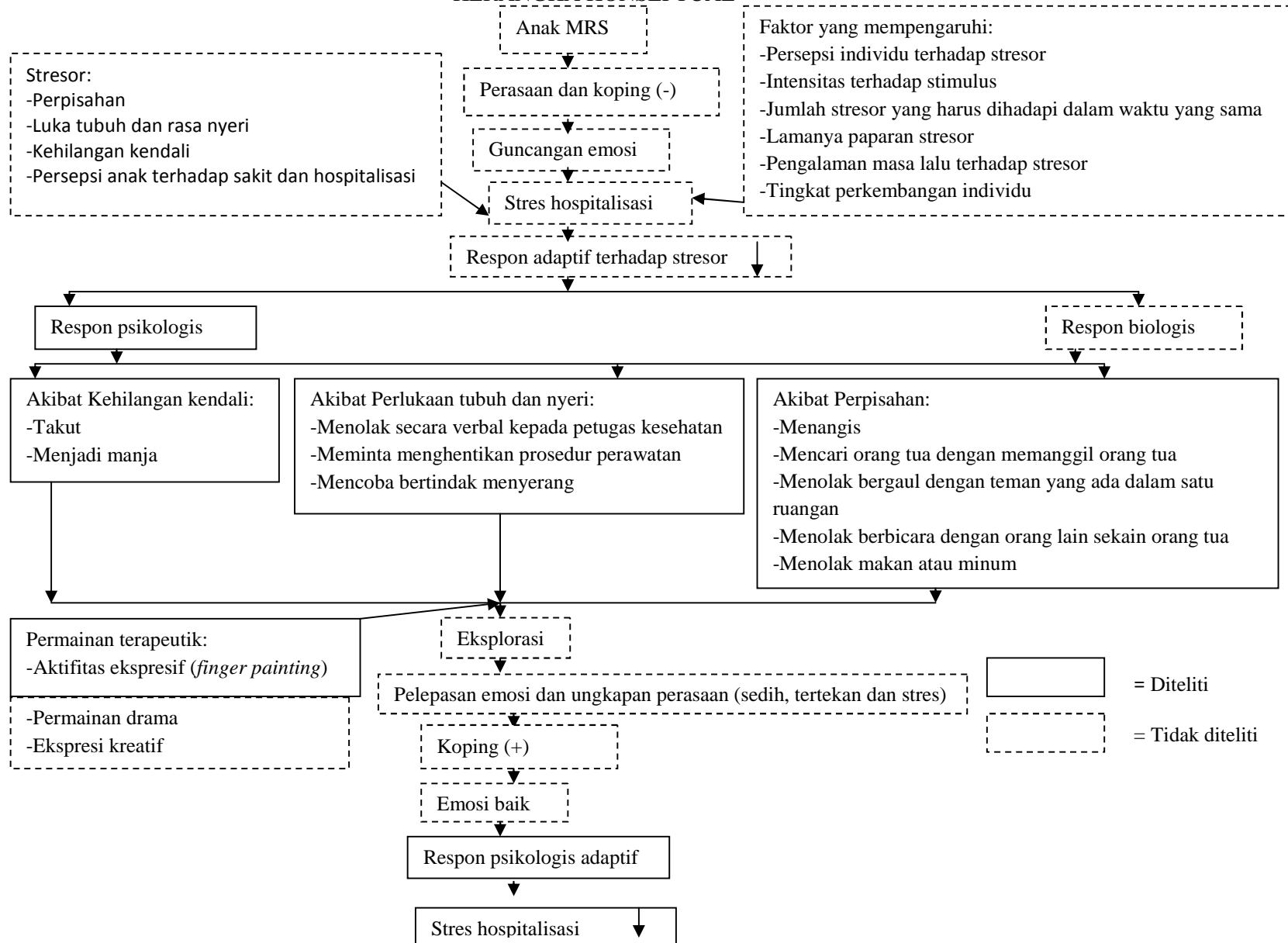
2.5 Pengaruh finger painting terhadap penurunan stres hospitalisasi

Anak prasekolah yang masuk rumah sakit akan mengalami persepsi dan koping yang negatif terhadap hospitalisasi dan terjadi guncangan emosi dan perasaan yang mengakibatkan anak prasekolah mengalami stres selama hospitalisasi (Maramis, 2005). Anak yang mengalami stres hospitalisasi akan menurunkan respon psikologis terhadap stresor. Adapun penurunan respon psikologis yang tampak pada anak prasekolah akibat perpisahan yaitu menangis, mencari orang tua dengan memanggil orang tua, menolak makan/minum, tidak mau bergaul dengan teman yang ada di ruang perawatan, tidak mau berbicara dengan orang lain selain orang tua. Akibat

kehilangan kendali yaitu anak tampak takut dan anak menjadi manja. Akibat perlukaan tubuh yaitu anak menolak secara verbal ketika orang lain mendekat (misal pergi), anak meminta untuk menghentikan prosedur perawatan, anak mencoba bertindak berani /menyerang (memukul, menggigit dll) (Wong, 1999).

Bermain terapeutik merupakan modalitas yang tidak diarahkan dan sangat efektif membantu anak dalam menghadapi kekhawatiran dan ketakutan mereka (Wong, 2008). Permainan terapeutik dibagi menjadi 3 tipe yaitu aktifitas ekspresif salah satu contohnya adalah bermain adonan kanji dengan *finger painting*, ekspresi kreatif, dan permainan drama. Bermain dan aktifitas yang bersifat ekspresif memberikan salah satu kesempatan terbaik untuk bereksplorasi sehingga dapat untuk pelepasan emosi (Wong, 2008) dan ungkapan perasaan (sedih, tertekan, stress) (Bambang, 2005). Sehingga emosi dan perasaan yang ada dalam diri bisa dikeluarkan, hal ini dapat menciptakan koping yang positif. Koping yang positif dapat ditandai dengan emosi yang baik. Keadaan tersebut akan membantu dalam mengurangi stres yang dialami anak dengan ditandai meningkatnya respon psikologis yang adaptif (Nursalam, 2004).

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL



Gambar 3.1 Kerangka konseptual pengaruh *finger painting* terhadap penurunan respon psikologis stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah di RS Ibu dan Anak AL-IRSYAD Surabaya

BAB 4

METODE PENELITIAN

Pada bab ini yang dibahas adalah rancangan penelitian, kerangka kerja penelitian, populasi, sampel, teknik sampling, identifikasi variabel, definisi operasional, pengumpulan data, dan etik penelitian.

4.1 Rancangan penelitian

Rancangan atau desain penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian, yang memungkinkan pemaksimalan kontrol beberapa faktor yang bisa mempengaruhi akurasi suatu hasil (Nursalam, 2003).

Desain penelitian yang digunakan adalah *Quasy eksperimental Design* (eksperimen semu) yang ditujukan untuk mengungkapkan hubungan sebab akibat dan membandingkan hasil intervensi dengan cara melibatkan kelompok kontrol disamping kelompok perlakuan yang diawali dengan pre-test. Pemilihan kedua kelompok ini tidak menggunakan teknik acak. Setelah itu satu kelompok dilakukan intervensi sesuai dengan metode yang dikehendaki, kelompok lainnya dilakukan seperti biasanya, kemudian diadakan pengukuran kembali dengan post-test (Nursalam, 2003).

Tabel 4.1 Rancangan Penelitian *Quasy eksperimental* (Nursalam, 2003).

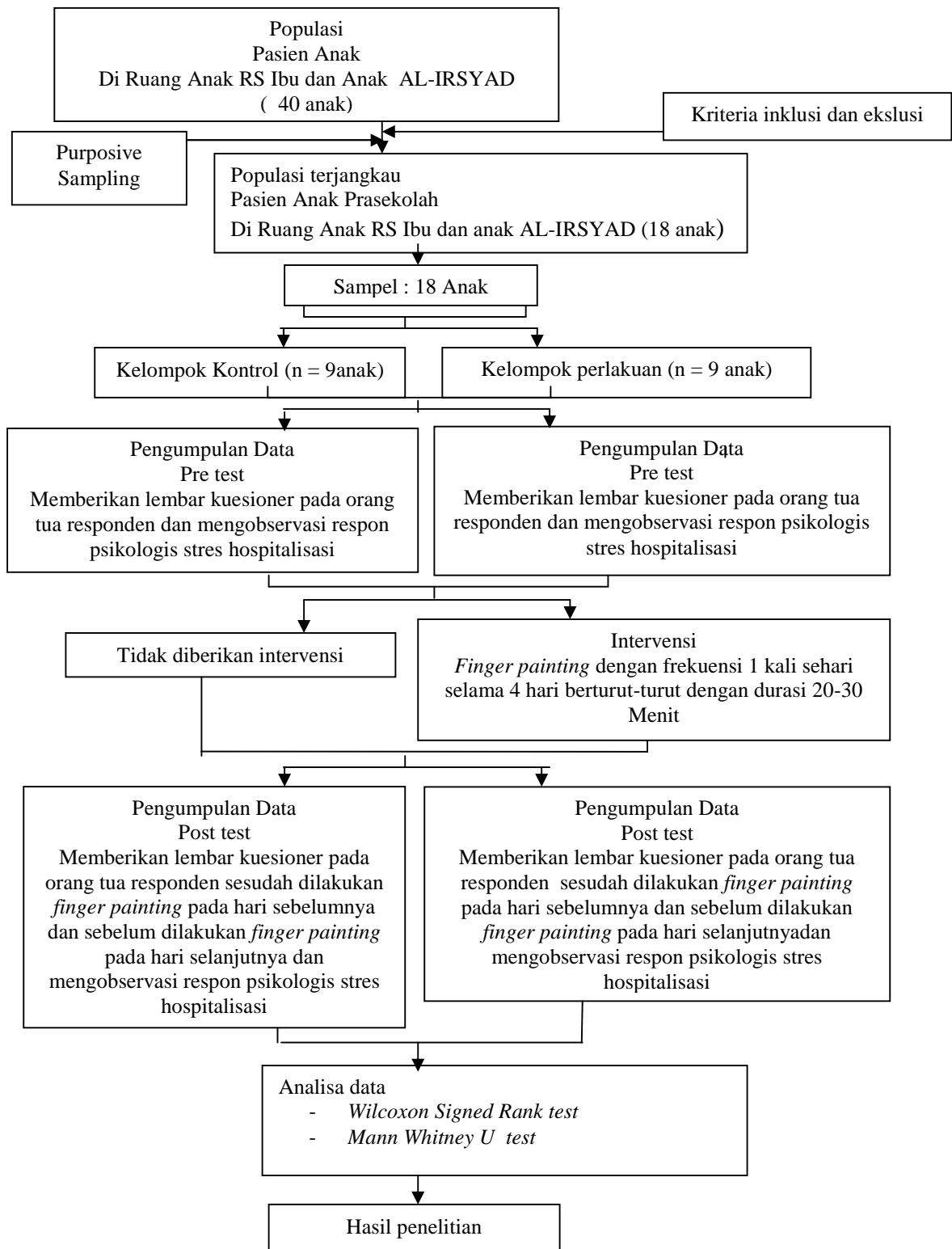
Subjek	Pre-test	Perlakuan	Post-test
K-A	O1 dan Q1	I	O2-A dan Q2
K-B	O1 dan Q1	-	O2-B dan Q2
	Time1	Time2	Time3

Keterangan:

- K-A : Subjek Perlakuan (Anak usia pra sekolah yang sedang dirawat di Ruang Anak RS Ibu dan Anak AL-IRSYAD).
- K-B : Subjek kontrol (Anak usia pra sekolah yang sedang dirawat di Ruang Anak RS Ibu dan Anak AL-IRSYAD).
- O1 : Observasi respon psikologis stres hospitalisasi sebelum *finger painting*.
- Q1 : Memberikan lembar kuesioner kepada orang tua responden sebelum *finger painting*
- I : Intervensi (*finger painting*).
- : Tidak diberikan intervensi.
- O2 : Observasi respon psikologis stres hospitalisasi setelah *finger painting*.
- Q2 : Memberikan lembar kuesioner kepada orang tua responden sesudah dilakukan *finger painting* pada hari sebelumnya dan sebelum dilakukan *finger painting* pada hari selanjutnya

4.2. Kerangka Kerja Penelitian

Kerangka kerja merupakan suatu desain tentang alur penelitian sehingga dapat dilihat secara jelas gambaran tentang proses jalannya penelitian. Model kerangka kerja dalam penelitian dapat dilihat pada gambar 4.2



Gambar 4.7 Kerangka Kerja Penelitian Pengaruh Finger Painting Terhadap Penurunan Stres Hospitalisasi pada Anak Usia Prasekolah Di Ruang Anak RS Ibu dan Anak AL-IRSYAD.

4.3 Populasi, sampel, teknik sampling

4.3.1 Populasi

Populasi adalah setiap objek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2003). Populasi terjangkau merupakan populasi yang memenuhi kriteria dalam penelitian yang biasanya dapat dijangkau oleh peneliti dari populasi target. Populasi dalam penelitian ini adalah rata-rata jumlah pasien anak usia prasekolah (3-6 tahun) yang dirawat di Ruang Anak RS Ibu dan Anak AL-IRSYAD Surabaya.

4.3.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari populasi yang telah dipilih dengan sampling tertentu untuk mewakili populasi (Notoatmodjo, 2002). Besar sample ditentukan dengan rumus untuk desain eksperimen sebagai berikut:

$$p(n-1) = 15$$

ket :

p = Jumlah kelompok sampel

n = Jumlah sampel

(Soedigdo, 2006).

Kriteria sampel sangat membantu peneliti untuk mengurangi bias hasil penelitian khususnya terhadap variabel-variabel (kontrol/perancu) yang ternyata mempunyai pengaruh terhadap variabel yang diteliti. Kriteria sampel dapat dibedakan menjadi 2 yaitu:(1) inklusi dan (2) eksklusi.

1. Kriteria Inklusi:

Adalah umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti (Nursalam, 2003). Adapun yang termasuk kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Pasien dalam keadaan sadar dan tidak mengalami kelemahan fisik
Jika terdapat IV line pada tangan maka dilihat dahulu tangan mana yang terdapat IV line maka menggunakan tangan yang berlawanan yang tidak terdapat IV line.
- 2) Ketergantungan minimal-sedang (dengan jenis penyakit DHF, GE, Demam Thypoid, bronkopneumonia).
- 3) Belum pernah mendapatkan *finger painting* selama perawatan.
- 4) Anak yang mau dilakukan *finger painting*.
- 5) Pasien belum pernah MRS sebelumnya.
- 6) Respon psikologis anak yang diambil akibat perpisahan yaitu menangis, mencari orang tua dengan memanggil orang tua, menolak makan/minum, tidak mau bergaul dengan teman yang ada di ruang perawatan, tidak mau berbicara dengan orang lain selain orang tua. Akibat kehilangan kendali yaitu anak tampak takut dan anak menjadi manja. Akibat perlukaan tubuh yaitu anak menolak secara verbal ketika orang lain mendekat (misal pergi), anak meminta untuk

menghentikan prosedur perawatan, anak mencoba bertindak berani /menyerang (memukul, menggigit dll).

7) Pasien dengan hari rawat 4 hari.

2. Kriteria Eksklusi

Adalah karakteristik subjek yang tidak memenuhi kriteria inklusi (Nursalam, 2003). Adapun yang memenuhi kriteria ini adalah:

- 1) Tidak dapat mengikuti program terapi bermain secara penuh (karena kemungkinan belum lengkap 4 hari intervensi dilakukan sudah pulang).
- 2) Pasien mengalami cacat fisik terutama ekstremitas atas.
- 3) Pasien dan keluarga menolak berpartisipasi.

4.3.3 Teknik Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2003). Teknik sampling merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian. Pembagian kelompok perlakuan dan kontrol dengan karakteristik yang sama bertujuan untuk menghomogenkan sampel (Nursalam, 2003). Pada penelitian ini pengambilan sampel menggunakan metode *non probability sampling* dengan *purposive sampling*, yaitu dengan memilih sampel diantara populasi (anak usia prasekolah yang dirawat diruang anak RS Ibu dan Anak AL-IRSYAD) yang sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditentukan oleh peneliti. Kelompok kontrol dan perlakuan pada dua ruangan

yang berbeda dengan maksud agar *finger painting* yang diberikan tidak saling mempengaruhi diantara kelompok.

4.4 Identifikasi Variabel

Variabel juga merupakan konsep dari berbagai level dari kontrak yang didefinisikan sebagai suatu fasilitas untuk pengukuran manipulasi suatu penelitian (Nursalam, 2003).

4.4.1 Variabel Independen

Adalah variabel yang nilainya menentukan variable lain (Nursalam, 2003). Adapun yang menjadi varibel independen dalam penelitian ini adalah *finger painting*.

4.4.2 Variabel Dependen

Adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2003). Adapun yang menjadi variabel dependen adalah respon psikologis stres hospitalisasi.

4.5 Definisi Operasional

Definisi Operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didedifinisikan tersebut (Nursalam, 2003).

Tabel 4.3 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Variabel Independen <i>Finger painting</i>	<i>Finger painting</i> merupakan seni melukis dengan jari atau kegiatan melukis pada kertas dengan menggunakan jari tangan (BHS, 2003)	- <i>Finger painting</i> dilakukan anak dengan menggunakan jari-jari mereka -Kreasi bentuk bebas -Lama <i>finger painting</i> adalah 20-30 menit, 1kali dalam sehari selama 4 hari	SAP		
Variabel Dependen Respon psikologis stres hospitalisasi	Respon psikologis adalah respon yang tampak pada anak usia prasekolah saat mengalami stres hospitalisasi (Lima, 2009).	Respon Anak Usia Prasekolah Akibat Perpisahan <ul style="list-style-type: none"> - menangis - Tidak mau bergaul dengan teman yang ada di ruang perawatan - Mencari orang tua dengan memanggil orang tua - Tidak mau berbicara dengan orang lain selain orang tua - Menolak makan atau minum Akibat Kehilangan Kendali <ul style="list-style-type: none"> - Anak tampak takut - Anak menjadi manja (minta disuapi, dipakaikan pakaian) Akibat Perlukaan tubuh <ul style="list-style-type: none"> - Anak menyerang orang asing secara verbal (misal “pergi”) - Anak meminta untuk menghentikan prosedur perawatan - Anak mencoba menyerang secara fisik (Wong, 1999) 	Observasi dan kuesioner	Ordinal	Tidak pernah = 4 Kadang = 3 Sering = 2 Selalu = 1 Penilaian ≥75% = Adaptif <75%= Maladaptif

4.6 Pengumpulan Data

Pengumpulan data primer dilakukan dengan mengobservasi yaitu dengan mengamati dan mencatat respon psikologis stres hospitalisasi anak sebelum dan sesudah melaksanakan *finger painting*.

4.6.1 Instrumen

Instrumen adalah alat ukur atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik, dalam arti cermat, lengkap dan sistematis (Arikunto, 2002).

Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data berupa lembar observasi dan lembar kuesioner. Lembar observasi dan lembar kuesioner yang digunakan berisi 10 poin respon negatif (maladaptif) anak usia prasekolah terhadap stress hospitalisasi terdapat dalam *Whaley & Wong's nursing care of infants and children and Whaley & Wong* (1999) Alat Bantu yang digunakan untuk pelaksanaan *finger painting* adalah

1. Kertas putih A3 yang tidak licin, tebal dan tidak menyerap.
2. Plastic atau Koran untuk alas meja.
3. Adonan kanji dengan warna primer (biru, merah, kuning).
4. Celemek untuk melindungi baju anak dari kotor.
5. Lap.
6. Air bersih untuk cuci tangan bila sudah selesai kegiatan .

4.6.2 Lokasi dan waktu penelitian

Lokasi penelitian disini adalah ruang anak RS Ibu dan Anak AL-IRSYAD Surabaya. Pengambilan data dilakukan diruang anak RS Ibu dan Anak AL-IRSYAD Surabaya.

4.6.3 Prosedur pengambilan data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam penelitian (Nursalam, 2003). Proses pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan setelah mendapat ijin dari pihak RS Ibu dan Anak AL-IRSYAD untuk mengadakan penelitian. Keterbatasan jumlah responden yang dirawat di Ruang Anak menyebabkan peneliti menyeleksi pasien yang dirawat atau menunggu pasien yang MRS dengan berpedoman pada kriteria inklusi yang sudah ditentukan menjadi responden. Setelah mendapatkan responden yang telah dikehendaki, maka selanjutnya meminta persetujuan dari responden penelitian (orangtua anak) dengan memberikan surat persetujuan menjadi responden (*informed consent*). Setelah mendapatkan persetujuan dari orang tua, dilakukan penentuan kelompok perlakuan dengan cara menanyakan kesedian anak untuk dilakukan intervensi, bagi yang tidak mau dimasukan dalam kelompok kontrol. Pada hari pertama peneliti melakukan observasi awal respon psikologis anak terhadap hospitalisasi menggunakan lembar observasi dan memberikan lembar kuesioner kepada orang tua responden baik kelompok kontrol maupun kelompok perlakuan untuk mengidentifikasi stresor dan respon psikologis stres hospitalisasi yang dialami anak usia prasekolah (pre-test). Kemudian pada kelompok perlakuan diberikan

intervensi berupa *finger painting* selama 20 sampai 30 menit. *Finger painting* diberikan pada kelompok perlakuan secara individu tetapi dalam satu ruangan, sedangkan untuk kelompok kontrol bermain sendiri dengan alat permainan yang dibawa oleh kelompok kontrol. Kelompok kontrol dan perlakuan berada pada ruangan yang berbeda. Sebelum dilakukan *finger painting* pada hari selanjutnya, peneliti memberikan lembar kuesioner kepada orang tua secara terus menerus selama 4 hari sebelum intervensi dilakukan, menggunakan instrumen yang sama dengan lembar kuesioner awal untuk mengidentifikasi respon psikologis stres anak setelah perlakuan (post-test hari 1, pos-test hari 2, post-test hari 3, post-test hari 4). Observasi akhir dilakukan setelah 4 hari intervensi untuk respon psikologis akibat perpisahan dan kehilangan kendali, sedangkan untuk respon psikologis akibat perlukaan tubuh dan nyeri dilakukan sesuai jadwal masing-masing responden saat dilakukan tindakan invasive seperti prosedur pengambilan darah, memasukan obat lewat selang infus, memasang infus, memasang kateter, enema, pengukuran suhu rektal. Pemberian *finger painting* dilakukan berulang kali selama 4 hari berturut dengan frekuensi 1 kali dalam sehari. Observasi respon psikologis stres hospitalisasi bekerjasama dengan seorang perawat ruangan yang sebelumnya mengadakan kontrak terlebih dahulu dan penjelasan mengenai prosedur yang akan dilakukan. Observasi dan perlakuan dilakukan oleh peneliti bekerjasama dengan perawat ruangan.

4.6.4 Analisa data

Analisa data merupakan bagian yang sangat penting untuk mencapai tujuan dimana tujuan pokok penelitian adalah menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian

dalam mengungkap suatu fenomena. Dari data yang telah dikumpulkan, dilakukan analisis untuk menentukan signifikansi hasil pemberian *finger painting* terhadap penurunan stress hospitalisasi. Analisis isi tersebut peneliti gunakan untuk mendukung hasil uji secara kuantitatif.

Dalam penelitian ini, analisa data dilakukan melalui tahap sebagai berikut:

1. Persiapan yaitu peneliti melakukan perapihan data, meliputi:
 - a. Mengecek nama dan kelengkapan identitas responden untuk menghindari kesalahan atau kekurangan data.
 - b. Mengecek kelengkapan data dengan memeriksa isi instrumen.

2. Tabulasi data, meliputi :

- a. Memberikan skor pada item-item yang perlu diberi skor dengan ketentuan.

Tidak pernah = 4

Kadang-kadang = 3

Sering = 2

Selalu = 1

- b. Kemudian melakukan perhitungan prosentase dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$N = \frac{Sp}{Sm} \times 100\%$$

Keterangan

N = nilai yang didapat.

Sp = skor yang didapat.

Sm = skor maksimal (Arikunto, 2002).

Skor maksimal dalam instrumen ini adalah 40.

Hasil perhitungan skor dan prosentase tersebut diinterpretasikan dengan menggunakan kriteria kualitatif yaitu

75% = adaptif

<75 % = maladaptif

3. Pengujian data, yaitu :

- a. Peneliti melakukan pengujian data menggunakan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test*, tingkat kemaknaan $p = 0,05$ yaitu uji untuk satu kelompok berpasangan dengan tujuan membandingkan nilai variabel dependen sebelum dan sesudah perlakuan. Skala data yang digunakan adalah ordinal. Rumus yang digunakan adalah:

- b. Peneliti melakukan pengujian data menggunakan data menggunakan uji statistik *Mann Whitney U-test*, tingkat kemaknaan p 0,05 untuk membandingkan nilai pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Skala data yang digunakan adalah ordinal. Rumus yang digunakan adalah:

$$U1 = n1.n2 + \frac{n1(n1+1)}{2} - R1$$

$$U1 = n1.n2 + \frac{n2(n2+1)}{2} - R2$$

Ket: n1 = Jumlah sampel 1

n2 = Jumlah sampel 2

U1 = Jumlah peringkat 1

U2 = Jumlah peringkat 2

R1 = Rangking pada sampel n1

R2 = Rangking pada sampel n2

(Sugiyono, 2005).

4.7 Etik Penelitian

Setelah mendapatkan rekomendasi dari bagian akademik fakultas keperawatan UNAIR peneliti melakukan penelitian dengan memperhatikan dan menekankan pada masalah etika yang meliputi:

4.7.1. Lembar persetujuan penelitian (*informed consent*)

Tujuannya adalah subjek mengetahui maksud dan tujuan penelitian dan dampak saat diteliti selama pengumpulan data. Responden (anak dan orang tua) terlebih dahulu diberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan dan dampak intervensi sebelum dilaksanakan penelitian. Kemudian lembar persetujuan (*informed consent*) diberikan pada orang tua anak karena subyek penelitian usianya masih prasekolah (3-6 tahun). Jika bersedia, maka harus mengisi lembar persetujuan. Jika tidak peneliti tidak memaksa dan tetap menghormati haknya.

4.7.2 Tanpa nama (*Anonimity*)

Tujuan untuk menjaga kerahasiaan identitas subyek, peneliti tidak akan mencantumkan nama subjek pada lembar kuesioner. Namun untuk mengetahui keikutsertaan responden, peneliti cukup menggunakan kode pada masing-masing lembar pengumpulan data.

4.7.3 Rahasia

Tujuan untuk kerahasiaan informasi yang diberikan subjek dijamin oleh peneliti. Hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan sebagai hasil penelitian.

4.8 Keterbatasan

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian pada penelitian ini (Nursalam, 2001). Keterbatasan yang dihadapi dalam penelitian ini adalah:

1. Instrumen pengumpulan data dirancang sendiri oleh peneliti tanpa melakukan uji coba, oleh karena itu validitas dan reabilitas perlu diuji.
2. Keterbatasan literatur yang membahas tentang stres hospitalisasi pada anak dan tentang prosedur pelaksanaan *finger painting*, sehingga dalam penelitian ini peneliti memodifikasi dari beberapa literatur.
3. Responden yang diambil hanya pada tanggal 21 juni sampai 21 juli 2010 sehingga tidak bisa di generalisasi.
4. Beberapa variabel perancu tidak dapat dikendalikan oleh peneliti (kelompok kontrol tetap main dengan mainannya sendiri).

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dijelaskan tentang hasil pengumpulan data yang dimulai tanggal 21 juni sampai 21 juli 2010 di ruang anak RS Ibu dan Anak AL-IRSYAD Surabaya. Hasil penelitian yang meliputi: 1) Gambaran umum lokasi penelitian, 2) Karakteristik responden, meliputi: umur, hari perawatan saat pertama kali diberikan perlakuan, jenis penyakit dan riwayat dirawat dirumah sakit, yang akan disajikan dalam bentuk diagram, 3) Data yang akan diukur, menampilkan respon anak sebelum dan sesudah diberikan *finger painting*, dan pengaruh *finger painting* terhadap penurunan respon psikologis stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah.

Dalam bab ini dibahas pula pengaruh *finger painting* terhadap penurunan respon psikologis stres hospitalisasi secara kuantitatif dengan kuesioner dan lembar observasi menggunakan perhitungan statistik *Wilcoxon Signed Rank Test*. Dari uji tersebut dapat diketahui ada tidaknya signifikansi terhadap variabel sebelum dan sesudah diberikan intervensi. Untuk mengetahui perbedaan hasil antara kelompok perlakuan dan kontrol dilakukan dengan menggunakan uji statistik *Mann Whitney U Test*.

5.1 Hasil Penelitian

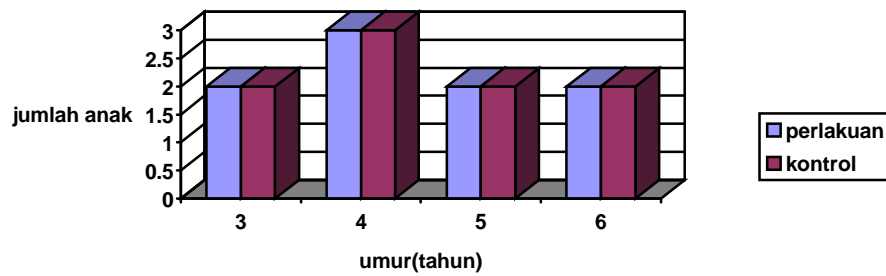
5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang anak RS Ibu dan Anak AL-IRSYAD, Jalan KH.M.Mansyur No 210-214 Surabaya. Ruang anak merupakan bagian dari ruang rawat inap anak RS Ibu dan Anak AL-IRSYAD Surabaya. Kapasitas tempat tidur yang disediakan adalah untuk 41 anak, yang terdiri dari ruang anak kelas 1 terdiri dari ruang dahlia untuk 1 anak, ruang mawar untuk 1 anak, ruang anggrek untuk 1 anak, kelas 2 terdiri dari ruang 2A untuk 10 anak, 2B untuk 16 anak, kelas 3 untuk 8 anak, terdapat ruang isolasi untuk 4 anak dan juga terdapat ruang untuk observasi untuk 4 anak, jika terdapat peningkatan jumlah penderita, ruang anak RS AL-IRSYAD juga menyediakan ekstra bed sesuai dengan yang dibutuhkan. Tenaga perawatan yang ada 27 dengan tingkat pendidikan yang berbeda-beda, yaitu: 25 orang dengan pendidikan D3, 2 orang dengan pendidikan SPK dan terdapat 1 pembantu perawat dengan pendidikan SMP.

5.1.2 Karakteristik Responden

1. Distribusi responden berdasarkan umur

Umur merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kemampuan anak dalam melakukan *finger painting* (Null, 2006) dan mengatasi stres hospitalisasi (Wong, 2008). Berdasarkan hasil penelitian didapatkan umur responden sebagai berikut:

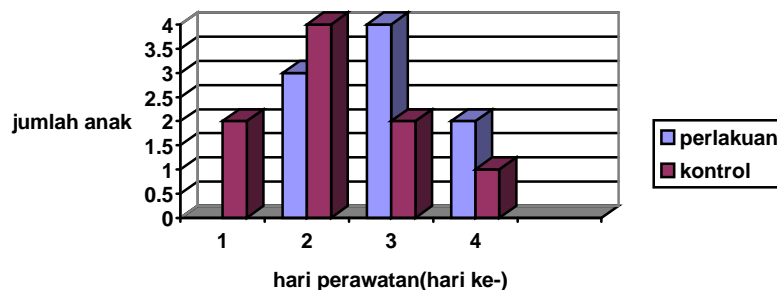


Gambar 5.1 Distribusi responden berdasarkan umur pada kelompok perlakuan dan kontrol di ruang anak RS Ibu dan Anak AL-IRSYAD Surabaya pada 21 juni sampai 21 juli 2010

Distribusi responden berdasarkan umur mayoritas pada kelompok perlakuan adalah anak berumur 4 tahun sebanyak 3 orang (33,3%), begitu juga mayoritas pada kelompok kontrol adalah anak berumur 4 tahun sebanyak 3 orang (33,3%).

2. Distribusi responden berdasarkan hari perawatan

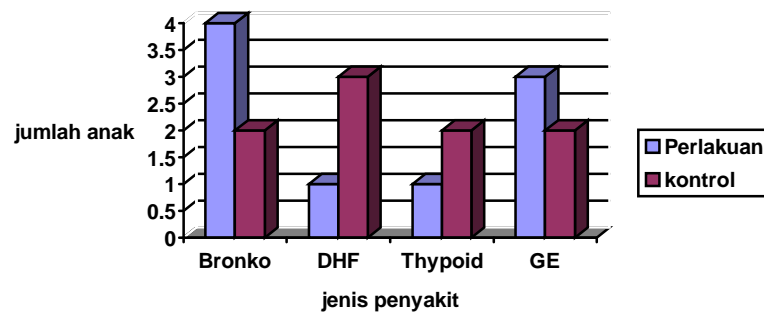
Lama perawatan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi reaksi anak terhadap hospitalisasi (Wong, 2008). Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hari perawatan responden sebagai berikut:



Gambar 5.2 Distribusi responden berdasarkan hari perawatan pada kelompok perlakuan dan kontrol di ruang anak RS Ibu dan Anak AL-IRSYAD Surabaya pada 21 juni sampai 21 juli 2010.

Distribusi responden berdasarkan hari perawatan mayoritas pada kelompok perlakuan adalah pada hari ketiga sebanyak 4 orang (44,4%), sedangkan mayoritas pada kelompok kontrol adalah pada hari kedua sebanyak 4 orang (44,4%).

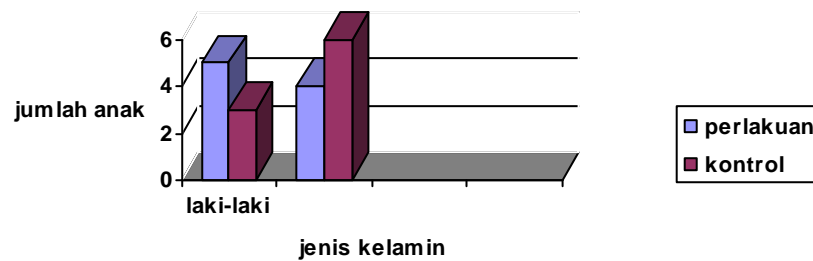
3. Distribusi responden berdasarkan jenis penyakit



Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan jenis penyakit pada kelompok perlakuan dan kontrol di ruang anak RS Ibu dan Anak AL-IRSYAD Surabaya pada 21 juni sampai 21 juli 2010.

Distribusi responden berdasarkan jenis penyakit mayoritas pada kelompok perlakuan adalah bronkopneumonia sebanyak 4 orang (44,4%), sedangkan mayoritas pada kelompok kontrol adalah DHF sebanyak 3 orang (33,3%).

4. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin



Gambar 5.5 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin pada kelompok perlakuan dan kontrol di ruang anak RS Ibu dan Anak AL-IRSYAD Surabaya pada 21 juni sampai 21 juli 2010.

Gambar diatas menunjukkan bahwa sebesar 55,5% kelompok perlakuan adalah laki-laki, dan sebesar 44,5% kelompok perlakuan adalah perempuan. Kelompok kontrol sebesar 33,3% kelompok kontrol adalah laki-laki, dan sebesar 66,7% kelompok kontrol adalah perempuan

5.1.3 Variabel yang diukur

Pada bagian ini diuraikan data-data tentang respon psikologis stres hospitalisasi pada anak sebelum dan sesudah diberikan intervensi *finger painting*, serta pengaruh *finger painting* terhadap penurunan respon psikologis stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah baik kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol. Dibawah ini adalah hasil kuesioner

Tabel 5.1 Hasil kuesioner respon psikologis stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah hari pertama di ruang anak RS Ibu dan Anak AL-IRSYAD Surabaya tanggal 21 juni sampai 21 juli 2010

No	Kelompok perlakuan		Kelompok kontrol	
	Skor (%)		Skor (%)	
	Pre	Post	Pre	Post
1.	47,5	55	50	50
2.	42,5	45	42,5	42,5
3.	50	57,5	45	47,5
4.	42,5	47,5	40	40
5.	45	52,5	42,5	45
6.	42,5	50	47,5	47,5
7.	45	57,5	40	40
8.	37,5	47,5	47,5	47,5
9.	42,5	55	50	52,5
– x	44	52	45	46
SD	3,56	4,63	3,95	4,33
Uji Wilcoxon p =0,007			Uji Wilcoxon p =0,083	
Uji Mann Whitney = 45,000				

Keterangan

75% = adaptif

< 75% = maladaptif

Tabel di atas menunjukkan bahwa pada hari pertama, rerata anak pada kelompok perlakuan sebelum mendapat perlakuan mengalami respon maladaptif, ditunjukkan dengan rerata 44% dan SD = 3,56. Sesudah diberi *finger painting*

respon psikologis stres hospitalisasi masih maladaptif, ditunjukkan dengan rerata 52% dan SD = 4,63. Berdasarkan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* didapatkan signifikansi (p) = 0,007, berarti ada pengaruh *finger painting* terhadap penurunan respon psikologis stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah. Kelompok kontrol yang tidak mendapat perlakuan menunjukkan bahwa *pre test* dan *post test* didapatkan semua anak mengalami respon maladaptif. Uji statistik *Wilcoxon Signed Rank test* didapatkan nilai signifikansi (p) = 0,083. Berdasarkan uji *Mann Whitney* didapatkan hasil (p) = 45,000, hal ini menunjukkan bahwa kelompok kontrol maupun perlakuan belum ada perbedaan dari hasil *post test*.

Tabel 5.2 Hasil kuesioner respon psikologis stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah hari kedua di ruang anak RS Ibu dan Anak AL-IRSYAD Surabaya tanggal 21 juni sampai 21 juli 2010

No	Kelompok perlakuan		Kelompok kontrol	
	Skor (%)		Skor (%)	
	Pre	Post	Pre	Post
1.	47,5	65	50	50
2.	42,5	50	42,5	42,5
3.	50	67,5	45	50
4.	42,5	57,5	40	40
5.	45	60	42,5	47,5
6.	42,5	62,5	47,5	47,5
7.	45	65	40	40
8.	37,5	47,5	47,5	47,5
9.	42,5	65	50	55
– x	44	60	45	47
SD	3,56	7,07	3,95	5,00
Uji Wilcoxon $p = 0,008$			Uji Wilcoxon $p = 0,083$	
Uji Mann Whitney = 3,000				

Keterangan :

- 75 % = adaptif
- < 75 % = mal adaptif

Tabel diatas menunjukkan bahwa pada hari kedua, rerata anak pada kelompok perlakuan sebelum mendapat perlakuan mengalami respon maladaptif, ditunjukkan dengan rerata 45% dan SD = 3,56. Sesudah diberi *finger painting* respon psikologis stres hospitalisasi masih maladaptif, ditunjukkan dengan rerata 60% dan SD = 7,07 . Berdasarkan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* didapatkan signifikasi (p) = 0,008, berarti ada pengaruh *finger painting* terhadap penurunan respon psikologis stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah. Kelompok kontrol yang tidak mendapat perlakuan menunjukkan bahwa *pre test* dan *post test* didapatkan semua anak mengalami respon maladaptif. Uji statistik *Wilcoxon Signed Rank test* didapatkan nilai signifikasi (p) = 0,083. Berdasar hasil Uji *Mann Whitney* didapatkan hasil (p) = 3,000, hal ini menunjukkan bahwa belum ada perbedaan kelompok perlakuan maupun kontrol dari hasil *post test*.

Tabel 5.3 Hasil kuesioner respon psikologis stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah hari ketiga di ruang anak RS Ibu dan Anak AL-IRSYAD Surabaya tanggal 21 juni sampai 21 juli 2010

No	Kelompok perlakuan		Kelompok kontrol	
	Skor (%)		Skor (%)	
	Pre	Post	Pre	Post
1.	47,5	80	50	52,5
2.	42,5	67,5	42,5	45
3.	50	77,5	45	50
4.	42,5	67,5	40	40
5.	45	70	42,5	50
6.	42,5	75	47,5	47,5
7.	45	72,5	40	42,5
8.	37,5	65	47,5	47,5
9.	42,5	77,5	50	55
– x	44	72,5	45	48
SD	3,56	5,30	3,95	4,75

Uji Wilcoxon p =0,007	Uji Wilcoxon p =0,026
Uji Mann Whitney = 0,000	

Keterangan :

75 % = adaptif

< 75 % = mal adaptif

Tabel di atas menunjukkan bahwa pada hari ketiga, rerata anak pada kelompok perlakuan sebelum mendapat perlakuan mengalami respon maladaptif, ditunjukkan dengan rerata 45% dan SD = 3,56 . Sesudah diberi *finger painting* respon psikologis stres hospitalisasi masih maladaptif, ditunjukkan dengan rerata 72,5% dan SD = 5,30 . Berdasarkan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* didapatkan signifikansi (p) = 0,007, berarti ada pengaruh *finger painting* terhadap penurunan respon psikologis stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah. Kelompok kontrol yang tidak mendapat perlakuan menunjukkan bahwa *pre test* dan *post test* didapatkan semua anak mengalami respon maladaptif. Uji statistik *Wilcoxon Signed Rank test* didapatkan nilai signifikansi (p) = 0,026. Berdasar uji *Mann Whitney* didapatkan hasil (p) = 0,000, hal ini menunjukkan sudah terdapat beda antara kelompok control dan perlakuan terdapat beda yang signifikan pada hasil *post test*.

Tabel 5.4 Hasil kuesioner respon psikologis stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah hari keempat di ruang anak RS Ibu dan Anak AL-IRSYAD Surabaya tanggal 21 juni sampai 21 juli 2010

No	Kelompok perlakuan		Kelompok kontrol	
	Skor (%)		Skor (%)	
	Pre	Post	Pre	Post
1.	47,5	92,5	50	52,5
2.	42,5	85	42,5	45
3.	50	90	45	55
4.	42,5	85	40	42,5
5.	45	87,5	42,5	52,5
6.	42,5	87,5	47,5	50

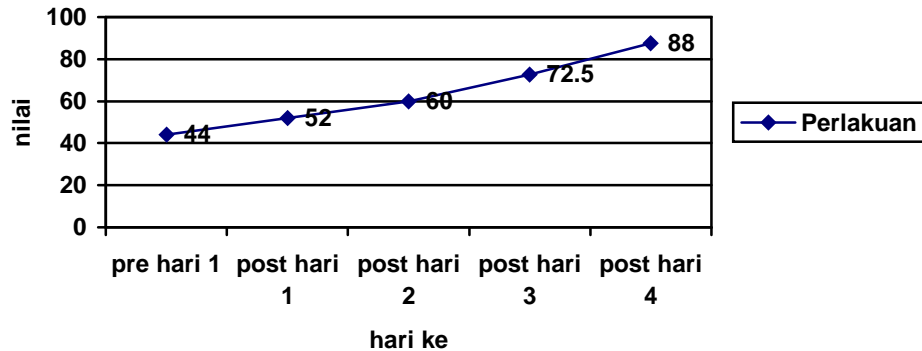
7.	45	87,5	40	42,5
8.	37,5	82,5	47,5	47,5
9.	42,5	90	50	57,5
– x	44	87,5	45	49
SD	3,56	3,06	3,95	5,41
	Uji Wilcoxon p =0,007		Uji Wilcoxon p =0,010	
	Uji Mann Whitney		Post p =0,000	

Keterangan

75 % = adaptif

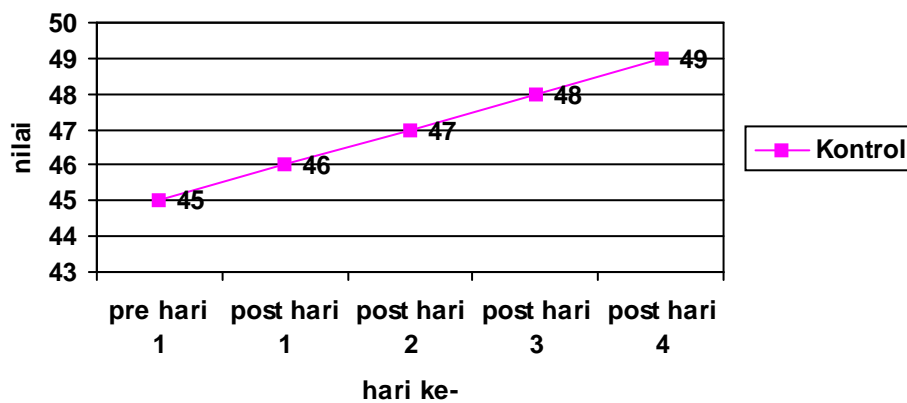
< 75 % = mal adaptif

Tabel di atas menunjukkan bahwa pada hari keempat, rerata anak pada kelompok perlakuan sebelum mendapat perlakuan mengalami respon maladaptif, ditunjukkan dengan rerata 45% dan SD = 3,56 . Sesudah diberi *finger painting* respon psikologis stres hospitalisasi didapatkan semua anak menjadi adaptif, ditunjukkan dengan rerata 87,5% dan SD = 3,06. Berdasarkan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* didapatkan signifikasi (p) = 0,007, berarti ada pengaruh *finger painting* terhadap penurunan respon psikologis stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah. Kelompok kontrol yang tidak mendapat perlakuan menunjukkan bahwa *pre test* dan *post test* didapatkan semua anak mengalami respon maladaptif, tetapi pada uji statistik *Wilcoxon Signed Rank test* didapatkan nilai signifikasi (p) = 0,010. Berdasarkan uji *Mann Whitney* didapatkan setelah dilakukan intervensi didapatkan hasil *post test* p = 0,000 berarti ada perbedaan hasil kelompok kontrol dan perlakuan.



Gambar 5.6 Grafik rerata hasil kuesioner respon psikologis stres hospitalisasi pada pre test hari pertama sampai hari keempat pada kelompok perlakuan di ruang anak RS AL-IRSYAD Surabaya pada 21 juni sampai 21 juli 2010

Gambar diatas menunjukkan bahwa pada kelompok kontrol didapatkan nilai rerata *pre test* 44% pada hari pertama, kemudian setelah dilakukan *finger painting* dilakukan *post test* hari pertama 52%, pada hari kedua dilakukan *post test* setelah dilakukan *finger painting* didapatkan hasil rerata 60% , paada hari ketiga dilakuakn *post test* setelah dilakukan *finger painting* didapatkan hasil rerata 72,5%, pada hari keempat setelah dilakukan *finger painting* dilakukan *post test* didapatkan hasil 87,5%.



Gambar 5.7 Grafik rerata hasil kuesioner respon psikologis stres hospitalisasi pada hari pertama sampai keempat pada kelompok kontrol di ruang anak RS Ibu dan Anak AL-IRSYAD Surabaya pada 21 juni sampai 21 juli 2010.

Grafik diatas menunjukkan bahwa pada kelompok kontrol yang tidak di berikan *finger painting* didapatkan nilai rerata pre test pada hari pertama 45%, post

test hari pertama 46%, post test hari kedua 47% , post test hari ketiga 48%, post test hari keempat 49%.

Tabel 5.7 Hasil observasi pre test hari pertama dan post test hari keempat pada anak usia prasekolah di RS Ibu dan Anak AL-IRSYAD Surabaya

No	Kelompok perlakuan (P)		Kelompok kontrol (K)	
	Skor (%)		Skor (%)	
	Pre test	Post test	Pre test	Post test
1	50	90	45	47,5
2	40	85	40	45
3	50	90	45	50
4	40	85	45	45
5	50	90	50	55
6	40	90	45	47,5
7	45	90	45	45
8	40	80	40	45
9	45	90	50	50
– x	43	88	45	48
SD	4,33	3,63	3,53	3,41
	Uji Wilcoxon p= 0,007		Uji Wilcoxon p= 0,023	
	Uji Mann Whitney		p= 0,000	

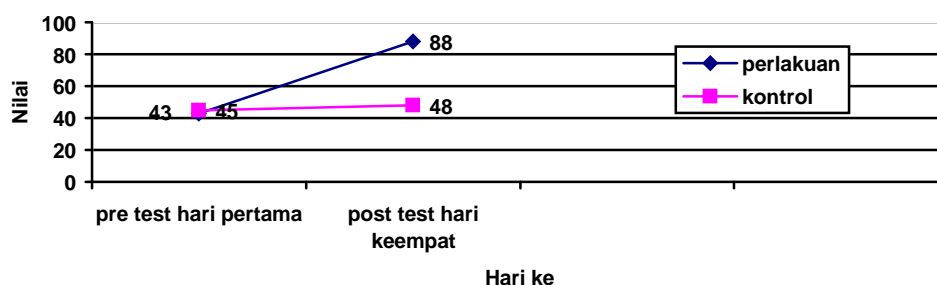
Keterangan :

< 75% = maladaptif

≥ 75 % = adaptif

Tabel diatas menunjukkan bahwa pada saat pre test kelompok perlakuan sebelum diberikan *finger painting* mengalami respon maladaptif, ditunjukkan dengan rerata 43% dan SD = 4,33. Post test setelah diberikan *finger painting* mayoritas (100%) kelompok perlakuan mengalami respon adaptif, ditunjukkan dengan rerata 88% dan SD = 3,63. Berdasarkan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* didapatkan signifikasi (p) = 0,007, berarti ada pengaruh *finger painting* terhadap penurunan respon psikologis stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah. Pada kelompok

kontrol yang tidak diberikan *finger painting* mengalami respon maladaptif, ditunjukkan dengan rerata 45%. Post test pada kelompok kontrol yang tidak diberikan *finger painting* masih tetap mengalami respon yang maladaptif, ditunjukkan dengan rerata 48 % dan SD = 3,41. Berdasarkan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* didapatkan signifikansi (p) = 0,023, berarti ada peningkatan perubahan respon yang signifikan meskipun respon masih maladaptif.



Gambar 5.7 Grafik rerata hasil observasi respon psikologis stres hospitalisasi pre test hari pertama dan post test hari keempat diberikan intervensi pada kelompok perlakuan di ruang anak RS Ibu dan Anak AL-IRSYAD Surabaya pada 21 juni sampai 21 juli 2010.

Grafik diatas menunjukkan bahwa pada kelompok perlakuan pada saat pre test didapatkan hasil rerata 43 % dengan SD = 4,33 berarti anak menunjukkan respon yang maladaptif tetapi setelah dilakukan *finger painting* saat post test didapatkan hasil rerata 88% dengan SD = 3,63, hal ini menunjukkan bahwa setelah dilakukan *finger painting* respon psikologis yang dialami anak menjadi adaptif. Kelompok kontrol yang tidak diberikan *finger painting* pada saat pre test didapatkan hasil rerata 45% dan SD = 3,53, kemudian pada saat post test didapatkan hasil rerata 48%.

5.2 Pembahasan

Berdasarkan gambar 5.7 didapatkan hasil *pre test* hari pertama pada kelompok kontrol yang tidak diberikan *finger painting* mengalami respon yang maladaptif. Hal

ini ditunjukkan dengan hasil kuesioner dari masing-masing anak < 75%. Berdasarkan gambar 5.6 didapatkan hasil *pre test* hari pertama pada kelompok perlakuan yang diberikan *finger painting* mengalami respon yang maladaptif. Hal ini ditunjukkan dengan hasil kuesioner dari masing-masing anak < 75%.

Pengalaman anak terhadap hospitalisasi akan mempengaruhi respon anak terhadap stres hospitalisasi. Anak yang belum pernah di hospitalisasi akan mengalami stres yang berat sebab anak belum mampu beradaptasi dengan lingkungan rumah sakit (Wong, 2008).

Hasil kuesioner pada *pre test* hari pertama menunjukkan anak masih mengalami respon psikologis yang maladaptif. Hal ini dikarenakan tiap anak pada kelompok kontrol dan perlakuan anak sebelumnya belum pernah dirawat di rumah sakit sehingga anak belum mampu beradaptasi dengan perubahan lingkungan, selain itu juga anak belum mau bergabung dengan teman sebaya.

Berdasarkan gambar 5.7 didapatkan hasil *post test* pada hari selanjutnya (hari ke 2 sampai 4) pada kelompok kontrol masih maladaptif, hal ini ditunjukkan dengan hasil kuesioner dari masing-masing anak < 75%, dari hasil statistik didapatkan rerata hari ke-2: 46%, rerata pada hari ke-3: 47%, rerata pada hari ke-4: 48% dan rerata pada *post test* hari ke-4 rerata 49%.

Sakit dan dirawat dirumah sakit merupakan krisis utama yang tampak pada anak, karena anak mengalami stres akibat perubahan lingkungan, perubahan status kesehatan dan keterbatasan mekanisme koping untuk mengatasi masalah maupun kejadian-kejadian yang bersifat menekan (Wong, 2008).

Anak sakit dan dirawat di rumah sakit akan kehilangan kebebasan pandangan egosentris dalam mengembangkan otonominya, seperti kemampuan motorik, bermain, melakukan hubungan interpersonal, aktifitas hidup sehari-hari dan komunikasi. Hospitalisasi menjadikan anak tergantung pada orang lain dan ini menimbulkan perasaan kehilangan kendali (Nursalam, 2005). Respon yang ditunjukkan anak menjadi manja dan anak tampak takut. Lama perawatan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi reaksi anak terhadap hospitalisasi (Wong, 2008). Umur merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi anak dalam mengatasi stres hospitalisasi (Null, 2006).

Hasil kuesioner pada hari ke 2 sampai 4 menunjukkan respon psikologis yang maladaptif, hal ini dikarenakan anak tidak mempunyai arahan untuk melakukan kegiatan dalam mengisi waktu luangnya, anak tidak mengetahui cara menyampaikan emosi yang tepat serta anak tidak mau bergabung dengan teman sebaya untuk bermain, mereka hanya bermain dengan mainannya sendiri tanpa ada teman yang diajak bermain, anak masih belum mampu beradaptasi dengan perubahan lingkungan karena hospitalisasi pada anak usia prasekolah menjadi hal yang menakutkan karena selalu identik dengan seseorang yang berpakaian putih-putih sedang melakukan injeksi obat maupun pengambilan darah. Meskipun masih menunjukkan respon yang maladaptif tetapi pada setiap harinya mengalami peningkatan respon psikologis yang mengarah ke adaptif walaupun tidak signifikan perubahan respon psikologis yang terjadi. Hal ini dikarenakan oleh lamanya perawatan dan tingkat perkembangan individu. Hasil kuesioner didapatkan pada anak yang berumur 6 tahun (responden

dengan no 5 dan responden dengan no 9) mengalami peningkatan respon psikologis yang lebih cepat dibanding dengan umur yang lain dan anak yang lama perawatan pada saat *pre test* hari pertama sudah 4 hari perawatan (responden dengan no 3 dan responden dengan no 6) mengalami peningkatan respon psikologis yang lebih cepat dibanding anak dengan perawatan yang kurang 4 hari saat *pre test* hari pertama. Peningkatan respon psikologis ini terjadi secara alami tanpa ada intervensi untuk mengurangi stres yang terjadi pada anak.

Berdasarkan gambar 5.6 didapatkan hasil *post test* hari pertama maupun *post test* hari kedua pada kelompok perlakuan masih maladaptif, hal ini ditunjukkan dengan hasil kuesioner dari masing-masing anak < 75%, dari hasil statistik didapatkan rerata *post test* hari pertama: 52% dan rerata *post test* hari ke 2: 60%.

Hasil kuesioner pada *post test* hari pertama dan *post test* hari kedua menunjukkan anak masih mengalami respon psikologis yang maladaptif walaupun sudah diberikan intervensi *finger painting* sebab anak masih bingung dan memerlukan arahan untuk melakukan kegiatan dalam mengisi waktu luangnya sehingga anak belum mampu menuangkan perasaan (sedih, tertekan dan stres) kedalam sebuah gambar, belum mau bergabung dengan teman sebaya, anak juga belum mampu beradaptasi dengan perubahan lingkungan karena hospitalisasi pada anak usia prasekolah menjadi hal yang menakutkan karena selalu identik dengan seseorang yang berpakaian putih-putih sedang melakukan injeksi obat maupun pengambilan darah.

Berdasarkan gambar 5.6 didapatkan hasil *post test* hari ke-3 pada kelompok perlakuan masih maladaptif, hal ini ditunjukkan dengan hasil kuesioner dari masing-masing anak $< 75\%$, dari hasil statistik didapatkan rerata hari ke-3: 72,5%.

Hasil kuesioner menunjukkan pada *post test* hari ke-3 meskipun rerata menunjukkan respon psikologis yang maladaptif tetapi terdapat 4 anak dari kelompok perlakuan sudah mengalami respon psikologis yang adaptif, hal ini dikarenakan terdapat 2 responden dengan tingkat perkembangan yang sama yaitu berumur 6 tahun dan sudah masuk bangku sekolah yaitu TK. Pada anak usia 6 tahun mempunyai ketrampilan koping yang lebih dibanding dengan anak yang berumur kurang dari 6 tahun. Sehingga pada *pre test* hari keempat 2 responden dengan tingkat perkembangan usia 6 tahun lebih cepat menunjukkan respon yang adaptif. Sedangkan untuk 2 anak sudah masuk bangku sekolah *play group* sehingga mereka lebih mampu mengetahui cara menyampaikan emosi melalui kegiatan *finger painting*. Melalui *finger painting* anak dapat bereksplorasi sehingga perasaan (stres, tertekan dan sedih) kedalam sebuah gambar. Hal ini yang menyebabkan anak lebih cepat menunjukkan respon psikologis yang adaptif.

Berdasarkan gambar 5.6 didapatkan hasil *post test* hari ke-4 pada kelompok perlakuan sudah menunjukkan respon psikologis yang adaptif, hal ini ditunjukkan dengan hasil kuesioner dari masing-masing anak $> 75\%$, dari hasil statistik didapatkan rerata *post tes* hari ke-4: 87,5%.

Hasil kuesioner pada *post test* hari keempat menunjukkan reata yang sudah adaptif yaitu tiap anak sudah menunjukkan hasil $> 75\%$, hal ini dikarenakan anak

sudah mampu bereksplorasi terhadap perasaan (sedih, tertekan dan stres) kedalam sebuah gambar. Anak sebenarnya mulai termotivasi oleh temannya dengan melihat teman bermain *finger painting* sehingga dengan *finger painting* membuat anak menjadi mau bermain bergabung dengan teman sebaya yang dapat meningkatkan respon psikologis menjadi adaptif.

Berdasarkan tabel 5.6 didapatkan sebelum dilakukan *finger painting* hari pertama pada kelompok perlakuan menunjukkan rerata 44% , kemudian setelah dilakukan *finger painting* pada kelompok perlakuan didapatkan rerata 52%, meskipun masih menunjukkan respon yang maladaptif tetapi terjadi peningkatan 8%, sehingga didapatkan nilai $p= 0,007$ berarti hal ini menunjukkan ada pengaruh *finger painting* terhadap penurunan respon psikologis stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah.

Berdasarkan tabel 5.6 didapatkan sebelum dilakukan *finger painting* hari kedua pada kelompok perlakuan menunjukkan rerata 52% , kemudian setelah dilakukan *finger painting* pada kelompok perlakuan didapatkan rerata 60%, meskipun masih menunjukkan respon yang maladaptif tetapi terjadi peningkatan 8%, sehingga didapatkan nilai $p= 0,008$ berarti hal ini menunjukkan ada pengaruh *finger painting* terhadap penurunan respon psikologis stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah.

Berdasarkan tabel 5.6 didapatkan sebelum dilakukan *finger painting* hari ketiga pada kelompok perlakuan menunjukkan rerata 60% , kemudian setelah dilakukan *finger painting* pada kelompok perlakuan didapatkan rerata 72,5%, meskipun masih menunjukkan respon yang maladaptif tetapi terjadi peningkatan 12,5%, sehingga

didapatkan nilai $p= 0,007$ berarti hal ini menunjukkan ada pengaruh *finger painting* terhadap penurunan respon psikologis stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah.

Berdasarkan tabel 5.6 didapatkan sebelum dilakukan *finger painting* hari keempat pada kelompok perlakuan menunjukkan rerata 72,5% , kemudian setelah dilakukan *finger painting* pada kelompok perlakuan didapatkan rerata 87,5%, meskipun masih menunjukkan respon yang maladaptif tetapi terjadi peningkatan 15%, sehingga didapatkan nilai $p= 0,007$ berarti hal ini menunjukkan ada pengaruh *finger painting* terhadap penurunan respon psikologis stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah.

Karena sakit dan stres menimbulkan krisis dalam kehidupan anak, karena situasi tersebut sering disertai stres yang berlebihan, maka anak perlu bermain mengeluarkan rasa takut dan cemas yang mereka alami sebagai alat koping dalam menghadapi stres tersebut. Bermain terapeutik merupakan modalitas yang tidak diarahkan yang sangat efektif dalam membantu anak mengatasi kekhawatiran dan ketakutan, salah satu tipe bermain terapeutik adalah melalui bermain yang bersifat ekspresif salah satunya *finger painting*, memberikan salah satu kesempatan anak untuk bereksplorasi sehingga dapat untuk pelepasan emosi (Wong, 2008) dan ungkapan perasaan (sedih, tertekan dan stres) (Bambang, 2005). Sehingga emosi dan perasaan dalam diri bisa dikeluarkan, hal ini dapat menciptakan koping yang positif. Koping yang positif dapat ditandai dengan emosi yang baik. Keadaan tersebut akan membantu mengurangi stres yang ditandai dengan meningkatnya respon psikologis yang adaptif (Nurasalam, 2004). Serta *finger painting* merupakan media yang sangat baik untuk

anak usia prasekolah karena menurut Piaget tahap perkembangan kognitif anak usia prasekolah dalam tahap praoperasional, tahap dimana anak semakin banyak menggunakan bahasa simbolis (Wong, 2008).

Hasil penelitian didapatkan pada hari keempat terjadi peningkatan rerata yang signifikan, hal ini dikarenakan pada hari keempat mayoritas anak mempunyai dan melakukan aktifitas untuk mengisi waktu luang selama dirawat, anak sudah mulai bisa bereksplorasi terhadap perasaan (sedih, tertekan, stres) ke dalam sebuah gambar, anak sudah mampu bergabung dengan teman sebaya yang ada didalam ruang perawatan dan anak sudah tidak takut terhadap petugas kesehatan yang berpakaian putih-putih. Hal ini ditunjukkan dengan respon anak yang sudah tidak lagi menolak secara verbal ketika petugas kesehatan mendekat, meminta untuk menghentikan prosedur perawatan sudah berkurang dan mencoba bertindak menyerang juga sudah mulai berkurang. Dengan *finger painting* membutuhkan waktu relatif lebih pendek dibanding dengan bermain sendiri, hal ini dikarenakan saat bermain *finger painting* anak berkumpul dengan teman sebaya untuk membuat gambar. Saat (responden no 1,3,6 dan 9) membentuk gambar, anak lain mulai termotivasi untuk membentuk gambar, sehingga semua anak dapat membentuk gambar sesuai perasaan yang ada dalam diri anak.

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan dibahas mengenai simpulan yang didapat dari hasil penelitian pengaruh *finger painting* terhadap penurunan respon psikologis stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah di RS Ibu dan Anak AL-IRSYAD Surabaya dan saran yang bisa dipakai untuk pengembangan selanjutnya.

6.1. Simpulan

1. Sebelum dilakukan *finger painting* mayoritas anak pada kelompok perlakuan mengalami respon psikologis yang maladaptif. Kelompok kontrol yang tidak dilakukan *finger painting* juga mengalami respon psikologis yang maladaptif.
2. Sesudah dilakukan *finger painting* tiap hari terjadi peningkatan respon psikologis menuju respon psikologis yang adaptif.
3. Pengaruh *finger painting* terhadap respon psikologis stres hospitalisasi mengalami peningkatan yang signifikan, hal ini terbukti dari hasil kuesioner yang tiap hari mengalami peningkatan yang signifikan. Dengan *finger painting* penurunan respon psikologis stres hospitalisasi relatif membutuhkan waktu yang lebih pendek dari pada hanya bermain sendiri.

6.2. Saran

1. Bagi orang tua dan pasien

Orang tua pasien dapat melakukan terapi bermain dengan metode *finger painting* saat mendampingi hospitalisasi pasien anak, sehingga orang tua dapat memberikan media bagi anak untuk menyalurkan emosi akibat hospitalisasi.

2. Bagi profesi keperawatan

Terapi bermain dengan metode *Finger painting* dapat diterapkan sebagai salah satu rencana asuhan keperawatan *atraumatik care* pada anak di rumah sakit.

3. Bagi institusi rumah sakit

Terapi bermain dengan metode *Finger painting* dapat dijadikan prosedur tetap di ruang anak RS Ibu dan Anak AL-IRSYAD Surabaya untuk bereksplorasi sehingga dapat untuk pelepasan emosi dan ungkapan perasaan (sedih, tertekan, stres).

4. Bagi penelitian selanjutnya

Pengaruh *finger painting* diharapkan dapat dilakukan dengan mengukur respon biologis (tekanan darah, nadi dan RR) terhadap penurunan respon biologis stres hospitalisasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S., (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik edisi revisi VI*. Jakarta: Rineka Cipta, Hal: 156-157.
- Arya, (2006). *Gangguan stress pasca trauma*. [www//http : Suara Merdeka.com/harian/0602/06/ragam01.htm](http://www.SuaraMerdeka.com/harian/0602/06/ragam01.htm). Akses: 21 April 2010 jam 10.00 WIB.
- Bambang. R., (2005). *7 cara alami kendalikan stres*. [www//http : Solusi Sehat.net](http://www.SolusiSehat.net). Akses: 22 April 2010 jam 19.00 WIB.
- Brunner, S., (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah edisi 8 volume I*. Jakarta: EGC, Hal: 9-10.
- Carpenito, L.J., (2000). *Diagnosa Keperawatan Aplikasi pada Praktik Klinis Edisi 6*. Jakarta: EGC, Hal: 9-10.
- Dorland, (2002). *Kamus Kedokteran Dorland*. Jakarta: EGC, Hal: 566.
- Hagan, S.J., (2006). *Mendidik anak usia prasekolah*. Jakarta: PT Prestasi pustakaraya.
- Hawari, D., (2003). *Manajemen Stres, Cemas, dan Depresi*. Jakarta: FKUI
- Hurlock, B.E., (2005). *Perkembangan Anak* . Jakarta: Erlangga, Hal: 323-330.
- Lima, (2009). *How to finger paint*. [www// http:how_481_finger-paint.html](http://www.how_481_finger-paint.html). Akses: 14 Mei 2010 jam 10.00 WIB.
- Mulyono, (2008). *Pengaruh terapi bermain terhadap tingkat stress hospitalisasi pada anak usi toddler di ruang empu tantular RSUD Kanjuruhan Kepanjen*. [www//http: skripsi.umm.ac.id/files/disk1/292/jiptumpp-gdl-s1-2008-adyekomuly-14588-PENDAHUL-N.pdf](http://skripsi.umm.ac.id/files/disk1/292/jiptumpp-gdl-s1-2008-adyekomuly-14588-PENDAHUL-N.pdf). Akses: 18 Mei 2010 jam 11.00 WIB.
- Muscari, E.M., (2005). *Panduan Belajar Keperawatan Pediatrik*. Jakarta: EGC, Hal: 59-69.
- Niven, N., (2002). *Psikologi Kesehatan Pengantar untuk Perawat dan professional kesehatan lain*. Jakarta: EGC, Hal: 53-54.
- Nursalam, (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

- Nursalam dan Susilaningrum, R., (2005). *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak (untuk perawat dan bidan)*. Jakarta: Salemba Medika, Hal: 17; 25-30; 74-84.
- Perry&Potter, (2005). *Buku Ajar Fundamental Konsep, Proses, dan Praktek*. Jakarta: EGC, Hal: 93-94.
- Pertiwi, D dkk., (2006). *Brain Power Permainan Berbasis Ilmu Pengetahuan*. Jakarta: Erlangga, Hal: 274.
- Putra, T. S(ed)., (2005). *Psikoneuroimunologi Kedokteran*. Surabaya: Gramik Fakultas Kedokteran UNAIR, Hal: 1-8; 60-66; 114-119.
- Rasmun, (2004). *Stres, Koping dan Adaptasi*. Jakarta: CV Agung Seto, Hal: 5-15
- Rudolph, et all., (2003). *Rudolph's Pediatrics 21st Edition*. USA: The Mc Graw Hill Companies.
- Satiadarma, M.P. 2005. *Fungsi Teraupeutik Bermain Bagi Anak Sekolah*. [www//htt:himpsi.org/content/view/25/64/](http://www.himpsi.org/content/view/25/64/). Akses: 4 Mei 2010 jam 19.15 WIB.
- Sugiyono, (2005). *Statistika untuk Penelitian*. Alfabeta: Bandung, Hal: 42-48.
- Supartini, Y., (2004). *Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta: EGC, Hal: 81-85.
- Whaley&Wong, (1995). *Nursing care Of Infant & Children Second Edition*. Philadelphia: Mosby, Hal: 882-883.
- Wibawa, (2008). *Pengaruh Finger painting terhadap perubahan perilaku agresif anak TK B di sekolah xxx*. [www//http: Finger painting. html](http://www/http: Finger painting. html). Akses: 3 April 2010 jam 10.00 WIB.
- Wibowo, A., (2008). *Biostatistika non parametrik*. Surabaya: Departemen biostatistika dan kependudukan fakultas kesehatan masyarakat UNAIR. Hal: 21-22.
- Wong, L.D., (2004). *Pedoman klinis Keperawatan Pediatrik Edisi 4*. Jakarta: EGC, Hal: 281-283.
- Wong, L.D., (2008). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Volume 1*. Jakarta: EGC, Hal: 299.
- Wong, L.D., (2008). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Volume 2*. Jakarta: EGC, Hal: 754; 803-806.

Lampiran 9

Tabulasi Karakteristik Responden**Kelompok Perlakuan**

No	Responden perlakuan	Umur	Jenis kelamin	Hari perawatan	Riwayat dirawat di rumah sakit	Jenis penyakit yang diderita
1	An. Pt	4	2	3	1	2
2	An. Tn	2	2	2	1	4
3	An. Ro	4	1	2	1	4
4	An. Er	1	1	2	1	4
5	An. Wn	2	1	3	1	4
6	An. Yg	3	1	3	1	3
7	An. Iq	2	1	4	1	3
8	An. Nv	1	2	3	1	1
9	An.Sv	3	2	4	1	3

Kelompok Kontrol

No	Responden perlakuan	Umur	Jenis kelamin	Hari perawatan	Riwayat dirawat di rumah sakit	Jenis penyakit yang diderita
1	An. Wg	2	1	1	1	1
2	An. Kv	1	1	2	1	2
3	An. Tr	3	2	3	1	4
4	An. Rn	2	2	2	1	2
5	An. Dw	4	2	3	1	3
6	An. Er	3	2	4	1	3
7	An. Lk	2	1	2	1	1
8	An. Ls	1	2	1	1	1
9	An.Se	4	2	2	1	4

Keterangan Kode:

Umur	Jenis kelamin	Hari perawata	Riwayat dirawat diRS	Jenis penyakit
1 : 3- <4 tahun	1 : laki-laki	1 : 1hari	1 : Tidak pernah	1 : DHF
2: 4- <5 tahun	2 : perempuan	2 : 2hari	2 : pernah	2 : Thypoid
3 :5- <6 tahun		3 : 3hari		3 : GE
4 : 6 tahun		4 : 4hari		4 :Bronko

Lampiran 5

SAP (Satuan Acara Pelaksanaan)

Materi : *Finger Painting*

Sasaran : Anak Usia Prasekolah di Ruang Anak RS Ibu dan Anak AL-IRSYAD
Surabaya

Waktu : ± 50 Menit

A. Tujuan

1. Tujuan Umum

Anak dapat memberi respon terhadap *finger painting* yang diberikan.

2. Tujuan Khusus

- Anak dapat melepaskan emosi melalui kegiatan *finger painting*.

- Anak dapat menceritakan kreasi yang dihasilkan.

- Anak dapat menceritakan perasaan setelah dilakukan *finger painting*.

B. Materi

1. Tema *finger painting* : bentuk bebas.

2. Lama aktifitas : ± 30 menit (sekali sehari, selama 4 hari).

C. Alat dan Bahan

1. Kertas putih A3 yang tidak licin, tebal dan tidak menyerap.

2. Plastik /Koran untuk alas meja atau lantai..

3. Adonan kanji dengan 3 warna primer yaitu warna merah, biru, kuning.

4. Celemek untuk melindungi baju anak dari kotor.

5. Lap.

6. Air bersih untuk cuci tangan bila sudah selesai kegiatan.

D. **Metode** : Observasi secara individu, kuesioner untuk orang tua.

E. Langkah Kegiatan

No	Tahap (waktu)	Kegiatan
1	Persiapan (15 menit)	a. Mempersiapkan alat atau bahan yang akan digunakan b. Mengalasi meja atau lantai dengan

		<p>Koran atau plastik</p> <ol style="list-style-type: none"> c. Menuliskan identitas diri anak pada kertas yang akan dipakai d. Memakaikan celemek pada anak untuk melindungi bajunya e. Menyampaikan salam dan memperkenalkan diri f. Membuat kontrak dengan anak : terapis menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan (tujuan kegiatan dan aturan permainan) g. Evaluasi/validasi : menanyakan perasaan anak saat ini
2	<p>Pelaksanaan <i>finger painting</i> (30 menit)</p> <p><i>Finger painting</i> : 20 menit</p> <p>Menceritakan kreasi maksimal 1 menit masing-masing anak (maksimal 10 anak)</p>	<ol style="list-style-type: none"> a. Terapis membagikan peralatan dan bahan yang akan digunakan b. Terapis meminta anak untuk mencuci tangan sebelum memegang adonan c. Terapis memberi kebebasan pada anak untuk membuat kreasi d. Sementara anak membuat kreasi, terapis memberi penguatan anak untuk terus berkreasi, jangan mencela e. Setelah selesai <i>finger painting</i>, terapis meminta anak untuk mencuci tangan dan mengeringkan pakai lap f. Terapis mengarahkan anak untuk mengeringkan hasil kreasi <i>finger painting</i> yang dibuatnya (jangan langsung pada sinar matahari tetapi cukup pada ruangan yang kering saja) g. Terapis meminta anak untuk menceritakan hasil kreasi yang dibuat h. Terapis memberi pujian pada anak
3	<p>Terminasi (5 menit)</p>	<ol style="list-style-type: none"> a. Terapis menanyakan perasan anak setelah mendapat <i>finger painting</i> b. Terapis menganjurkan anak untuk mengekspresikan melalui gambar c. Terapis membuat kontrak yang akan datang dengan anak

F. Evaluasi

a. Evaluasi struktur

- Peralatan yang dibutuhkan lengkap
- Kontrak diberikan minimal 1 jam sebelum kegiatan

b. Evaluasi proses

Evaluasi dilakukan pada saat *finger painting* berlangsung :

- Anak mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir
- Anak melakukan *finger painting* sampai selesai
- Kegiatan berlangsung sesuai waktu yang ditentukan

c. Evaluasi hasil

Evaluasi didasarkan pada tujuan, meliputi:

- Anak dapat menceritakan kreasi yang dibuatnya
- Anak dapat menceritakan tentang perasaan setelah dilakukan *finger painting*

Kemampuan memberi respon terhadap *finger painting*

No	Aspek yang dinilai	Hari ke			
		1	2	3	4
1	Mengikuti <i>finger painting</i> dari awal sampai akhir				
2	Menyebutkan hasil kreasi yang dibuat				
3	Menceritakan perasaan setelah dilakukan <i>finger painting</i>				

Petunjuk tanda () jika mampu dan tanda (×) jika anak tidak mampu

Lampiran 6

LEMBAR KUESIONER DATA RESPONDEN

No Responden :
 Tanggal Pengisian :

Petunjuk pengisian :

- Diisi oleh orang tua
- Beri tanda silang (X) pada jawaban yang benar

1. apakah anak anda menangis ketika anda tidak di dekat anak ?
 a. Selalu b. Sering c. Kadang-kadang d. Tidak pernah
2. apakah anak anda mencari anda dengan memanggil nama anda ketika anda tidak di dekat anak?
 a. Selalu b. Sering c. Kadang-kadang d. Tidak pernah
3. apakah anak anda tidak mau bergaul dengan teman yang ada di ruang perawatan?
 a. Selalu b. Sering c. Kadang-kadang d. Tidak pernah
4. apakah anak anda tidak mau berbicara dengan orang lain selain anda?
 a. Selalu b. Sering c. Kadang-kadang d. Tidak pernah
5. apakah anak anda menolak makan/minum selama anak anda di rawat di rumah sakit?
 a. Selalu b. Sering c. Kadang-kadang d. Tidak pernah
6. apakah anak anda tampak takut ketika bertemu orang lain selain anda?
 a. Selalu b. Sering c. Kadang-kadang d. Tidak pernah
7. apakah anak anda menjadi lebih manja?
 a. Selalu b. Sering c. Kadang-kadang d. Tidak pernah
8. apakah anak anda menolak dengan mengeluarkan kata-kata seperti “pergi” kepada petugas kesehatan/orang lain?
 a. Selalu b. Sering c. Kadang-kadang d. Tidak pernah
9. apakah anak anda meminta menghentikan prosedur perawatan ketika perawat melakukan tindakan (seperti menyuntik, memasukan obat lewat infus)?
 a. Selalu b. Sering c. Kadang-kadang d. Tidak pernah
10. Apakah anak anda mencoba menyerang secara fisik (seperti menendang, memukul, menggigit) ketika akan dilakukan tindakan?
 a. Selalu b. Sering c. Kadang-kadang d. Tidak pernah

Lampiran 7

Lembar Observasi Respon Psikologis Anak Usia Prasekolah terhadap Stres Hospitalisasi Sebelum *Finger Painting*

No Responden :

Usia : 3- <4 tahun
 4- <5 tahun
 5- <6 tahun
 6 tahun

Lama perawatan : hari ke-
 Jenis kelamin : laki-laki
 Perempuan

Riwayat MRS : pernah/tidak pernah^(*)

Diagnosa medis :

Pengisian tanggal :

No	Respon Anak Usia Prasekolah terhadap Stres Hospitalisasi	Kelompok kontrol				Kelompok perlakuan			
		Sebelum dilakukan <i>finger painting</i>				Sebelum dilakukan <i>finger painting</i>			
		Ser ing	Sel alu	Kad ang	Tdk prnh	Ser ing	Sel alu	Kad ang	Tdk prnh
	Akibat perpisahan : 1. Menangis 2. Tidak mau bergaul dengan teman yang ada di ruangan perawatan 3. Mencari orang tua dengan memanggil-manggil orang tua 4. Tidak mau berbicara dengan orang lain selain orang tua 5. Menolak makan/minum Akibat kehilangan kendali: 6. Anak tampak takut 7. Anak menjadi manja (ingin disuapi, dipakaikan pakaian) Akibat perlukaan tubuh : 8. Anak menolak secara verbal ketika orang lain/ petugas kesehatan mendekat (misal 'pergi') 9. Anak meminta untuk menghentikan prosedur perawatan 10. Anak mencoba bertindak berani/menyerang (memukul, menggigit)								
	Skor								

Ketengan : Beri tanda *check list* () pada item yang sesuai dengan kondisi anak

Skoring : Selalu = 1; Sering = 2; Kadang = 3 ; Tidak pernah = 4 (*) = coret yang tidak perlu

Ketengan : Beri tanda *check list* () pada item yang sesuai dengan kondisi anak
Skoring : Selalu = 1; Sering = 2; Kadang = 3 ; Tidak pernah = 4 (*) = coret yang tidak perlu

Lampiran 8

Lembar Observasi Respon Psikologis Anak Usia Prasekolah terhadap Stres Hospitalisasi Sesudah *Finger Painting*

No Responden :

Usia : 3- <4 tahun
 4- <5 tahun
 5- <6 tahun
 6 tahun

Lama perawatan : hari ke-
 Jenis kelamin : laki-laki

Perempuan

Riwayat MRS : pernah/tidak pernah^(*)

Diagnosa medis :

Pengisian tanggal :

No	Respon Anak Usia Prasekolah terhadap Stres Hospitalisasi	Kelompok kontrol				Kelompok perlakuan			
		Sesudah dilakukan <i>finger painting</i>				Sesudah dilakukan <i>finger painting</i>			
		Ser ing	Sel alu	Kad ang	Tdk prnh	Ser ing	Sel alu	Kad ang	Tdk prnh
	Akibat perpisahan : 1. Menangis 2. Tidak mau bergaul dengan teman yang ada di ruangan perawatan 3. Mencari orang tua dengan memanggil-manggil orang tua 4. Tidak mau berbicara dengan orang lain selain orang tua 5. Menolak makan/minum Akibat kehilangan kendali: 6. Anak tampak takut 7. Anak menjadi manja (ingin disuapi, dipakaikan pakaian Akibat perlukaan tubuh : 8. Anak menolak secara verbal ketika orang lain/ petugas kesehatan mendekat (misal 'pergi') 9. Anak meminta untuk menghentikan prosedur perawatan 10. Anak mencoba bertindak berani/menyerang (memukul, menggigit)								
	Skor								

Keterangan : Beri tanda *check list* () pada item yang sesuai dengan kondisi anak

Skoring : Selalu = 1; Sering = 2; Kadang = 3 ; Tidak pernah = 4 ^(*)= coret yang tidak perlu

Lampiran 10

Lembar Rekapitulasi Kuesioner Responden Respon Psikologis Stres Hospitalisasi Pada Anak Usia Prasekolah di Ruang
Anak RS Ibu DAN ANAK AL-IRSYAD SURABAYA

NO RESPONDEN	Hari ke-1				Hari ke-2				Hari ke-3				Hari ke-4			
	Skor (%)				Skor (%)				Skor (%)				Skor (%)			
	Perlakuan		Kontrol		Perlakuan		Kontrol		Perlakuan		Kontrol		Perlakuan		Kontrol	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
1	47.5	55	50	50	47.5	65	50	50	47.5	80	50	52,5	47.5	92.5	50	52,5
2	42.5	45	42,5	42,5	42.5	50	42,5	42,5	42.5	67.5	42,5	45	42.5	85	42,5	45
3	50	57.5	45	47.5	50	67.5	45	50	50	77.5	45	50	50	90	45	55
4	42.5	47.5	40	40	42.5	57.5	40	40	42.5	67.5	40	40	42.5	85	40	42,5
5	45	52.5	42,5	45	45	60	42,5	47.5	45	70	42,5	50	45	87.5	42,5	52.5
6	42.5	50	47.5	47.5	42.5	62.5	47.5	47,5	42.5	75	47.5	47,5	42.5	87.5	47.5	50
7	45	57.5	40	40	45	65	40	40	45	72.5	40	42.5	45	87.5	40	42,5
8	37.5	47.5	47,5	47,5	37.5	47.5	47,5	47,5	37.5	65	47,5	47,5	37.5	82.5	47,5	47,5
9	42.5	55	50	52,5	42.5	65	50	55	42.5	77.5	50	55	42.5	90	50	57,5

Keterangan

< 75% = maladaptif

75% = adaptif

Lampiran 12

HASIL EVALUASI KEGIATAN *FINGER PAINTING*

No	Inisial responden	Aspek yang dinilai											
		Mengikuti finger painting dari awal sampai akhir				Menyebutkan kreasi yang dibuat				Menceritakan persaan setelah dilakukan finger painting			
		Hari ke-				Hari ke-				Hari ke-			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Perlakuan 01(P)												
2	02(P)												
3	03(P)												
4	04(P)												
5	05(P)												
6	06(P)												
7	07(P)												
8	08(P)												
9	09(P)												

- Sebagian besar anak mengikuti kegiatan *finger painting* dari awal sampai akhir
- Sebagian besar anak menyebutkan kreasi yang dibuat
- Sebagian besar anak menyatakan senang setelah dilakukan *finger painting*

Lampiran 11

Lembar Rekapitulasi Observasi Responden Respon Psikologis Stres Hospitalisasi
 Pada Anak Usia Prasekolah di Ruang Anak RS Ibu dan Anak AL-IRSYAD
 Surabaya

No	Kelompok perlakuan (P)		Kelompok kontrol (K)	
	Skor (%)		Skor (%)	
	Pre test	Post test	Pre test	Post test
1	50	90	45	47,5
2	40	85	40	45
3	50	90	45	50
4	40	85	45	45
5	50	90	50	55
6	40	90	45	47,5
7	45	90	45	45
8	40	80	40	45
9	45	90	50	50
– x	43	88	45	48

Keterangan

< 75% = maladaptif

75% = adaptif

Frequencies**Statistics**

		distribusi responden berdasar umur	distribusi responden berdasar hari perawatan	distribusi responden berdasar jenis penyakit	Distribusi responden berdasar jenis kelamin
N	Valid	18	18	18	18
	Missing	0	0	0	0

Frequency Table**distribusi responden berdasar umur**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3-<4tahun	4	22.2	22.2	22.2
	4-<5tahun	6	33.3	33.3	55.6
	5-<6tahun	4	22.2	22.2	77.8
	6tahun	4	22.2	22.2	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

distribusi responden berdasar hari perawatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1hari	2	11.1	11.1	11.1
	2hari	7	38.9	38.9	50.0
	3hari	6	33.3	33.3	83.3
	4hari	3	16.7	16.7	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

distribusi responden berdasar jenis penyakit

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	DHF	4	22.2	22.2	22.2
	Thypoid	3	16.7	16.7	38.9

GE	5	27.8	27.8	66.7
Bronkopneumonia	6	33.3	33.3	100.0
Total	18	100.0	100.0	

distribusi responden berdasar jenis kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid laki-laki	8	44.4	44.4	44.4
perempuan	10	55.6	55.6	100.0
Total	18	100.0	100.0	

Frequencies**Statistics**

		pre test hari pertama kelompok kontrol	post test hari pertama kelompok kontrol
N	Valid	9	9
	Missing	0	0

Frequency Table**pre test hari pertama kelompok kontrol**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 40	2	22.2	22.2	22.2
42.5	2	22.2	22.2	44.4
45	1	11.1	11.1	55.6
47.5	2	22.2	22.2	77.8
50	2	22.2	22.2	100.0
Total	9	100.0	100.0	

post test hari pertama kelompok kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 40	2	22.2	22.2	22.2
42.5	1	11.1	11.1	33.3
45	1	11.1	11.1	44.4
47	1	11.1	11.1	55.6

47.5	2	22.2	22.2	77.8
50	1	11.1	11.1	88.9
52.5	1	11.1	11.1	100.0
Total	9	100.0	100.0	

Descriptives**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
pre test hari pertama kelompok kontrol	9	40.00	50.00	45.0000	3.95285
post test hari pertama kelompok kontrol	9	40.00	52.50	45.8333	4.33013
Valid N (listwise)	9				

Wilcoxon Signed Ranks Test**Ranks**

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
post test hari pertama kelompok kontrol - pre Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
test hari pertama kelompok kontrol Positive Ranks	3 ^b	2.00	6.00
Ties	6 ^c		
Total	9		

a. post test hari pertama kelompok kontrol < pre test hari pertama kelompok kontrol

b. post test hari pertama kelompok kontrol > pre test hari pertama kelompok kontrol

c. post test hari pertama kelompok kontrol = pre test hari pertama kelompok kontrol

Test Statistics^b

	post test hari pertama kelompok kontrol - pre test hari pertama kelompok kontrol
Z	-1.732 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.083

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Frequencies**Statistics**

		pre test hari pertama kelompok perlakuan	post test hari pertama kelompok perlakuan
N	Valid	9	9
	Missing	0	0

Frequency Table

pre test hari pertama kelompok perlakuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	37.5	1	11.1	11.1	11.1
	42.5	4	44.4	44.4	55.6
	45	2	22.2	22.2	77.8
	47.5	1	11.1	11.1	88.9
	50	1	11.1	11.1	100.0
	Total	9	100.0	100.0	

post test hari pertama kelompok perlakuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	45	1	11.1	11.1	11.1
	47.5	2	22.2	22.2	33.3
	50	1	11.1	11.1	44.4
	52.5	1	11.1	11.1	55.6
	55	2	22.2	22.2	77.8
	57.5	2	22.2	22.2	100.0
	Total	9	100.0	100.0	

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
pre test hari pertama kelompok perlakuan	9	37.50	50.00	43.8889	3.56000
post test hari pertama kelompok perlakuan	9	45.00	57.50	51.9444	4.63980
Valid N (listwise)	9				

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
post test hari pertama kelompok perlakuan - Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
pre test hari pertama kelompok perlakuan Positive Ranks	9 ^b	5.00	45.00
Ties	0 ^c		
Total	9		

a. post test hari pertama kelompok perlakuan < pre test hari pertama kelompok perlakuan

b. post test hari pertama kelompok perlakuan > pre test hari pertama kelompok perlakuan

c. post test hari pertama kelompok perlakuan = pre test hari pertama kelompok perlakuan

Test Statistics^b

	post test hari pertama kelompok perlakuan - pre test hari pertama kelompok perlakuan
Z	-2.692 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.007

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Mann-Whitney Test**Ranks**

jenis kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
post test perlakuan dan kontrol hari pertama perlakuan	9	12.39	111.50
kontrol	9	6.61	59.50
Total	18		

Test Statistics^b

	post test perlakuan dan kontrol hari pertama
Mann-Whitney U	14.500
Wilcoxon W	59.500
Z	-2.327
Asymp. Sig. (2-tailed)	.020
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.019 ^a

- a. Not corrected for ties.
 b. Grouping Variable: jenis kelompok

Frequencies**pre test kelompok kontrol**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 40.00	2	22.2	22.2	22.2
42.50	2	22.2	22.2	44.4
45.00	1	11.1	11.1	55.6
47.50	2	22.2	22.2	77.8
50.00	2	22.2	22.2	100.0
Total	9	100.0	100.0	

post test hari kedua kelompok kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 40.00	2	22.2	22.2	22.2
42.50	1	11.1	11.1	33.3
47.50	3	33.3	33.3	66.7
50.00	2	22.2	22.2	88.9
55.00	1	11.1	11.1	100.0
Total	9	100.0	100.0	

Descriptive**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
pres test kelompok kontrol	9	40.00	50.00	45.0000	3.95285
post test hari kedua kelompok kontrol	9	40.00	55.00	46.6667	5.00000
Valid N (listwise)	9				

Wilcoxon Signed Ranks Test**Ranks**

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
post test hari kedua kelompok kontrol - Negative Ranks	0 ^a	.00	.00

pres test kelompok kontrol	Positive Ranks	3 ^b	2.00	6.00
	Ties	6 ^c		
	Total	9		

a. post test hari kedua kelompok kontrol < pres test kelompok kontrol

b. post test hari kedua kelompok kontrol > pres test kelompok kontrol

c. post test hari kedua kelompok kontrol = pres test kelompok kontrol

Test Statistics^b

	post test hari kedua kelompok kontrol - pres test kelompok kontrol
Z	-1.732 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.083

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Frequencies

Statistics

		pre test	post test hari kedua
N	Valid	9	9
	Missing	0	0

Frequency Table

pre test

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 37.50	1	11.1	11.1	11.1
42.50	4	44.4	44.4	55.6
45.00	2	22.2	22.2	77.8
47.50	1	11.1	11.1	88.9
50.00	1	11.1	11.1	100.0
Total	9	100.0	100.0	

post test hari kedua

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 47.50	1	11.1	11.1	11.1
50.00	1	11.1	11.1	22.2
57.50	1	11.1	11.1	33.3
60.00	1	11.1	11.1	44.4
62.50	1	11.1	11.1	55.6
65.00	3	33.3	33.3	88.9
67.50	1	11.1	11.1	100.0
Total	9	100.0	100.0	

Descriptives**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
pre test	9	37.50	50.00	43.8889	3.56000
post test hari kedua	9	47.50	67.50	60.0000	7.07107
Valid N (listwise)	9				

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks				
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post test hari kedua - pre test	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	9 ^b	5.00	45.00
	Ties	0 ^c		
	Total	9		
a. post test hari kedua < pre test				
b. post test hari kedua > pre test				
c. post test hari kedua = pre test				

Test Statistics^b	
	post test hari kedua - pre test
Z	-2.673 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.008
a. Based on negative ranks.	
b. Wilcoxon Signed Ranks Test	

Ranks

	jenis kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
post test kelompok kontrol dan perlakuan hari kedua	perlakuan	9	13.67	123.00
	kontrol	9	5.33	48.00
	Total	18		

Test Statistics^b

	post test kelompok kontrol dan perlakuan hari kedua
Mann-Whitney U	3.000
Wilcoxon W	48.000
Z	-3.330
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.000 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: jenis kelompok

Frequencies

Statistics

		pre test hari ketiga kelompok kontrol	post test hari ketiga kelompok kontrol
N	Valid	9	9
	Missing	0	0

Frequency Table

pre test kelompok kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	40.00	2	22.2	22.2	22.2
	42.50	2	22.2	22.2	44.4
	45.00	1	11.1	11.1	55.6
	47.50	2	22.2	22.2	77.8
	50.00	2	22.2	22.2	100.0
	Total	9	100.0	100.0	

post test hari ketiga kelompok kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	40.00	1	11.1	11.1	11.1
	42.50	1	11.1	11.1	22.2
	45.00	1	11.1	11.1	33.3
	47.50	2	22.2	22.2	55.6
	50.00	2	22.2	22.2	77.8
	52.50	1	11.1	11.1	88.9
	55.00	1	11.1	11.1	100.0

Descriptive

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation

pre test kelompok kontrol	9	40.00	50.00	45.0000	3.95285
post test hari ketiga kelompok kontrol	9	40.00	55.00	47.7778	4.75073
Valid N (listwise)	9				

Wilcoxon Signed Ranks Test**Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post test hari ketiga kelompok kontrol -	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
pre test kelompok kontrol	Positive Ranks	6 ^b	3.50	21.00
	Ties	3 ^c		
	Total	9		

a. post test hari ketiga kelompok kontrol < pres test kelompok kontrol

b. post test hari ketiga kelompok kontrol > pres test kelompok kontrol

c. post test hari ketiga kelompok kontrol = pres test kelompok kontrol

Test Statistics^b

		post test hari ketiga kelompok kontrol - pres test kelompok kontrol
Z		-2.232 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)		.026

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Frequencies**Statistics**

		pre test	post test hari ketiga
N	Valid	9	9
	Missing	0	0

Frequency Table**pre test**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	37.50	1	11.1	11.1	11.1
	42.50	4	44.4	44.4	55.6
	45.00	2	22.2	22.2	77.8

47.50	1	11.1	11.1	88.9
50.00	1	11.1	11.1	100.0
Total	9	100.0	100.0	

post test hari ketiga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 65.00	1	11.1	11.1	11.1
67.50	2	22.2	22.2	33.3
70.00	1	11.1	11.1	44.4
72.50	1	11.1	11.1	55.6
adaptif	1	11.1	11.1	66.7
77.50	2	22.2	22.2	88.9
80.00	1	11.1	11.1	100.0
Total	9	100.0	100.0	

Descriptives**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
pre test	9	37.50	50.00	43.8889	3.56000
post test hari ketiga	9	65.00	80.00	72.5000	5.30330
Valid N (listwise)	9				

Wilcoxon Signed Ranks Test**Ranks**

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
post test hari ketiga - pre test Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
Positive Ranks	9 ^b	5.00	45.00
Ties	0 ^c		
Total	9		

a. post test hari ketiga < pre test

b. post test hari ketiga > pre test

c. post test hari ketiga = pre test

Test Statistics^b

	post test hari ketiga - pre test
Z	-2.687 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.007

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Mann-Whitney Test**Ranks**

	jenis kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
post test kelompok kontrol dan perlakuan hari ketiga	perlakuan	9	14.00	126.00
	kontrol	9	5.00	45.00
	Total	18		

Test Statistics^b

	post test kelompok kontrol dan perlakuan hari ketiga
Mann-Whitney U	.000
Wilcoxon W	45.000
Z	-3.584
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.000 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: jenis kelompok

Frequencies**Statistics**

	pre test hari keempat kelompok kontrol	post test hari keempat kelompok kontrol
N Valid	9	9
Missing	0	0

Frequency Table**pre test kelompok kontrol**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 40.00	2	22.2	22.2	22.2
42.50	2	22.2	22.2	44.4
45.00	1	11.1	11.1	55.6
47.50	2	22.2	22.2	77.8
50.00	2	22.2	22.2	100.0
Total	9	100.0	100.0	

post test hari keempat kelompok kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 42.50	2	22.2	22.2	22.2
45.00	1	11.1	11.1	33.3
47.50	1	11.1	11.1	44.4
50.00	1	11.1	11.1	55.6
52.50	2	22.2	22.2	77.8
55.00	1	11.1	11.1	88.9
57.50	1	11.1	11.1	100.0
Total	9	100.0	100.0	

Descriptives**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
pre test kelompok kontrol	9	40.00	50.00	45.0000	3.95285
post test hari keempat kelompok kontrol	9	42.50	57.50	49.4444	5.41667
Valid N (listwise)	9				

Wilcoxon Signed Ranks Test**Ranks**

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
post test hari keempat kelompok kontrol - Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
pres test kelompok kontrol Positive Ranks	8 ^b	4.50	36.00
Ties	1 ^c		

Total	9		
-------	---	--	--

- a. post test hari keempat kelompok kontrol < pres test kelompok kontrol
 b. post test hari keempat kelompok kontrol > pres test kelompok kontrol
 c. post test hari keempat kelompok kontrol = pres test kelompok kontrol

Test Statistics^b

	post test hari keempat kelompok kontrol - pres test kelompok kontrol	
Z		-2.588 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)		.010

- a. Based on negative ranks.
 b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Frequencies

Statistics

		pre test	post test hari keempat
N	Valid	9	9
	Missing	0	0

Frequency Table

pre test

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 37.50	1	11.1	11.1	11.1
42.50	4	44.4	44.4	55.6
45.00	2	22.2	22.2	77.8
47.50	1	11.1	11.1	88.9
50.00	1	11.1	11.1	100.0
Total	9	100.0	100.0	

post test hari keempat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 82.50	1	11.1	11.1	11.1
85.00	2	22.2	22.2	33.3

87.50	3	33.3	33.3	66.7
90.00	2	22.2	22.2	88.9
92.50	1	11.1	11.1	100.0
Total	9	100.0	100.0	

Descriptives**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
pre test	9	37.50	50.00	43.8889	3.56000
post test hari keempat	9	82.50	92.50	87.5000	3.06186
Valid N (listwise)	9				

Wilcoxon Signed Ranks Test**Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post test hari keempat - pre test	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	9 ^b	5.00	45.00
	Ties	0 ^c		
	Total	9		

a. post test hari keempat < pre test

b. post test hari keempat > pre test

c. post test hari keempat = pre test

Test Statistics^b

	post test hari keempat - pre test
Z	-2.699 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.007

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Mann-Whitney Test**Ranks**

	jenis kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
post test kelompok kontrol dan perlakuan hari keempat	perlakuan	9	14.00	126.00
	kontrol	9	5.00	45.00
	Total	18		

Test Statistics^b

	post test kelompok kontrol dan perlakuan hari keempat
Mann-Whitney U	.000
Wilcoxon W	45.000
Z	-3.591
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.000 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: jenis kelompok

Frequencies

Statistics

		pre test lembar observasi kelompok perlakuan	pos test lembar observasi kelompok perlakuan
N	Valid	9	9
	Missing	0	0

Frequency Table

pre test lembar observasi kelompok perlakuan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 40	5	55.6	55.6	55.6
45	2	22.2	22.2	77.8
50	2	22.2	22.2	100.0
Total	9	100.0	100.0	

pos test lembar observasi kelompok perlakuan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 80	1	11.1	11.1	11.1

85	2	22.2	22.2	33.3
90	6	66.7	66.7	100.0
Total	9	100.0	100.0	

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
pre test lembar observasi kelompok perlakuan	9	40.00	50.00	43.3333	4.33013
pos test lembar observasi kelompok perlakuan	9	80.00	90.00	87.7778	3.63242
Valid N (listwise)	9				

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
pos test lembar observasi kelompok perlakuan - Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
pre test lembar observasi kelompok perlakuan Positive Ranks	9 ^b	5.00	45.00
Ties	0 ^c		
Total	9		

a. pos test lembar observasi kelompok perlakuan < pre test lembar observasi kelompok perlakuan

b. pos test lembar observasi kelompok perlakuan > pre test lembar observasi kelompok perlakuan

c. pos test lembar observasi kelompok perlakuan = pre test lembar observasi kelompok perlakuan

Test Statistics^b

	pos test lembar observasi kelompok perlakuan - pre test lembar observasi kelompok perlakuan
Z	-2.694 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.007

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Frequencies

Statistics

	pre test lembar observasi kelompok kontrol	pos test lembar observasi kelompok kontrol
N Valid	9	9

Statistics

		pre test lembar observasi kelompok kontrol	pos test lembar observasi kelompok kontrol
N	Valid	9	9
	Missing	0	0

Frequency Table**pre test lembar observasi kelompok kontrol**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	40	2	22.2	22.2	22.2
	45	5	55.6	55.6	77.8
	50	2	22.2	22.2	100.0
	Total	9	100.0	100.0	

pos test lembar observasi kelompok kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	45	4	44.4	44.4	44.4
	47.5	2	22.2	22.2	66.7
	50	2	22.2	22.2	88.9
	55	1	11.1	11.1	100.0
	Total	9	100.0	100.0	

Descriptives**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
pre test lembar observasi kelompok kontrol	9	40.00	50.00	45.0000	3.53553
pos test lembar observasi kelompok kontrol	9	45.00	55.00	47.7778	3.41056
Valid N (listwise)	9				

Wilcoxon Signed Ranks Test**Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
pos test lembar observasi	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
kelompok kontrol - pre test	Positive Ranks	6 ^b	3.50	21.00

lembar observasi kelompok kontrol	Ties	3 ^c	
	Total	9	

a. pos test lembar observasi kelompok kontrol < pre test lembar observasi kelompok kontrol

b. pos test lembar observasi kelompok kontrol > pre test lembar observasi kelompok kontrol

c. pos test lembar observasi kelompok kontrol = pre test lembar observasi kelompok kontrol

Test Statistics^b

	pos test lembar observasi kelompok kontrol - pre test lembar observasi kelompok kontrol
Z	-2.271 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.023

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Frequencies

Statistics

		post test lembar observasi kelompok perlakuan dan kontrol	jenis kelompok
N	Valid	18	18
	Missing	0	0

Frequency Table

post test lembar observasi kelompok perlakuan dan kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 55	1	5.6	5.6	5.6
60	6	33.3	33.3	38.9
70	2	11.1	11.1	50.0
80	1	5.6	5.6	55.6
85	2	11.1	11.1	66.7
90	6	33.3	33.3	100.0
Total	18	100.0	100.0	

jenis kelompok

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid perlakuan	9	50.0	50.0	50.0

kontrol	9	50.0	50.0	100.0
Total	18	100.0	100.0	

Descriptive

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
post test lembar observasi kelompok perlakuan dan kontrol	18	55.00	90.00	74.7222	14.08715
jenis kelompok	18	1.0	2.0	1.500	.5145
Valid N (listwise)	18				

Mann-Whitney Test

Ranks

	jenis kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
post test lembar observasi kelompok perlakuan dan kontrol	perlakuan	9	14.00	126.00
	kontrol	9	5.00	45.00
	Total	18		

Test Statistics^b

	post test lembar observasi kelompok perlakuan dan kontrol
Mann-Whitney U	.000
Wilcoxon W	45.000
Z	-3.717
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.000 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: jenis kelompok