

# SKRIPSI

**PENGARUH PEMBERIAN TERAPI BERMAIN TERHADAP  
RESPON KECEMASAN PADA TODDLER DI RUANG  
MENULAR ANAK RSU Dr. SOETOMO SURABAYA**

**PENELITIAN *QUASY EXPERIMENT***  
*(Non-randomized Control Group Pretest-Posttest Design)*

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)  
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UNAIR



Oleh :

**ERNA FAUZIAH**  
**NIM : 010330687-B**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2005**

## SURAT PERNYATAAN

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

Surabaya, 14 Pebruari 2005

Yang Menyatakan



ERNA FAUZIAH  
NIM. 010330687-B

LEMBAR PENGESAHAN

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI  
TANGGAL, 15 FEBRUARI 2005

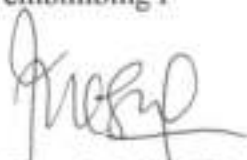
Oleh :

Pembimbing Ketua



Ririn Probawati, SKp, M.Kes  
NIP: 140 239 789

Pembimbing I



Yuni Sufvanti Arief, SKp  
NIP : 132 295 670

Pembimbing II



Nuzul Qur'aniati, S. Kep,Ns

Mengetahui :

An. Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga  
Pembantu Ketua I



Nursalam, M. Nurs (Honours)  
NIP. : 140 238 226

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI

Telah Diuji

Pada Tanggal, 18 Pebruari 2005

PANITIA PENGUJI

Ketua : Ririn Probowati, SKp, M.Kes

Anggota : 1. Yuni Sufyanti Arief, SKp



2. Nuzul Qur'aniati, S.Kep.Ns

3. Anita Apriliawati, S.Kp



Mengetahui :

An. Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga  
Pembantu Ketua I



Nursalam, M. Nurs (Honours)  
NIP. 140 238 226

## UCAPAN TERIMA KASIH

Syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul "PENGARUH PEMBERIAN TERAPI BERMAIN TERHADAP RESPON KECEMASAN PADA TODDLER DI RUANG MENULAR ANAK RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA".

Dalam penyusunan skripsi ini penulis banyak mendapat bimbingan dan dorongan dari berbagai pihak untuk itu perkenankan penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. H.M.S.Wiyadi, dr.Sp.THT, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan.
2. Prof. Dr. Eddy Soewandojo, dr,SpPD-KTI, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.
3. Bapak Nursalam, M.Nurs (Honours) selaku Pembantu Ketua I Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan.
4. Bapak Dr. Drs. I Ketut Suidiana, Msi selaku penanggung jawab bimbingan Skripsi Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Airlangga.
5. Ibu Ririn Probowati, SKp, M.Kes, selaku pembimbing ketua yang telah banyak meluangkan waktu, pemikiran dan saran-saran serta pengarahan dalam melaksanakan penelitian ini.
6. Ibu Yuni Sufyanti, SKp, selaku pembimbing yang telah mengorbankan waktu dan tenaga dalam mengarahkan penulis selama melaksanakan penelitian ini.
7. Ibu Nuzul Qur'aniati, S.Kep, Ns, selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu dan tenaga dalam mengarahkan penulis selama melaksanakan penelitian ini.

8. Ibu Anita Apriliawati, S.Kp, selaku penguji yang telah meluangkan waktu dalam mengarahkan penulis melaksanakan hasil penelitian ini.
9. Direktur RSUD Dr. Soetomo beserta Staf yang telah memberikan kesempatan dan membantu peneliti untuk melakukan kegiatan pelaksanaan penelitian.
10. Para responden yang telah bersedia menjadi peserta dalam penelitian ini.
11. Kedua Orang tuaku dan adik-adikku yang selalu memberikan dukungan moril maupun materiil selama saya mengikuti pendidikan.
12. Suami dan anakku tercinta yang selalu memberikan dukungan moril maupun materiil selama saya mengikuti pendidikan.
13. Semua teman-teman seangkatan yang telah membantu memberikan saran dan motivasi kepada penulis dalam melaksanakan penelitian ini.

Semoga amal dan kebaikannya diterima disisi Allah SWT dan mendapat imbalan pahala dari Allah SWT. Dalam penyusunan skripsi ini penulis menyadari masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran untuk perbaikan dimasa mendatang.

Akhir kata semoga skripsi yang sederhana ini dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan khususnya ilmu keperawatan.

Surabaya, 14 Pebruari 2005.

Penulis

## ABSTRACT

### THE EFFECT OF PLAYING THERAPY TO ANXIETY RESPONS ON TODDLER PHASE IN CHILD TROFIC ROOM Dr. SOETOMO GENERAL HOSPITAL

Quasy Experiment Research  
(Non-randomized Control Group Pretest-Postest Design)

By : Erna Fauziah

Child and family reaction to illness and admittance to hospital or daily care always in anxiety, stress and behavior changes. For toddler (1-3 years) who had cared in hospital, anxiety respons more visible than pre school child. The respons were nuisance, denial of separated to their parent, always carried on back, afraid to hospital environment. One of effective method to care anxiety is playing therapy.

The purpose of this study was to analyzed the effect of playing therapy to anxiety of toddler phase in child trofic room Dr. Soetomo general hospital, Surabaya.

This study method was Quasy Experimental (Non-randomized Control Group Pretest-Postest Design). with non propability sampling (Purposive Sampling). The population was child in toddler phase who had cared in child trofic room Dr. Soetomo general hospital with accounted 22 patients who having all studies criteria. Data collected by quitionare and observation and analyzed with Wilcoxon Signed Rank Test and Mann Whitney U Test with significant level  $p \leq 0,05$ .

From observation had carried out showed there were effect of playing therapy to anxiety respons on child with toddler phase in child trofic room Dr. Soetomo general hospital with significant level  $p = 0,005$  after intervention.

It can be concluded that the intervention with playing therapy could maladaptive anxiety respons decrease to be adaptive respons on child with toddler phase that supported participation of family. Next could suggetion playing therapy abled to act with right method in child trofic room Dr. Soetomo general hospital, Surabaya.

**Key word** : Playing Therapy, Toddler, Anxiety.

## DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul .....	i
Lembar Pernyataan .....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji .....	iv
Ucapan Terima Kasih.....	v
Abstract .....	vii
Daftar Isi .....	viii
Daftar Tabel .....	x
Daftar Gambar.....	xi
Daftar Bagan .....	xii
Daftar Lampiran.....	xiii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang Masalah .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penelitian .....	4
1.4 Manfaat Penelitian .....	5
1.4.1 Teoritis .....	5
1.4.2 Praktis .....	5
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>6</b>
2.1 Konsep Dasar Keperawatan Anak .....	6
2.1.1 Pengertian Anak Toddler .....	6
2.1.2 Pertumbuhan dan Perkembangan Toddler .....	6
2.1.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi Pertumbuhan dan Perkembangan Anak .....	10
2.2 Hospitalisasi .....	11
2.2.1 Pengertian Hospitalisasi pada Toddler .....	11
2.2.2 Reaksi Hospitalisasi terhadap Anak, Orang Tua dan Saudara Kandung .....	12
2.2.3 Usaha Perawat untuk mengurangi Reaksi Hospitalisasi .....	14
2.3 Konsep Bermain .....	15
2.3.1 Pengertian .....	15
2.3.2 Klasifikasi bermain .....	16
2.3.3 Fungsi Bermain .....	17
2.3.4 Tujuan Bermain .....	19
2.3.5 Pengaruh bermain bagi perkembangan anak .....	20
2.3.6 Faktor-faktor yang mempengaruhi aktivitas bermain .....	22
2.3.7 Prinsip permainan di Rumah Sakit .....	24
2.3.8 Pedoman dalam penyusunan program bermain bagi anak bagi anak yang dirawat di rumah sakit .....	25
2.3.9 Manfaat terapi bermain terhadap kecemasan .....	26
2.4 Kecemasan ( <i>ansietas</i> ) .....	27
2.4.1 Pengertian .....	27



2.4.2	Tingkat Kecemasan.....	28
2.4.3	Faktor Predisposisi.....	29
2.4.4	Stressor Pencetus.....	30
2.4.5	Sumber Koping.....	30
2.4.6	Mekanisme Koping.....	30
2.4.7	Upaya Meminimalisasi sumber kecemasan.....	31
2.5	Konsep Adaptif Dan Maladaptif.....	32
2.5.1	Pengertian.....	32
2.5.2	Manifestasi Kecemasan Yang Muncul Pada Anak.....	32
2.5.3	Mekanisme Koping.....	33
<b>BAB 3</b>	<b>KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN.....</b>	<b>35</b>
3.1	Kerangka Konseptual.....	35
3.2	Hipotesis.....	36
<b>BAB 4</b>	<b>METODOLOGI PENELITIAN.....</b>	<b>37</b>
4.1	Desain Penelitian.....	37
4.2	Kerangka Operasional.....	38
4.3	Populasi, Sampel dan Sampling.....	39
4.3.1	Populasi.....	39
4.3.2	Sampel.....	39
4.3.3	Sampling.....	39
4.4	Identifikasi Variabel.....	40
4.4.1	Variabel Independen.....	40
4.4.2	Variabel Dependen.....	40
4.5	Definisi Operasional.....	41
4.6	Pengumpulan dan Pengolahan Data.....	42
4.6.1	Bahan Penelitian.....	42
4.6.2	Instrument.....	42
4.6.3	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	42
4.6.4	Prosedur Pengumpulan Data.....	43
4.6.5	Cara Analisis Data.....	43
4.7	Etika Penelitian.....	44
4.7.1	Lembar Persetujuan menjadi Responden.....	44
4.7.2	<i>Anonimity</i> (tanpa nama).....	44
4.7.3	<i>Confidentiallity</i> (kerahasiaan).....	45
4.8	Keterbatasan.....	45
<b>BAB V</b>	<b>HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>46</b>
5.1	Hasil Penelitian.....	46
5.2	Pembahasan.....	58
<b>BAB VI</b>	<b>KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>66</b>
6.1	Kesimpulan.....	66
6.2	Saran.....	67
	Daftar Pustaka.....	68

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar : 5.1 Diagram Pie Distribusi berdasarkan umur pada kelompok perlakuan di ruang menular anak RSUD Dr. Soetomo Januari 2005 .....	47
Gambar : 5.2 Diagram Pie Distribusi berdasarkan umur pada kelompok kontrol di ruang menular anak RSUD Dr. Soetomo Januari 2005 .....	48
Gambar : 5.3 Diagram Pie Distribusi berdasarkan jenis kelamin pada kelompok perlakuan di ruang menular anak RSUD Dr. Soetomo Januari 2005 .....	49
Gambar : 5.4 Diagram Pie Distribusi berdasarkan jenis kelamin pada kelompok kontrol di ruang menular anak RSUD Dr. Soetomo Januari 2005 .....	49
Gambar : 5.5 Diagram Pie Distribusi berdasarkan Pernah Masuk Rumah sakit pada kelompok perlakuan di ruang menular anak RSUD Dr. Soetomo Januari 2005 .....	50
Gambar : 5.6 Diagram Pie Distribusi berdasarkan Pernah Masuk Rumah sakit pada kelompok kontrol di ruang menular anak RSUD Dr. Soetomo Januari 2005 .....	50
Gambar : 5.7 Diagram Pie Distribusi berdasarkan Pendidikan Orang Tua pada kelompok perlakuan di ruang menular anak RSUD Dr. Soetomo Januari 2005 .....	51
Gambar : 5.8 Diagram Pie Distribusi berdasarkan Pendidikan Orang Tua pada kelompok kontrol di ruang menular anak RSUD Dr. Soetomo Januari 2005 .....	52
Gambar : 5.9 Diagram Pie Distribusi berdasarkan Pekerjaan Orang Tua pada kelompok perlakuan di ruang menular anak RSUD Dr. Soetomo Januari 2005 .....	52
Gambar : 5.10 Diagram Pie Distribusi berdasarkan Pekerjaan Orang Tua pada kelompok kontrol di ruang menular anak RSUD Dr. Soetomo Januari 2005 .....	53

## DAFTAR TABEL

## Halaman

Tabel : 5.1 Pengaruh terapi bermain hari pertama terhadap respon kecemasan pada toddler diruang anak RSUD Dr. Soetomo Januari 2005.....	54
Tabel : 5.2 Pengaruh terapi bermain hari kedua terhadap respon kecemasan pada toddler diruang anak RSUD Dr. Soetomo Januari 2005.....	55
Tabel : 5.3 Pengaruh terapi bermain hari ketiga terhadap respon kecemasan pada toddler diruang anak RSUD Dr. Soetomo Januari 2005.....	56
Tabel : 5.4 Pengaruh terapi bermain hari ke empat terhadap respon kecemasan pada toddler diruang anak RSUD Dr. Soetomo Januari 2005.....	57

**DAFTAR BAGAN**

	Halaman
Bagan : 3.1 Kerangka Konseptual.....	35
Bagan : 4.1 Desain Penelitian.....	37
Bagan : 4.2 Kerangka Operasional.....	38

## DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 : Surat Ijin Pengambilan Data .....	70
Lampiran 2 : Proposal Terapi Bermain.....	71
Lampiran 3 : Lembar Permintaan Menjadi Responden.....	77
Lampiran 4 : Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	78
Lampiran 5 : Pedoman Pemberian Terapi Bermain.....	79
Lampiran 6 : Pedoman Observasi .....	80
Lampiran 7 : Lembar Observasi Pemberian Terapi Bermain.....	82
Lampiran 8 : Tabulasi Data.....	83
Lampiran 9 : Hasil Analisa Data.....	85

**BAB 1**  
**PENDAHULUAN**

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Pada saat akan dirawat dirumah sakit, anak akan mengalami berbagai perasaan yang sangat tidak menyenangkan seperti ; marah, takut, cemas, sedih dan nyeri. Perasaan tersebut dapat timbul karena menghadapi sesuatu yang baru dan belum pernah dialami sebelumnya, rasa tidak aman dan tidak nyaman, perasaan kehilangan sesuatu yang biasa dialaminya, dan sesuatu yang dirasakan menyakitkan. Tidak hanya anak, orang tua juga mengalami hal yang sama. Beberapa bukti menunjukkan bahwa orang tua mengalami kecemasan yang tinggi saat perawatan anaknya di rumah sakit walaupun orang tua juga diketahui tidak mengalaminya karena perawatan anak dirasakan dapat mengatasi permasalahannya. Terutama pada mereka yang baru pertama kali mengalami perawatan anak di rumah sakit dan orang tua yang kurang mendapat dukungan emosi dan sosial dari keluarga, kerabat bahkan petugas kesehatan akan menunjukkan perasaan cemasnya. lingkungan rumah sakit itu sendiri merupakan penyebab cemas bagi anak dan orang tuanya, baik lingkungan fisik rumah sakit seperti bangunan/ruang rawat, alat-alat, bau yang khas, pakaian putih petugas kesehatan maupun lingkungan sosial, seperti sesama pasien anak ataupun interaksi dan sikap petugas kesehatan itu sendiri (Supartini, 2004).

Data yang diperoleh dari *medical record* RSUD Dr. Soetomo, jumlah toddler yang dirawat di ruang menular anak bulan januari 2003 sampai dengan desember 2004 sebanyak 935 orang. Bulan januari 2005 sebanyak 138 orang dengan rata-rata anak yang masuk rumah sakit perbulan sebanyak 67 orang. Dari data yang diperoleh,

toddler yang menjalani rawat inap pada umumnya ditunggu oleh orang tuanya, dimana anak cenderung menunjukkan respon kecemasan seperti: menangis, rewel dan cenderung selalu minta digendong oleh ibu atau keluarga terdekat lainnya. Hal ini mempengaruhi proses perawatan anak yang menjalani rawat inap menjadi lama, biaya perawatan kesehatan meningkat (Doenges, 1999). Perawatan tidak efektif dan anak menjadi pasif berhubungan dengan orang lain.

Anak yang dirawat di rumah sakit dengan kondisi mudah lelah, kelemahan otot, napas pendek dan pucat, sulit untuk beradaptasi dengan lingkungan rumah sakit. Perawatan anak di rumah sakit memaksa anak untuk berpisah dari lingkungan yang dirasakannya aman, penuh kasih sayang, dan menyenangkan yaitu lingkungan rumah dan permainannya. Perawatan rumah sakit juga mengharuskan adanya pembatasan terhadap pergerakannya, anak akan kehilangan kemampuannya untuk mengontrol diri dan anak menjadi tergantung pada lingkungannya. Hal itu menyebabkan anak menunjukkan cemas dengan prosedur yang dilakukan terhadap dirinya (Wong : 2003). Kejadian yang demikian akan mempunyai dampak terhadap proses asuhan keperawatan pada anak menjadi lama, meningkatnya biaya perawatan kesehatan (Doenges, 1999). Anak juga mengalami gangguan aktivitas bermain, kebutuhan nutrisi dan gangguan pemenuhan oksigenasi. Sehingga perlu diadakan permainan untuk mengurangi kecemasan pada perpisahan, perlukaan, kehilangan kontrol dan rasa nyeri terhadap toddler. Dengan permainan anak menjadi lebih adaptif terhadap lingkungannya. Libatkan orang tua dalam permainan dan dorong orang tua untuk tetap bersama anak sehingga dapat meminimalkan kecemasan. Saat ini terapi RSU Dr. Soetomo telah menyediakan ruangan khusus untuk bermain bagi anak-anak



yang sedang dirawat dengan tujuan untuk pelaksanaan asuhan keperawatan dalam memenuhi kebutuhan anak dalam beraktivitas bermain untuk menunjang tumbuh kembang anak, tetapi pelaksanaannya belum dapat di fungsikan secara optimal.

Bermain merupakan aktivitas yang dapat dilakukan anak sebagai upaya stimulasi pertumbuhan dan perkembangannya dan bermain pada anak dirumah sakit menjadi media bagi anak untuk mengekspresikan perasaan, relaksasi dan distraksi perasaan yang tidak nyaman. Dengan bermain anak akan terlepas dari ketegangan dan kecemasan yang dialaminya karena dengan bermain anak akan dapat mengalihkan rasa sakitnya pada permainannya (distraksi) dan relaksasi melalui kesenangannya melakukan permainan. Bermain dapat digunakan untuk mendiagnosa persepsi anak terhadap situasi, persepsi terhadap pemberi pelayanan dan respon mental terhadap kejadian. Bermain dapat membantu mengurangi kecemasan dari perpisahan dan perasaan ingin pulang dan sarana untuk memenuhi tujuan terapeutik.

Dari uraian diatas, maka perlu dilakukan penelitian guna mengetahui seberapa jauh "Pengaruh pemberian terapi bermain terhadap respon kecemasan pada toddler di ruang menular anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya", sehingga hasil penelitian dapat memberikan masukan kepada perawat khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan kepada anak toddler.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian dalam latar belakang, maka dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut :

- 1.2.1 Apakah respon kecemasan terhadap toddler sebelum dilakukan terapi bermain pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi ?
- 1.2.2 Apakah respon kecemasan terhadap toddler setelah dilakukan terapi bermain pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi ?
- 1.2.3 Bagaimanakah pengaruh terapi bermain terhadap respon kecemasan pada toddler di ruang menular anak ?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Menganalisis pengaruh pemberian terapi bermain terhadap respon kecemasan toddler di ruang menular anak.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi respon kecemasan pada toddler sebelum dilakukan terapi bermain pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi.
2. Mengidentifikasi respon kecemasan pada toddler setelah dilakukan terapi bermain pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi.
3. Menganalisis pengaruh terapi bermain terhadap respon kecemasan pada toddler di ruang menular anak.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Teoritis**

Terapi bermain merupakan kegiatan bermain pada anak toddler dan seusianya yang diberikan dirumah sakit. Dengan melakukan permainan diharapkan dapat menurunkan reaksi hospitalisasi dan membantu proses penyembuhan anak sehingga anak dapat melanjutkan aktivitas bermainnya kembali.

Juga digunakan sebagai dasar dalam penelitian Ilmu Keperawatan guna meningkatkan mutu pelayanan dalam asuhan keperawatan.

### **1.4.2 Praktis**

Terapi bermain dapat digunakan sebagai tehnik alternatif untuk menurunkan respon maladaptif dan efektif mengatasi kecemasan pada anak yang mengalami hospitalisasi.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan membahas tentang: 1) Konsep dasar anak, 2) Hospitalisasi, 3) Konsep bermain dan 4) Kecemasan, 5) Konsep Adaptif dan Maladaptif, yang berhubungan dengan judul yang penulis pilih.

#### **2.1 Konsep Dasar Keperawatan Anak**

##### **2.1.1 Pengertian Anak Toddler**

Anak toddler adalah anak usia 1 sampai dengan 3 tahun (Lewer, 1996).

##### **2.1.2 Pertumbuhan Dan Perkembangan Toddler**

Pertumbuhan berkaitan dengan masalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu, yang bisa diukur dengan ukuran berat, ukuran panjang, umur tulang maupun keseimbangan metabolik. Sedangkan perkembangan adalah bertambahnya kemampuan (*skill*) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan sebagai hasil dari proses pematangan (Soetjiningsih, 1995).

Pertumbuhan adalah suatu proses alamiah yang terjadi pada individu, yaitu secara bertahap anak akan semakin bertambah berat dan tinggi sedangkan perkembangan adalah suatu proses yang terjadi secara simultan dengan pertumbuhan yang menghasilkan kualitas individu untuk berfungsi yang dihasilkan melalui proses pematangan dan proses belajar dari lingkungannya (Supartini, 2004). Perubahan pertumbuhan dan perkembangan adalah suatu keadaan dimana individu mengalami

atau berisiko terhadap, kerusakan kemampuan untuk melakukan tugas-tugas kelompok usianya atau gangguan pertumbuhan ( Carpenito, 1998 ).

Perkembangan toddler ini menurut *Sacharin* (1999), dibagi sebagai berikut :

### **1. Perkembangan Motorik**

#### **Usia 12 – 15 bulan**

Anak harus mampu untuk berputar dan memungut benda-benda. Ia mulai memanjat keatas. Ia dapat berjalan mantap dengan kaki yang terpisah lebar. Ia dapat mulai berjalan sendiri tetapi sering kali berhenti karena sering jatuh atau sering membentur peralatan rumah. Ia dapat duduk dari posisi berdiri dengan cara mendudukan diri kebelakang atau kadang-kadang menjatuhkan diri kedepan dengan bertumpu pada kedua tangannya kemudian mendudukan diri kebelakang untuk duduk. Ia dapat mendirikan menara kecil dari dua atau tiga kubus dan mampu memanipulasi pensil dengan seluruh tangannya.

#### **Usia 15 - 18 bulan**

Biasanya berjalan kaki dengan baik dengan posisi kaki yang hanya sedikit terpisah dan mulai atau berhenti berjalan tanpa jatuh.ia berlari tegak dengan kaku dan mata menatap kelantai 1-2 meter kedepannya. Ia mampu untuk mendorong dan menarik benda-benda yang berat misalnya mainan panci, kotak-kotak dan lainnya. Banyak diantara anak mampu memanjat kursi dan duduk diatasnya. Mereka dapat berjalan diatas tangga dengan bimbang dan merangkak turun kebawah. Mereka mencapai pengendalian yang cukup besar atas gerakan-gerakan halus misalnya memegang dan memberikan sendok dan pensil dan mulai mencoret-coret.

**Usia 18 - 24 bulan**

Berjalan dengan aman dengan menggunakan seluruh kakinya, berhenti dan berjalan dengan mudah serta menghindari halangan-halangan. Ia dapat menaiki tangga dengan memegang pegangan tangga atau dinding dengan menggunakan dua kaki pada tangga. Ia mampu melempar bola tanpa jatuh. Ia dapat memungut benda-benda halus seperti benang. Ia lebih banyak menggunakan usaha untuk menggambar garis. Ia dapat makan sendiri dengan menggunakan sendok tanpa terlalu banyak mengotori lantai. Selain itu juga mampu mengenakan sepatu, kaos kaki dan celana.

**Usia 24 – 30 bulan**

Harus mampu berjalan sendiri keatas tanpa pegangan pada dinding atau tangga tetapi ketika turun tetap memegang pegangan tangan dan menggunakan kedua kaki pada satu anak tangga. Ia dapat mendorong dan menarik permainan yang besar dengan terampil tetapi mempunyai kesulitan dalam mengendalikannya. Ia mampu meloncat dengan kedua kaki secara bersamaan dan berusaha untuk berdiri dengan berjingkat. Ia memegang pensil dengan ibu jari.

**Usia 30 – 36 bulan**

Pada tahap ini berjalan naik tangga dengan kaki secara bergantian tetapi turun dengan kedua kaki pada satu anak tangga terakhir. Ia mampu mengendarai sepeda roda tiga dan dapat berjalan dengan berjingkat. Ia dapat berpakaian sendiri dan mulai dapat memasang kancing. Memanipulasi dengan pensil berjalan terus sampai menjiplak suatu lingkaran.

## **2. Perkembangan Bahasa Dan Bicara**

### **Usia 12 bulan**

Beberapa anak mampu mengucapkan satu atau dua kata yang dapat dimengerti atau dikenali.

### **Usia 18 bulan**

Anak mampu mengucapkan enam sampai dua puluh kata yang dapat dikenali, dapat meniru kata-kata yang menonjol atau akhiran kata yang diucapkan pada mereka.

### **Usia 2 tahun**

Dapat menggunakan lebih 50 kata, dapat dikenali serta dapat menyatukan dua atau tiga kata secara bersama untuk membentuk suatu kalimat yang sederhana. Ia cenderung berbicara sendiri secara terus menerus saat bermain.

### **Usia 2 ½ tahun**

Anak meningkat dalam perbendaharaan kata serta mengerti dan menggunakan 200 atau lebih kata-kata yang dapat dikenali. Ia dapat menanyakan pertanyaan yang dimulai dengan: mengapa, apa dan dimana. Mereka bisa mendengarkan beberapa lagu anak-anak.

### **Usia 3 tahun**

Anak mampu untuk berbicara dengan normal. Ia dapat menggunakan bentuk jamak dan kata ganti. Ia dapat melakukan percakapan dengan berbagai derajat yang kompleks dan menanyakan banyak pertanyaan-pertanyaan. Ia senang mendengarkan cerita-cerita.



### 3. Perkembangan Psikososial

Pendekatan *Erikson* menguraikan perkembangan psikososial pada toddler adalah Otonomi *versus* malu dan ragu, perkembangan otonomi berpusat pada kemampuan anak untuk mengontrol tubuh dan lingkungannya. Anak ingin melakukan hal-hal yang ingin dilakukannya sendiri dengan menggunakan kemampuan yang sudah mereka miliki, seperti berjalan, berjinjit, memanjat dan memilih mainan atau barang yang diinginkannya. Pada fase ini, anak akan meniru perilaku orang lain disekitarnya dan hal ini merupakan proses belajar. Sebaliknya perasaan malu dan ragu akan timbul apabila anak merasa dirinya kerdil atau saat mereka dipaksa oleh orang tuanya atau orang dewasa lainnya untuk memilih atau berbuat sesuatu yang dikehendaki mereka (Supartini, 2004).

#### 2.1.3 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Pertumbuhan Dan Perkembangan Anak.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak menurut Yusuf (2000) adalah :

##### 1) Keberfungsian Keluarga

Seiring perjalanan hidupnya yang diwarnai faktor *internal* (kondisi fisik, psikis dan moralitas anggota keluarga) dan faktor *eksternal* (perubahan sosial-budaya) maka setiap keluarga mengalami perubahan yang beragam. Ada keluarga yang semakin kokoh dalam menerapkan fungsinya (fungsional-normal) tetapi ada juga keluarga yang mengalami keretakan atau ketidakharmonisan (disfungsional/tidak normal). Ciri-ciri keluarga ideal: minimnya perselisihan antar orang tua atau orangtua dengan anak, penuh kasih sayang, disiplin, bersikap mandiri,

saling menghormati, menghargai, menjalin kebersamaan, berkecukupan ekonomi dan mengamalkan nilai-nilai moral dan agama.

## **2) Pola Hubungan Orang Tua-Anak (sikap/perlakuan orang tua terhadap anak)**

Memberikan perhatian dan cinta kasih yang tulus kepada anak, menempatkan anak dalam posisi yang penting dalam rumah, mengembangkan hubungan yang hangat dengan anak, bersikap respek, mendorong anak menyatakan perasaan atau pendapatnya dan berkomunikasi secara terbuka dan mau mendengarkan masalahnya.

## **3) Status Ekonomi Atau Kelas Sosial**

Pengaruh status ekonomi terhadap anak menekankan figur-figur yang mempunyai otoritas, menekankan kepada kebebasan, pengembangan inisiatif, keingintahuan dan kreativitas anak.

## **2.2 Hospitalisasi**

### **2.2.1 Pengertian Hospitalisasi**

Hospitalisasi adalah suatu keadaan dimana seseorang dalam menjalani perawatan di rumah sakit (Dorland : 1994). Hospitalisasi merupakan suatu proses yang karena suatu alasan yang berencana atau darurat, mengharuskan anak untuk tinggal dirumah sakit menjalani terapi dan perawatan sampai pemulangnya kembali kerumah (Supartini, 2004).

Hospitalisasi merupakan stresor baik bagi anak maupun keluarga, yang diikuti ketidaktahuan, lingkungan yang asing serta kebiasaan yang berbeda, dan hal tersebut menyebabkan anak dan keluarga tertekan. (Lewer, 1996).

## **2.2.2 Reaksi Hospitalisasi Terhadap Anak, Orang Tua Dan Saudara Kandung.**

Berbagai macam perilaku yang ditunjukkan anak, orang tua dan saudara kandung anak sebagai reaksi terhadap perawatannya di rumah sakit sebagai berikut :

### **1) Reaksi Anak Terhadap Hospitalisasi**

Pada umumnya reaksi anak terhadap sakit adalah kecemasan karena perpisahan, kehilangan kontrol, perlukaan tubuh dan nyeri. Pembatasan terhadap pergerakannya, anak akan kehilangan kemampuannya untuk mengontrol diri dan anak menjadi tergantung pada lingkungannya. Akhirnya, anak akan kembali mundur pada kemampuan sebelumnya atau regresi. Terhadap perlukaan yang dialami atau nyeri yang dirasakan karena mendapatkan tindakan invasif, seperti injeksi, infus, pengambilan darah, anak akan meringis, menggigit bibirnya dan memukul. Walaupun demikian, anak dapat menunjukkan lokasi rasa nyeri dan mengkomunikasikan rasa nyerinya. (Supartini : 2004). Anak usia toddler bereaksi terhadap hospitalisasi, sumber stressor yang utama adalah perpisahan. Reaksi anak terhadap hospitalisasi dipengaruhi oleh perkembangan usia, pengalaman yang sebelumnya, support sistem yang tersedia dan keterampilan coping (Wong, 1995).

Pada anak usia toddler (1-3 tahun) yang dirawat dirumah sakit, respon kecemasan lebih tampak daripada anak usia prasekolah, yaitu anak rewel, tidak mau

ditinggal oleh ibu, minta digendong terus, takut terhadap lingkungan rumah sakit termasuk kepada dokter dan perawat yang merawatnya (Wong, 1995).

Kecemasan akibat perpisahan, yaitu perpisahan dengan orang tua atau orang terdekat bagi anak, respon anak toddler terhadap kecemasan perpisahan ini menurut Wong (1995) dalam *Nursing Journal Padjadjaran University* dibagi dalam 3 fase, yaitu:

- a. Fase protes, perilaku yang dapat dilihat pada anak diantaranya :
  - Menangis dengan keras waktu tindakan.
  - Menjerit.
  - Mencari orang tua melalui isyarat mata.
  - Berpegang kuat pada orang tua.
  - Menghindar/menolak kontak dengan orang yang tidak dikenal.
  - Secara verbal menyerang orang asing (misalnya dengan mengatakan "pergi!").
  - Menyerang secara fisik, seperti : menggigit, memukul, menendang, mencubit.
  - Berusaha lari mencari orang tua.
  - Berusaha secara fisik menahan orang tua untuk tetap tinggal.
- b. Fase putus asa, perilaku yang tampak diantaranya :
  - Tidak aktif, cenderung diam dan tidak mau beraktifitas.
  - Menarik diri dari orang lain.
  - Depresi, sedih (cenderung diam/murung dan tidak mau beraktifitas).
  - Tidak tertarik pada lingkungan.
  - Tidak komunikatif (tidak menjawab sapaan/menyapa).
  - Regresi, keperilaku terdahulu seperti : menghisap jari, ngompol dan lain-lain.
  - Menolak makan minum dan bergerak.
- c. Fase menerima, perilaku yang tampak diantaranya :
  - Tumbuhnya minat pada lingkungan sekitar.
  - Mau berinteraksi pada orang asing atau perawat.
  - Membentuk hubungan baru walaupun tidak secara dalam.
  - Tampak bahagia.

## 2) Reaksi Orang Tua Terhadap Hospitalisasi

Orang tua juga mengalami hal yang sama, yaitu ada perasaan takut, cemas, rasa bersalah, sedih bahkan seringkali konflik dihadapi karena harus menunggu anak dirumah sakit. Anak adalah bagian kehidupan dari orang tuanya sehingga apabila ada pengalaman yang mengganggu kehidupannya, orang tuapun merasa sangat stres (Supartini, 2004).

## 3) Reaksi Saudara Kandung Terhadap Hospitalisasi

Reaksi yang sering muncul pada saudara kandung adalah (*sibling*) terhadap kondisi ini adalah marah, cemburu, benci dan rasa bersalah. Rasa marah timbul karena jengkel terhadap orang tua yang dinilai tidak memperhatikannya. Cemburu karena dirasakan orang tuanya lebih mementingkan saudaranya yang sedang sakit, benci dengan situasi yang tidak menyenangkan dan rasa bersalah juga dapat muncul karena anak berpikir saudaranya sakit mungkin akibat kesalahannya (Supartini,2004).

### 2.2.3 Usaha Perawat Untuk Mengurangi Reaksi Hospitalisasi

Usaha-usaha perawat untuk mengurangi reaksi hospitalisasi menurut Supartini (2004) adalah :

- 1) *Rooming In*. Melibatkan orang tua berperan aktif dalam perawatan anak dengan cara membolehkan mereka untuk tinggal bersama anak selama 24 jam.
- 2) Modifikasi ruang perawatan dengan cara membuat situasi ruang rawat seperti dirumah, diantaranya dengan membuat dekorasi ruangan yang bernuansa anak.

- 3) Hindarkan pembatasan fisik jika anak dapat kooperatif terhadap petugas kesehatan. Apabila anak harus diisolasi, lakukan modifikasi lingkungan sehingga isolasi tidak terlalu dirasakan oleh anak dan orang tua, pertahankan kontak antara orang tua dan anak. Pertimbangkan untuk menghadirkan orang tua pada saat anak dilakukan tindakan atau prosedur yang menimbulkan rasa nyeri.
- 4) Beri kesempatan anak untuk mengambil keputusan dan melibatkan orang tua dalam perencanaan kegiatan asuhan keperawatan.
- 5) Lakukan permainan terlebih dahulu sebelum melakukan persiapan fisik anak, misalnya dengan bercerita, menggambar, bermain, menonton video kaset yang berkaitan dengan tindakan atau prosedur yang akan dilakukan pada anak.
- 6) Mempersiapkan psikologis anak dan orang tua untuk tindakan prosedur yang menimbulkan rasa nyeri, yaitu dengan menjelaskan apa yang dilakukan dan memberikan dukungan psikologis pada orang tua.

## **2.3 Konsep Bermain**

### **2.3.1 Pengertian**

Bermain merupakan kegiatan yang selalu dilakukan seseorang untuk memperoleh kesenangan, tanpa mempertimbangkan hasil akhir (e-Smartschool.com, 2005). Bermain merupakan cerminan kemampuan fisik, intelektual, emosional dan sosial dan bermain merupakan media yang baik untuk belajar karena dengan bermain, anak-anak akan berkata-kata (berkomunikasi) belajar menyesuaikan diri dengan lingkungan, melakukan apa yang dapat dilakukannya dan mengenal waktu, jarak serta suara. Hal terpenting adalah untuk meningkatkan kesejahteraan mental dan sosial anak (Wong, 2000), sedangkan menurut *Hurlock E.B* (1998) bermain

selalu dilakukan baik oleh anak yang sehat maupun anak yang sedang sakit dan menjalani perawatan dirumah sakit. Dengan bermain anak yang dirawat akan mudah untuk beradaptasi dengan lingkungan yang baru, karena lewat bermain anak akan terhibur dan pikirannya tidak terpusat pada keadaan sakitnya.

### 2.3.2 Klasifikasi Bermain

#### 1. Berdasarkan isi permainan

*Sense of pleasure play*, permainan ini menggunakan alat yang dapat menimbulkan rasa senang pada anak dan biasanya mengasyikkan. Misalnya dengan menggunakan pasir anak akan membuat gunung-gunungan dan/atau air dimasukkan kedalam botol/bak. Ciri khas permainan ini adalah anak makin lama makin asyik bersentuhan dengan alat permainannya sehingga susah dihentikan.

#### 2. Berdasarkan karakter sosial

Berdasarkan karakteristik dari permainan yang tepat dipilih untuk anak usia toddler adalah *sollitary play* dan *parallel play*. Pada usia 1 sampai 2 tahun lebih jelas terlihat anak melakukan permainan sendiri dengan mainannya sendiri, sedangkan pada usia lebih dari 2 tahun sampai 3 tahun, anak mulai dapat melakukan permainan secara paralel karena sudah dapat berkomunikasi dalam kelompoknya walaupun belum begitu jelas karena kemampuan berbahasa belum begitu lancar.

##### 1) *Sollitary Play*

Pada permainan, anak tampak berada dalam kelompok permainan, tetapi anak bermain sendiri dengan alat permainan yang dimilikinya dan alat permainan

tersebut berbeda dengan alat permainan yang digunakan temannya, tidak ada kerjasama ataupun komunikasi dengan teman sepermainannya.

## 2) *Paralel Play*

Pada permainan ini anak dapat menggunakan alat permainan yang sama, tetapi antara satu anak dengan anak lain tidak terjadi kontak satu sama lain sehingga antara anak satu dengan anak lain tidak ada sosialisasi satu sama lain. Biasanya permainan ini dilakukan anak usia toddler.

### 2.3.3 Fungsi Bermain

Fungsi bermain adalah merangsang perkembangan sensorik-motorik, perkembangan intelektual, perkembangan sosialisasi dan moral, kreativitas, kesadaran diri, nilai terapeutik adalah sebagai berikut (Wong, 2003) :

#### 1) Perkembangan sensorik-motorik

- Memperbaiki keterampilan motorik kasar dan halus serta koordinasi.
- Meningkatkan perkembangan semua indera.
- Mendorong eksplorasi pada sifat fisik dunia.
- Memberikan pelampiasan kelebihan energi.

#### 2) Perkembangan intelektual

- Memberikan sumber-sumber yang beranekaragam untuk pembelajaran.
- Eksplorasi dan manipulasi bentuk, ukuran, tekstur, warna.
- Pengalaman dengan angka, hubungan yang renggang, konsep abstrak
- Kesempatan untuk mempraktikkan dan memperluas keterampilan berbahasa
- Memberikan kesempatan untuk melatih pengalaman masa lalu dalam upaya mengasimilasinya kedalam persepsi dan hubungan baru



- Membantu anak memahami dunia dimana mereka hidup dan membedakan antara fantasi dan realita.

### 3) Perkembangan sosialisasi dan moral

- Mengajarkan peran orang dewasa, termasuk perilaku peran seks.
- Memberikan kesempatan untuk menguji hubungan.
- Mengembangkan keterampilan sosial.
- Mendorong interaksi dan perkembangan sikap yang positif terhadap orang lain.
- Memperkuat pola perilaku yang telah disetujui dan standar moral.

### 4) Kreativitas

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

### 5) Kesadaran diri

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

### 6) Nilai terapeutik

- Memberikan pelepasan stres dan ketegangan

- Memungkinkan ekspresi emosi dan pelepasan impuls yang tidak dapat diterima dalam bentuk yang secara sosial dapat diterima.
- Mendorong percobaan dan pengujian situasi yang menakutkan dengan cara yang aman.
- Memudahkan komunikasi verbal tidak langsung dan nonverbal tentang kebutuhan, rasa takut dan keinginan.
- Mengalihkan rasa sakitnya pada permainannya (distraksi) dan relaksasi melalui kesenangannya melakukan permainan.

#### **2.3.4 Tujuan Bermain**

- 1) Untuk melanjutkan pertumbuhan dan perkembangan yang normal pada saat anak sakit anak mengalami gangguan dalam pertumbuhan dan perkembangannya. Walaupun demikian, anak selama dirawat di rumah sakit, kegiatan stimulasi pertumbuhan dan perkembangan masih harus tetap dilanjutkan untuk menjaga kesinambungannya.
- 2) Mengekspresikan perasaan, keinginan dan fantasi serta ide-idenya. Pada saat anak sakit anak mengalami berbagai perasaan yang sangat tidak menyenangkan. Pada anak yang belum dapat mengekspresikannya secara verbal, permainan adalah media yang sangat efektif untuk mengekspresikannya.
- 3) Mengembangkan kreativitas dan kemampuan memecahkan masalah. Permainan akan menstimulasi daya pikir, imajinasi dan fantasinya untuk menciptakan sesuatu seperti yang ada dalam pikirannya.
- 4) Dapat beradaptasi secara efektif terhadap stres karena sakit dan dirawat di rumah sakit. Kecemasan yang dialami anak saat dirawat di rumah sakit tidak dapat

dihindarkan sebagaimana juga yang dialami orang tuanya. Untuk itu yang penting adalah bagaimana menyiapkan orang tua untuk dapat beradaptasi dengan stresor yang dialaminya dirumah sakit secara efektif (Supartini, 2004).

### **2.3.5 Pengaruh Bermain Bagi Perkembangan Anak**

Menurut *Hurlock E.B* (1998) pengaruh bermain bagi perkembangan anak sebagai berikut :

#### **1. Perkembangan Fisik**

Bermain aktif penting anak untuk mengembangkan otot dan melatih seluruh bagian tubuhnya. Bermain juga berfungsi sebagai penyaluran tenaga yang berlebihan yang bila terpendam terus akan membuat anak tegang, gelisah dan mudah 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 mengerti apa yang dikomunikasikan anak lain.

#### **3. Penyaluran bagi energi emosional yang terpendam**

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 seringkali dapat dipenuhi dengan bermain. Anak yang tidak mampu mencapai peran pemimpin dalam kehidupan nyata mungkin akan memperoleh pemenuhan keinginan itu dengan menjadi pemimpin tentara mainan.

**5. Sumber belajar**

Bermain memberi kesempatan untuk mempelajari berbagai hal: melalui buku, televisi atau menjelajah lingkungan yang tidak diperoleh anak dari belajar di rumah atau sekolah.

**6. Rangsangan bagi kreativitas**

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

**7. Perkembangan wawasan diri**

Dengan bermain anak mengetahui tingkat kemampuannya dibandingkan dengan temannya bermain. Ini memungkinkan mereka untuk mengembangkan konsep dirinya dengan lebih pasti dan nyata.

**8. Belajar bermasyarakat**

Dengan bermain bersama anak lain, mereka belajar bagaimana membentuk hubungan sosial dan bagaimana menghadapi dan memecahkan masalah yang timbul dalam hubungan tersebut.

**9. Standar moral**

Walaupun anak belajar di rumah dan di sekolah tentang apa saja yang dianggap baik dan buruk oleh kelompok, tidak ada pemaksaan standar moral paling teguh selain dalam kelompok bermain.

**10. Belajar bermain sesuai dengan peran jenis kelamin**

Anak belajar di rumah dan di sekolah mengenai apa saja peran jenis kelamin

yang disetujui. Akan tetapi, mereka segera menyadari bahwa mereka juga harus menerimanya bila ingin menjadi anggota kelompok.

#### **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.

#### **2.3.6 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Aktivitas Bermain**

Menurut *Hurlock E.B* (1998), faktor-faktor yang mempengaruhi aktivitas bermain sebagai berikut :

##### **1. Status kesehatan**

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

##### **2. Perkembangan motorik**

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

##### **3. Intelegensi**

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

#### **4. Jenis kelamin**

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

#### **5. Lingkungan**

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

#### **6. Status sosial ekonomi**

Anak dari kelompok sosioekonomi yang lebih tinggi lebih menyukai kegiatan yang mahal, seperti lomba atletik, bermain sepatu roda, sedangkan mereka dari kalangan bawah terlihat dalam kegiatan yang tidak mahal seperti bermain bola dan berenang. Kelas sosial mempengaruhi buku yang dibaca dan film yang ditonton anak, jenis kelompok rekreasi yang dimilikinya dan supervisi terhadap mereka.

#### **7. Jumlah waktu bebas**

Jumlah waktu bermain terutama bergantung pada status ekonomi keluarga. Apabila tugas rumah tangga atau pekerjaan menghabiskan waktu luang mereka, anak terlalu lelah untuk melakukan kegiatan yang membutuhkan tenaga yang lebih besar.

## 8. Peralatan bermain

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

### 2.3.7 Prinsip Permainan Anak di Rumah Sakit

Prinsip permainan di rumah sakit (Supartini: 2004) sebagai berikut :

- 1) Permainan tidak boleh bertentangan dengan pengobatan yang sedang dijalankan pada anak. Apabila anak harus tirah baring, harus dipilih permainan yang dapat dilakukan ditempat tidur dan anak tidak boleh diajak bermain dengan kelompoknya ditempat bermain khusus yang ada di ruangan rawat. Misalnya sambil tiduran ditempat tidurnya anak dapat dibacakan buku cerita atau diberikan buku komik anak-anak, mobil-mobilan yang tidak pakai *remote kontrol*, robot-robotan dan permainan yang dapat dimainkan anak dan orang tuanya sambil tiduran.
- 2) Permainan yang tidak membutuhkan banyak energi, singkat dan sederhana. Pilih jenis permainan yang tidak melelahkan anak, menggunakan alat permainan yang ada pada anak dan atau yang tersedia diruangan. Kalaupun akan membuat suatu alat permainan, pilih yang sederhana supaya tidak melelahkan anak (misalnya, menggambar atau mewarnai, bermain boneka dan membaca buku cerita).
- 3) Permainan yang harus mempertimbangkan keamanan anak. Pilih alat permainan yang aman untuk anak, tidak tajam, tidak merangsang anak untuk berlari-lari dan bergerak secara berlebihan.

- 4) Permainan harus melibatkan kelompok umur yang sama. Apabila permainan dilakukan khusus dikamar bermain secara berkelompok, permainan harus dilakukan pada kelompok umur yang sama. Misalnya permainan mewarnai pada kelompok usia prasekolah
- 5) Melibatkan orang tua. Satu hal yang harus diingat bahwa orang tua mempunyai kewajiban untuk tetap melangsungkan upaya stimulasi tumbuh kembang pada anak walaupun sedang dirawat di rumah sakit, termasuk dalam aktivitas bermain anaknya. Perawat hanya bertindak sebagai fasilitator sehingga apabila permainan diinisiasi oleh perawat, orang tua harus terlibat secara aktif dan mendampingi anak mulai dari awal permainan sampai mengevaluasi hasil permainan anak bersama dengan perawat dan orang tua anak lainnya.

### **2.3.8 Pedoman dalam penyusunan program bermain bagi anak yang dirawat di Rumah Sakit**

Menurut Supartini (2004), pedoman dalam penyusunan program bermain bagi anak yang dirawat di rumah sakit sebagai berikut :

#### **1. Tujuan Bermain**

Tujuan yang ditetapkan harus memperhatikan prinsip bermain bagi anak yang dirawat di rumah sakit, yaitu menekan pada upaya ekspresi sekaligus relaksasi dan distraksi dari perasaan takut, cemas, sedih, tegang dan nyeri.

#### **2. Proses kegiatan bermain**

Perawat hanya sebagai fasilitator dan kegiatan bermain harus dilakukan secara aktif oleh anak dan orang tuanya. Kegiatan bermain yang dijalankan mengacu pada tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya.



### 3. Alat permainan yang diperlukan

Tetapkan jenis alat permainan yang akan digunakan. Ingat bahwa alat permainan tidak harus baru dan bagus, gunakan bahan yang murah dan harga terjangkau. Gunakan alat permainan yang dimiliki anak atau yang tersedia diruang rawat. Yang penting adalah alat permainan yang digunakan harus menggambarkan kreativitas perawat dan orang tua sebagai media untuk eksplorasi perasaan anak.

### 4. Pelaksanaan kegiatan bermain

Selama kegiatan bermain, respon anak dan orang tua harus diobservasi dan menjadi catatan bagi perawat, apabila tampak adanya kelelahan pada anak, permainan tidak boleh diteruskan.

### 5. Evaluasi/penilaian

Diakhir kegiatan bermain, lakukan evaluasi secara menyeluruh dengan cara membandingkan pelaksanaan bermain dengan tujuan yang telah ditetapkan semula. Hambatan yang ditemui selama kegiatan bermain, apabila dilakukan secara berkelompok dan melibatkan semua orang tua anak yang ikut bermain. Hal positif yang perlu dipertimbangkan, hasil permainan anak dalam bentuk gambar atau benda dari melipat kertas dapat dijadikan dekorasi di ruang rawat anak, sekaligus juga berikan pujian dan penghargaan terhadap apa yang telah dilakukan anak dengan baik.

#### **2.3.9 Manfaat Terapi Bermain terhadap kecemasan**

Aktivitas bermain yang dilakukan perawat pada anak dirumah sakit (Supartini, 2004) akan memberikan keuntungan sebagai berikut :

- 1) Meningkatkan hubungan antara klien (anak dan keluarga) dan perawat karena dengan melaksanakan kegiatan bermain, perawat mempunyai kesempatan untuk membina hubungan yang baik dan menyenangkan dengan anak dan keluarganya. Bermain merupakan alat komunikasi yang efektif antara perawat dan klien.
- 2) Perawatan di rumah sakit akan membatasi kemampuan anak untuk mandiri. Aktivitas bermain yang terprogram akan memulihkan perasaan mandiri pada anak.
- 3) Permainan pada anak di rumah sakit tidak hanya akan memberikan rasa senang pada anak, tetapi juga akan membantu anak mengekspresikan perasaan dan pikiran cemas, takut, sedih, tegang dan nyeri.
- 4) Permainan yang terapeutik akan dapat meningkatkan kemampuan anak untuk mempunyai tingkah laku yang positif.
- 5) Permainan yang memberi kesempatan pada beberapa anak untuk berkompetisi secara sehat, akan dapat menurunkan ketegangan pada anak dan keluarganya.

## **2.4 Kecemasan (*ansietas*)**

### **2.4.1 Pengertian**

Kecemasan sangat berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak objek yang spesifik. Kondisi dialami secara subjektif dan dikomunikasikan dalam hubungan interpersonal. *Ansietas* berbeda dengan rasa takut, yang merupakan penilaian intelektual terhadap sesuatu yang berbahaya. Kecemasan (*ansietas*) adalah respon emosional terhadap penilaian tersebut. Kapasitas untuk menjadi cemas diperlukan untuk bertahan hidup, tetapi tingkat kecemasan yang parah tidak sejalan dengan kehidupan (Stuart & Sundeen, 1998). Kecemasan adalah

suatu sinyal yang menyadarkan; ia memperingatkan adanya bahaya yang mengancam dan memungkinkan seseorang mengambil tindakan untuk mengatasi ancaman. Sebagai contoh kecemasan adalah normal bagi bayi/anak yang terancam perpisahan dengan orang tuanya atau hilangnya cinta. (Kaplan & Sadock, 1997).

*Ansietas* adalah suatu keadaan dimana individu/kelompok mengalami perasaan yang sulit (ketakutan) dan aktivasi sistem saraf otonom dalam berespons terhadap ketidakjelasan, ancaman tidak spesifik (Carpenito, 1998). *Ansietas* merupakan alihan dari perasaan yang ditimbulkan oleh tidak spesifiknya penyelesaian konsep diri seseorang terhadap kesehatannya, nilai-nilai, modal lingkungan fungsi peran, pemenuhan kebutuhan, pencapaian tujuan dan persamaan homural (Miller: 1995). *Ansietas* sangat bervariasi bergantung dari intensitas beratnya yang dirasakan yang dirasakan penyelesaian dan berhasil (Carpenito: 1998).

#### 2.4.2 Tingkat Kecemasan

Tingkat kecemasan (Stuart & Sundeen, 1998) sebagai berikut :

- 1) *Kecemasan ringan*, berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya.
- 2) *Kecemasan sedang*, memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain.
- 3) *Kecemasan berat* sangat mengurangi lahan persepsi seseorang. Seseorang cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik dan tidak dapat berpikir tentang hal lain.

- 4) *Kecemasan panik*, dari kecemasan berhubungan dengan terperangah, ketakutan dan teror. Rincian terpecah dari proporsinya. Karena mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahannya (Stuart & Sundeen, 1998).

### 2.4.3 Faktor Predisposisi

- 1) Dalam pandangan *psikoanalitik*, kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif seseorang, sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang.
- 2) Menurut pandangan *interpersonal* kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal. Kecemasan juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan yang menimbulkan kelemahan spesifik.
- 3) Menurut pandangan *perilaku* kecemasan merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan.
- 4) *Kajian keluarga* menunjukkan bahwa gangguan kecemasan merupakan hal yang biasa ditemui dalam suatu keluarga.
- 5) *Kajian biologis* menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepines. Reseptor ini mungkin membantu mengatur kecemasan. Penghambat asam aminobutirik-gamma neroregulator (GABA) juga berperan dalam mekanisme biologis berhubungan dengan kecemasan.

#### 2.4.4 Stresor Pencetus

Stresor pencetus mungkin berasal dari sumber internal atau eksternal.

Stresor pencetus dikelompokkan dalam 2 kategori :

- 1) *Ancaman terhadap integritas seseorang* meliputi ketidakmampuan fisiologis yang akan datang atau menurunnya kapasitas untuk melakukan aktivitas hidup sehari hari.
- 2) *Ancaman terhadap sistem diri seseorang* dapat membahayakan identitas, harga diri dan fungsi sosial yang terintegrasi seseorang.

#### 2.4.5 Sumber Koping

Individu dapat mengatasi stres dan kecemasan dengan menggerakkan sumber koping di lingkungan. Sumber koping tersebut sebagai modal ekonomik, kemampuan penyelesaian masalah, dukungan sosial dan keyakinan budaya dapat membantu seseorang mengintegrasikan pengalaman yang menimbulkan stres dan mengadopsi strategi koping yang berhasil.

#### 2.4.6 Mekanisme Koping

Pola yang cenderung digunakan seseorang untuk mengatasi kecemasan ringan cenderung tetap dominan ketika kecemasan menghebat. Kecemasan tingkat ringan sering ditanggulangi tanpa pemikiran serius. Tingkat kecemasan sedang dan berat menimbulkan 2 jenis mekanisme koping :

- 1) *Reaksi yang berorientasi pada tugas* yaitu upaya yang disadari dan berorientasi pada tindakan untuk memenuhi secara realistik tuntutan situasi stres.

- Perilaku menyerang digunakan untuk mengubah atau mengatasi hambatan pemenuhan kebutuhan.
- Perilaku menarik diri digunakan baik secara fisik maupun psikologik untuk memindahkan seseorang dari sumber stres.
- Perilaku kompromi digunakan untuk mengubah cara seseorang mengoperasikan, mengganti tujuan atau mengorbankan aspek kebutuhan personal seseorang.

2) *Mekanisme pertahanan ego* membantu mengatasi kecemasan ringan dan sedang, tetapi jika berlangsung pada tingkat tidak sadar dan melibatkan penipuan diri dan distorsi realitas, maka mekanisme ini dapat merupakan respons maladaptif terhadap stres (Stuart & Sundeen : 1998).

#### 2.4.7 Upaya Meminimalisasi Sumber Kecemasan.

Upaya meminimalisasi sumber kecemasan dapat dilakukan dengan cara mencegah atau mengurangi dampak perpisahan, mencegah perasaan kehilangan kontrol, dan mengurangi atau meminimalkan rasa takut terhadap perlukaan tubuh dan rasa nyeri, diantaranya sebagai berikut (Supartini, 2004) :

1. Melibatkan orang tua berperan aktif dalam perawatan anak dengan cara memperbolehkan mereka untuk tinggal bersama anak selama 24 jam (*rooming in*).
2. Modifikasi ruang perawatan dengan cara membuat situasi ruang rawat seperti dirumah, diantaranya membuat dekorasi ruangan yang bernuansa anak.
3. Hindarkan pembatasan fisik jika anak dapat kooperatif terhadap petugas kesehatan.

4. Buat jadwal kegiatan untuk prosedur terapi, latihan, bermain dan aktivitas lain dalam perawatan.
5. Mempersiapkan psikologis anak dan orang tua untuk tindakan prosedur yang menimbulkan rasa nyeri.
6. Lakukan permainan terlebih dahulu sebelum melakukan persiapan fisik anak.
7. Pertimbangkan untuk menghadirkan orang tua pada saat anak dilakukan tindakan atau prosedur yang menimbulkan rasa nyeri apabila mereka tidak dapat menahan diri, bahkan menangis bila melihatnya.

## **2.5 Konsep Adaptif Dan Maladaptif**

### **2.5.1 Pengertian**

Anak yang masuk rumah sakit sering menunjukkan perilaku negatif (maladaptif), hal ini sebenarnya karena mereka belum mempunyai kemampuan untuk beradaptasi dan fleksibel terhadap situasi yang dihadapi. Orang tua harus berperan mengarahkannya, perilaku apapun yang ditunjukkan anak harus direspon secara positif dengan fokus pada upaya untuk meningkatkan perkembangannya (Supartini, 2004).

### **2.5.2 Manifestasi kecemasan yang muncul pada anak.**

Manifestasi kecemasan yang muncul pada anak dapat dinilai dengan respon adaptif maupun maladaptif (Wong, 1995).

#### **1) Respon Maladaptif**

Perilaku yang dapat dilihat pada anak diantaranya :

- Menangis dengan keras waktu tindakan.
- Menjerit.

- Mencari orang tua melalui isyarat mata.
- Berpegang kuat pada orang tua.
- Menghindar/menolak kontak dengan orang yang tidak dikenal.
- Secara verbal menyerang orang asing (misalnya dengan mengatakan "pergi!").
- Menyerang secara fisik, seperti : menggigit, memukul, menendang, mencubit.
- Berusaha lari mencari orang tua.
- Berusaha secara fisik menahan orang tua untuk tetap tinggal.
- Tidak aktif, cenderung diam dan tidak mau beraktifitas.
- Menarik diri dari orang lain.
- Depresi, sedih (cenderung diam/murung dan tidak mau beraktifitas).
- Tidak tertarik pada lingkungan.
- Tidak komunikatif (tidak menjawab sapaan/menyapa).
- Regresi, keperilaku terdahulu seperti : menghisap jari, ngompol dan lain-lain.
- Menolak makan minum dan bergerak.

## 2) Respon Adaptif

Perilaku yang tampak diantaranya :

- Tumbuhnya minat pada lingkungan sekitar.
- Mau berinteraksi pada orang asing atau perawat.
- Membentuk hubungan baru walaupun tidak secara dalam.
- Tampak bahagia.

### 2.5.3 Mekanisme Koping

Pola yang digunakan untuk mengatasi kecemasan pada anak adalah dengan adanya peran orang tua yang dapat mengarahkan pada hal yang positif dengan kemampuan pengaruh pengalaman pernah dirawat di rumah sakit. Perawat menggunakan tehnik komunikasi orang ketiga (orang tua), sistem support dan menggunakan media alat permainan. Anak yang mampu beradaptasi dan berinteraksi



dengan lingkungan sekitar, respon maladaptif mulai berkurang, kecemasan anak menurun. Koping mekanisme yang ditunjukkan anak diantaranya adalah sebagai berikut : regresi, menolak, menekan (tanpa sengaja melupakan), mengalami kemunduran dan menerima (Ball, 1998).

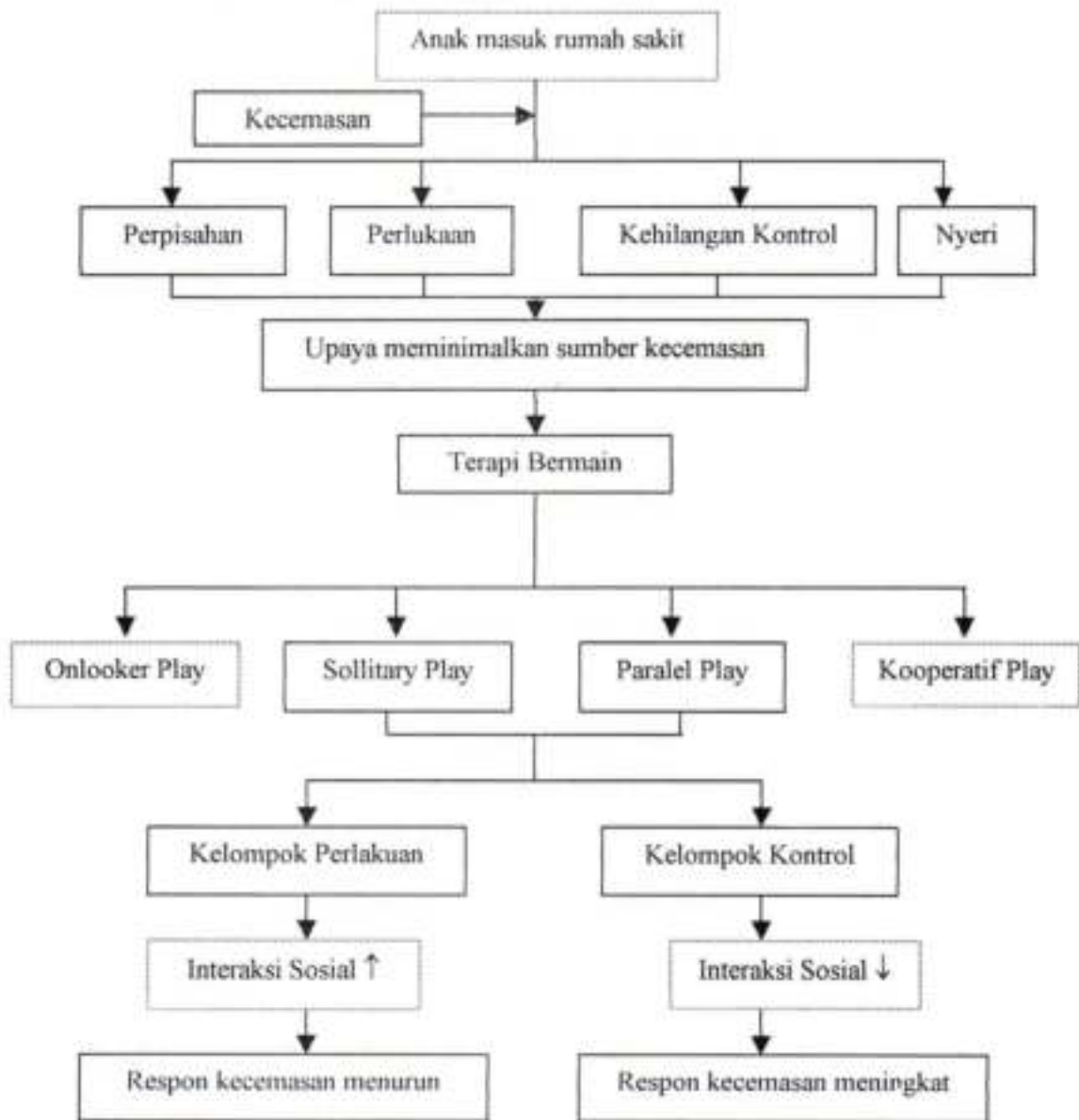
### **BAB 3**

## **KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

## BAB 3

### KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

#### 3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan :



: variabel yang tidak diukur



: variabel yang diukur

Bagan 3.1. Kerangka Konseptual Pengaruh Pemberian Terapi Bermain Pada Toddler di ruang menular anak, dimodifikasi dari teori Whaley dan Wong's (1995).

### **Deskripsi Kerangka Konseptual :**

Anak masuk Rumah Sakit, mengalami kecemasan terhadap: perpisahan dengan keluarga, perlukaan, kehilangan kontrol dan rasa nyeri. Upaya yang dilakukan untuk meminimalkan sumber kecemasan salah satu diantaranya adalah bercerita, bibliotherapy, terapi musik, terapi menulis, terapi melukis dan terpi bermain. Salah satunya diantaranya tehnik terapi bermain yang digunakan. Terapi Bermain adalah kegiatan pelaksanaan dilakukannya permainan pada anak usia bermain. Adapun jenis permainan ini terdiri dari; *Onlooker Play*, *Sollitary Play*, *Paralel Play*, dan *Kooperatif Play*. Pada usia toddler jenis permainannya adalah *Sollitary Play* dan *Paralel Play*, dimana pada anak usia 12-24 bulan lebih jelas terlihat anak melakukan permainan sendiri dengan mainannya sendiri, sedangkan anak usia lebih dari 25-36 bulan, anak mulai dapat melakukan permainan secara paralel karena sudah dapat berkomunikasi dalam kelompoknya walaupun belum begitu jelas karena kemampuan berbahasa belum begitu lancar. Setelah diberikan terapi bermain setelah diobservasi menimbulkan reaksi reaksi interaksi meningkat, reaksi interaksi menurun, dan respon kecemasan berkurang, atau respon kecemasan pada anak meningkat.

### **3.2 Hipotesis**

H1 : Ada pengaruh pemberian terapi bermain terhadap respon kecemasan dapat menurunkan reaksi hospitalisasi pada toddler diruang menular anak.

## **BAB 4**

### **METODE PENELITIAN**

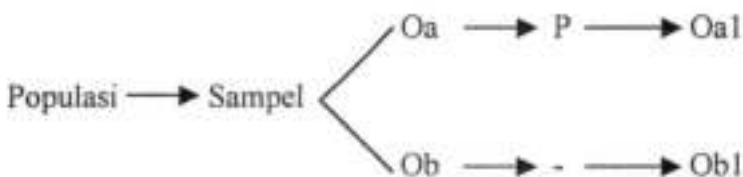
## BAB 4

### METODE PENELITIAN

Pada bab ini akan dijelaskan antara lain : 1) Desain Penelitian, 2) Kerangka Kerja, 3) Identifikasi Variabel, 4) Definisi Operasional, 5) Populasi, Sampel dan Sampling, 6) Pengumpulan dan Analisa Data, 7) Masalah Etika, 8) Keterbatasan.

#### 4.1 Desain Penelitian

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan desain penelitian Eksperimen semu (*Quasy Experiment, Non-randomized Control Group Pretest-Posttest Design*) dengan tujuan untuk menganalisa pengaruh terapi bermain terhadap toddler yang mengalami kecemasan di ruang anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Peneliti melakukan intervensi dan observasi sebelum pemberian terapi bermain dan sesudah pemberian terapi bermain pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Jadi, dalam desain ini kelompok intervensi mendapat perlakuan sedangkan kelompok kontrol tidak.



Bagan 4.1 Desain Penelitian Pemberian terapi bermain pada kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

Keterangan :

P = Perlakuan/Intervensi,

- = Aktivitas lainnya (selain terapi bermain yang terprogram)

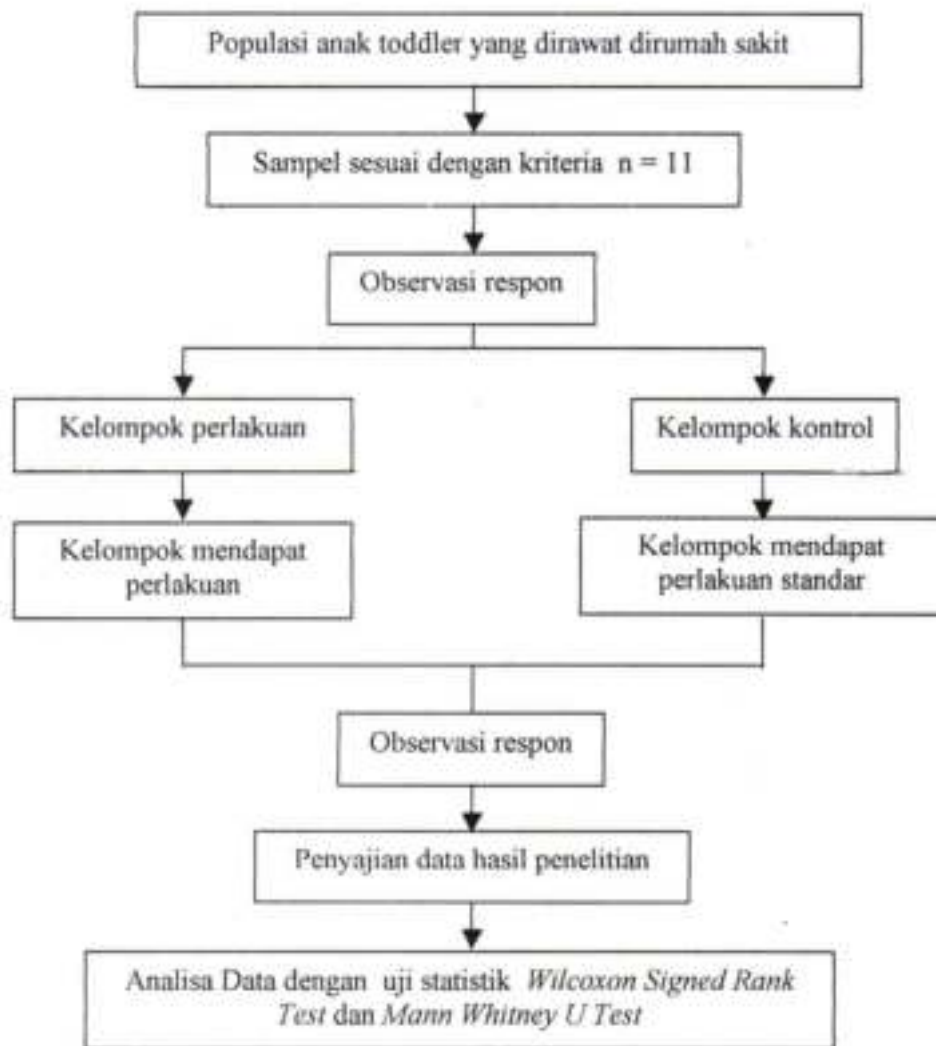
Oa = Kelompok Perlakuan,

Ob = Kelompok Kontrol,

Oa1 =Pasca-Tes(observasi perubahan pada kelompok perlakuan)

Ob1 =Pasca-Tes(observasi perubahan pada kelompok kontrol)

#### 4.2 Kerangka Operasional



Bagan 4.2 : Kerangka Operasional Pengaruh Pemberian Terapi Bermain terhadap toddler di ruang menular anak.

### **4.3. Populasi, Sampel dan Sampling**

#### **4.3.1 Populasi**

Populasi dalam penelitian ini adalah semua anak usia toddler yang di rawat di ruang menular anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang memenuhi kriteria.

#### **4.3.2 Sampel**

Anak usia 1 – 3 tahun yang dirawat di ruang anak. Besar sampel sebanyak 11 responden pada masing-masing kelompok.

Penentuan kriteria sampel sangat membantu peneliti untuk mengurangi bias hasil penelitian, oleh karena itu sampel dalam penelitian ini ditentukan berdasarkan kriteria :

- a. Anak toddler (usia 1 - 3 tahun )
- b. Dampak hospitalisasi menerima.
- c. Hari pertama masuk rumah sakit.
- d. Status kesehatan memungkinkan untuk diberi terapi bermain.
- e. Keluarga bersedia menjadi responden.
- f. Anak yang menderita diare.
- g. Lama perawatan minimal 4 hari.

#### **4.3.3 Sampling**

Pada penelitian menggunakan *Purposive Sampling*, pemilihan cara ini merupakan jenis nonprobabilitas yang memilih cara pengambilan sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti, sehingga setiap anak yang



memenuhi kriteria dimasukkan dalam penelitian sehingga jumlah responden terpenuhi selama 8 hari.

#### **4.4 Identifikasi Variabel dan Definisi Operasional**

##### **4.4.1 Variabel Independen**

Dalam penelitian ini, variabel independen adalah pemberian terapi bermain.

##### **4.4.2 Variabel Dependen**

Dalam penelitian ini variabel tergantungnya adalah tanda-tanda atau respon perilaku anak toddler terhadap kecemasan hospitalisasi.

## 4.5 Definisi Operasional

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	PARAMETER	ALAT UKUR	SKALA	SKOR
Independen • Terapi bermain	Kegiatan pelaksanaan permainan yang dilakukan pada toddler dengan menggunakan alat permainan yang disesuaikan dengan jenis kelamin anak.	Alat permainan yang disenangi seperti : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobil-mobilan</li> <li>• Boneka</li> <li>• Balok-balokan</li> </ul>			
Dependen • Kecemasan	Reaksi perilaku yang ditunjukkan anak toddler berupa maladaptif dan adaptif pada waktu dirawat di rumah sakit.	<i>Perilaku maladaptif :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agresif (menendang, menggigit, memukul, dsb).</li> <li>• Menangis dengan keras</li> <li>• Menjerit panggil ibu</li> <li>• Mencari-cari orang tuanya</li> <li>• Cari perhatian orang tua</li> <li>• Menolak orang lain</li> <li>• Regresi</li> <li>• Tidak minat bermain</li> <li>• Menolak makan/minum</li> <li>• Depresi</li> <li>• Sedih</li> </ul> <i>Perilaku adaptif :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumbuh minat pada lingkungan sekitar</li> <li>• Mau berinteraksi pada orang asing atau perawat.</li> <li>• Membentuk hubungan baru walaupun tidak secara dalam</li> <li>• Tampak bahagia.</li> </ul> (Whaley&Wong,1995)	Observasi	Ordinal	Perilaku maladaptif terdiri 11 item. Untuk : Ya = 1 Tdk= 0  Skoring : (Nursalam, 2003) • Perilaku maladaptif $\geq 50\%$ • Perilaku adaptif $\leq 50\%$ .

## **4.6 Pengumpulan dan Pengolahan Data**

### **4.6.1 Bahan Penelitian**

Bahan penelitian yang dipergunakan berupa alat-alat permainan seperti : boneka, balok-balokkan dan mobil-mobilan.

### **4.6.2 Instrument**

Pengumpulan data pada penelitian ini melalui observasi pada responden dengan menggunakan lembar *check list*. Observasi yang digunakan adalah observasi sistematis yang dilakukan oleh pengamat menggunakan pedoman pengamatan sebagai instrumen pengamatan (Arikunto, 2002). Instrumen yang digunakan adalah modifikasi dari teori *Whaley and Wong* (1995). Subyek penelitian yaitu seluruh responden anak toddler yang masuk rumah sakit dan dirawat di ruang anak, sesuai dengan kriteria. Selain itu juga menggunakan alat permainan sebagai terapi dan proses belajar yang bersifat mendidik.

### **4.6.3 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Lokasi penelitian adalah ruang menular anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya dengan pertimbangan rumah sakit tersebut telah menjadi tipe A, dan terakreditasi sebagai rumah sakit pendidikan. Dan belum pernah dilakukan penelitian seperti ini sebelumnya.

Waktu penelitian pada tanggal 12 januari – 19 januari 2005.

### 4.6.3 Prosedur Pengumpulan Data

Setelah mendapat *informed consent*, data dikumpulkan melalui observasi. Responden yang diintervensi melakukan kegiatan permainan, sebelum/sesudah kegiatan pelaksanaan permainan responden diobservasi. Observasi dilakukan untuk melihat, mengamati respon pasien dan mencatat pelaksanaan terapi. Kemudian setelah diintervensi dengan pemberian permainan yang dilakukan oleh peneliti dengan melibatkan peran orang tua dalam permainan tersebut, diakhir permainan responden diobservasi kembali.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pengumpulan data, yaitu :

- 1) Identifikasi respon kecemasan pada anak yang dirawat di rumah sakit
- 2) Identifikasi status kesehatan anak.
- 3) Memberikan terapi bermain dengan menggunakan alat permainan yang disenanginya, dan disesuaikan dengan jenis kelamin anak seperti: anak perempuan bermain boneka, anak laki-laki bermain mobil-mobilan. Anak perempuan maupun laki-laki juga dapat mempergunakan alat permainan balok-balokan.
- 4) Identifikasi respon sebelum/setelah diberikan terapi bermain
- 5) Pengumpulan dan pengolahan data dengan menggunakan lembar observasi.

### 4.6.4 Cara Analisis Data

Data yang telah disunting kemudian diolah yang meliputi : menganalisa masalah penelitian, pengujian masalah penelitian, dengan uji statistik "*Wilcoxon Signed Rank Test* dan *Mann Whitney U Test*", untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dan variabel dependen dengan tingkat kemaknaan  $P \leq 0,05$ . Bila

hasil perhitungan  $P \leq 0,05$  berarti  $H_0$  ditolak dan hipotesis diterima yaitu ada pengaruh pemberian terapi bermain terhadap kecemasan dapat menurunkan reaksi hospitalisasi. Adapun data-data pengolahan selanjutnya adalah sebagai berikut :

1. Tahap editing yaitu melihat apakah data yang sudah terisi lengkap atau kurang lengkap.
2. Coding yaitu mengklasifikasikan dan memberi kode pada masing-masing item pada observasi.
3. Analisa statistik dilakukan dengan menggunakan program komputer SPSS.

#### **4.7 Etika Penelitian**

Dalam melakukan penelitian, peneliti mengajukan permohonan ijin kepada Direktur Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya untuk mendapatkan persetujuan. Kemudian peneliti melakukan observasi yang diteliti dengan menekankan pada masalah etika yang meliputi:

##### **1) Lembar Persetujuan Menjadi Responden**

Tujuannya adalah subyek mengetahui maksud dan tujuan penelitian serta dampak yang diteliti selama pengumpulan data. Jika subyek bersedia diteliti maka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika subyek menolak untuk diteliti maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati haknya.

##### **2) *Anonimity* (Tanpa nama)**

Untuk menjaga kerahasiaan subyek, peneliti tidak akan mencantumkan nama subyek pada lembar pengumpulan data (observasi) yang diisi oleh subyek serta memberi kode tertentu.

3) *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh subyek dijamin oleh peneliti. Hanya sekelompok data tertentu saja yang akan dilaporkan pada hasil penelitian.

- 4) Untuk kelompok kontrol diberikan intervensi setelah dilakukan observasi respon kecemasan.

#### 4.8 Keterbatasan

Dalam penelitian ini keterbatasan yang dihadapi peneliti adalah :

- 1) Instrumen pengumpulan data dimodifikasi sendiri oleh peneliti berdasarkan pendekatan teori *Whaley & Wong* (1995).
- 2) Karena keterbatasan waktu, sampel yang digunakan terbatas.
- 3) Keterbatasan karena mengambil penyakit diare, mempertimbangkan diagnosa pada anak tersebut.

## **BAB 5**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN**

## BAB 5

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dijelaskan mengenai hasil pengumpulan data yang dimulai dari tanggal 12 Januari-19 Januari 2005 di ruang menular anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Hasil penelitian yang meliputi : 1) Gambaran umum lokasi penelitian, 2) Karakteristik data umum meliputi : umur, jenis kelamin, pernah masuk rumah sakit (MRS), pendidikan orang tua dan pekerjaan orang tua, yang akan disajikan dalam bentuk tabel, 3) Data variabel yang diukur menampilkan respon kecemasan sebelum pemberian terapi bermain dan setelah pemberian terapi bermain dan pengaruh pemberian terapi bermain terhadap respon kecemasan pada toddler.

Juga tentang kegiatan pelaksanaan terapi bermain terhadap individu yang pengambilan datanya dilakukan secara kuantitatif dengan menggunakan perhitungan frekuensi dan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* dan *Mann Whitney U Test*. Dari hasil uji statistik tersebut dapat diketahui ada tidaknya signifikansi terhadap variabel sebelum dan sesudah diberikan intervensi pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol.

#### 5.1 Hasil Penelitian

##### 5.1.1 Karakteristik Lokasi Pengambilan Sampel Penelitian

Penelitian dilakukan di ruang menular anak RSUD Dr. Soetomo, jalan Mayjen Prof. Dr. Moestopo No. 6-8 Surabaya. Ruang menular anak merupakan bagian dari RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang merupakan Rumah Sakit Klasifikasi A. Dengan kapasitas 56 pasien yang terdiri dari Ruang Gastro Enterologi untuk 18

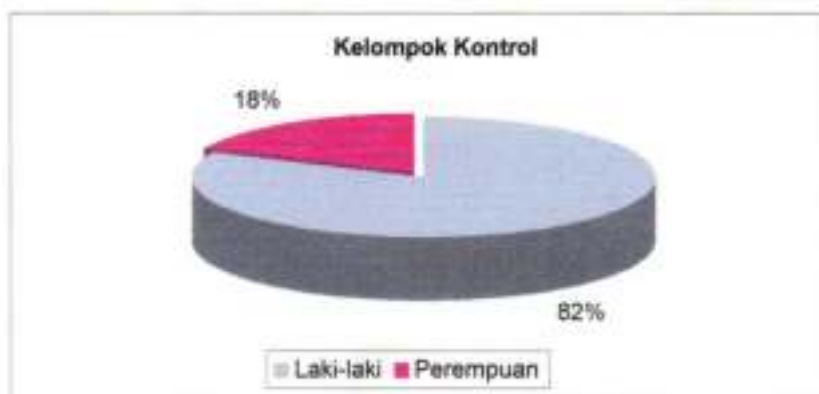


### 5.1.2.2 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin



Gambar 5.3 Diagram Pie Distribusi berdasarkan Jenis Kelamin pada kelompok perlakuan di ruang menular anak RSUD Dr. Soetomo bulan Januari 2005.

Dari diagram diatas dapat dilihat bahwa Distribusi berdasarkan jenis kelamin kelompok perlakuan menunjukkan sebagian besar berjenis kelamin laki-laki 9 orang (82%) dan sebagian kecil berjenis kelamin perempuan 2 orang (18%).



Gambar 5.4 Diagram Pie Distribusi berdasarkan Jenis Kelamin pada kelompok kontrol di ruang menular anak RSUD Dr. Soetomo bulan Januari 2005.

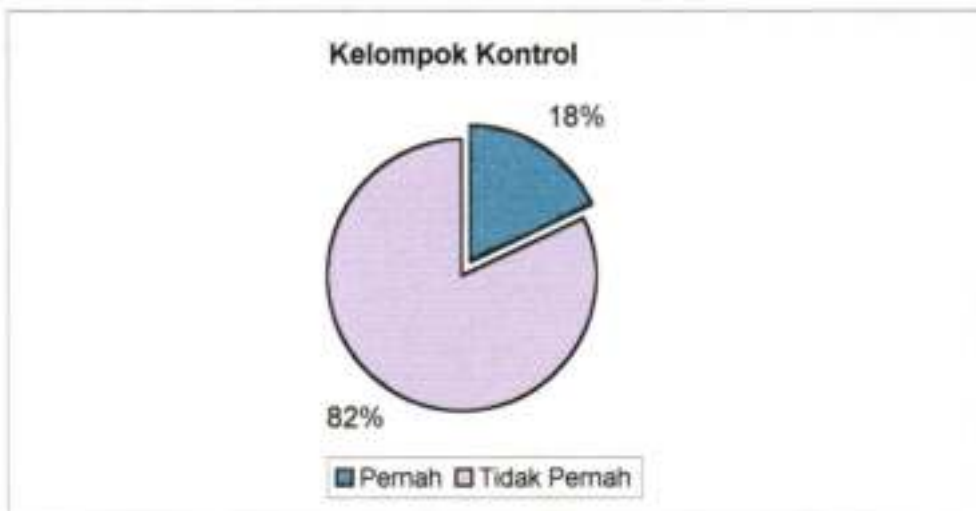
Dari diagram diatas dapat dilihat bahwa Distribusi berdasarkan jenis kelamin kelompok kontrol menunjukkan sebagian besar berjenis kelamin laki-laki 9 orang (82%) dan sebagian kecil berjenis kelamin perempuan 2 orang (18%).

### 5.1.2.3 Distribusi Responden Berdasarkan Pernah Masuk Rumah Sakit



Gambar 5.5 Diagram Pie Distribusi berdasarkan Pernah Masuk Rumah sakit pada kelompok perlakuan di ruang anak RSUD Dr. Soetomo Januari 2005.

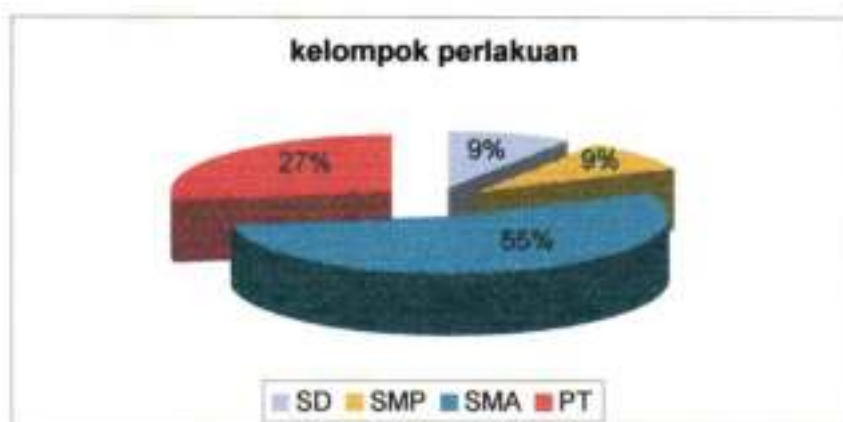
Dari diagram diatas dapat dilihat bahwa Distribusi berdasarkan pernah masuk rumah sakit pada kelompok perlakuan menunjukkan sebagian besar baru pertama kali MRS sebanyak 9 orang (82%), sebagian kecil pernah MRS sebanyak 2 orang (18%).



Gambar 5.6 Diagram Pie Distribusi berdasarkan Pernah Masuk Rumah sakit pada kelompok kontrol di ruang menular anak RSUD Dr. Soetomo Januari 2005.

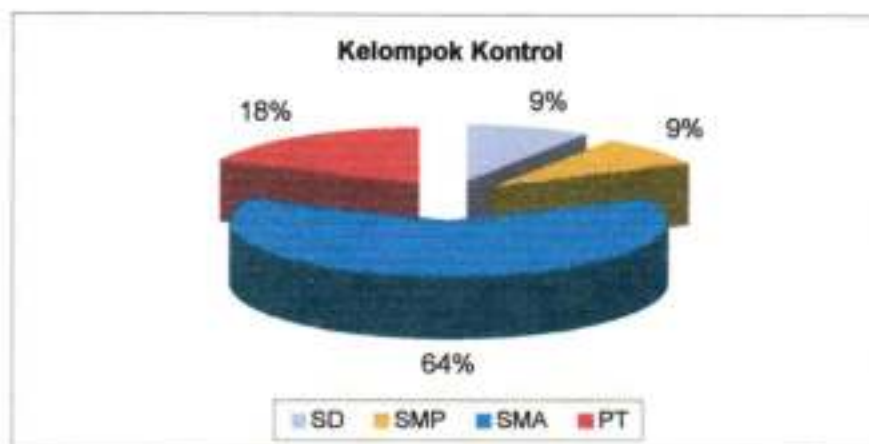
Dari diagram tersebut dapat dilihat bahwa Distribusi berdasarkan pernah masuk rumah sakit pada kelompok perlakuan menunjukkan sebagian besar baru pertama kali MRS sebanyak 9 orang (82%), sebagian kecil pernah MRS sebanyak 2 orang (18%).

#### 5.1.2.4 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Orang Tua



Gambar 5.7 Diagram Pie Distribusi berdasarkan Pendidikan Orang Tua pada kelompok perlakuan di ruang menular anak RSUD Dr. Soetomo bulan Januari 2005.

Dari diagram diatas dapat dilihat bahwa Distribusi berdasarkan Pendidikan Orang Tua pada kelompok perlakuan menunjukkan sebagian besar orang tua berpendidikan SMA sebanyak 6 orang (55%), sebagian kecil berpendidikan PT sebanyak 3 orang (27%), SMP sebanyak 1 orang (9%) dan SD sebanyak 1 orang (9%).



Gambar 5.8 Diagram Pie Distribusi berdasarkan Pendidikan Orang Tua pada kelompok kontrol di ruang menular anak RSUD Dr. Soetomo bulan Januari 2005.

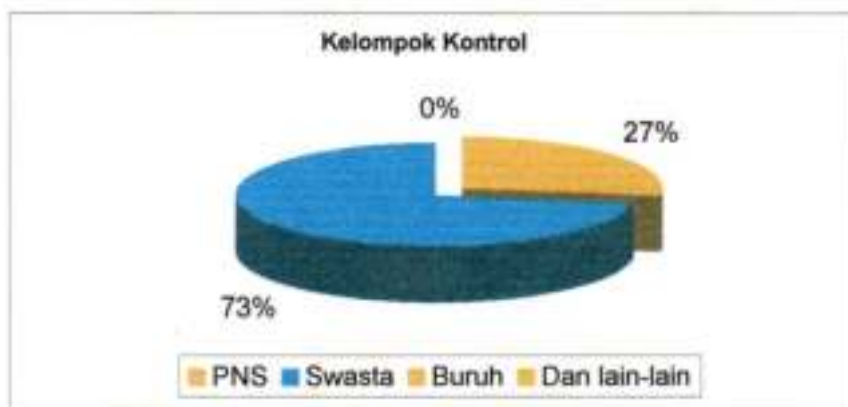
Dari diagram tersebut dapat dilihat bahwa Distribusi berdasarkan Pendidikan Orang Tua pada kelompok kontrol menunjukkan sebagian besar orang tua berpendidikan SMA sebanyak 7 orang (64%), sebagian kecil berpendidikan PT sebanyak 2 orang (18%), SMP sebanyak 1 orang (9%) dan SD sebanyak 1 orang (9%).

#### 5.1.2.5 Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan Orang Tua



Gambar 5.9 Diagram Pie Distribusi berdasarkan Pekerjaan Orang Tua pada kelompok perlakuan di ruang anak RSUD Dr. Soetomo bulan Januari 2005.

Dari diagram tersebut dapat dilihat bahwa Distribusi berdasarkan Pekerjaan Orang Tua pada kelompok perlakuan menunjukkan sebagian besar orang tua Swasta sebanyak 7 orang (64%) dan sebagian kecil bekerja sebagai PNS sebanyak 4 orang (36%).



Gambar 5.10 Diagram Pie Distribusi berdasarkan Pekerjaan Orang Tua pada kelompok perlakuan di ruang anak RSUD Dr. Soetomo bulan Januari 2005.

Dari diagram diatas dapat dilihat bahwa Distribusi berdasarkan Pekerjaan Orang Tua pada kelompok kontrol menunjukkan sebagian besar orang tua bekerja Swasta sebanyak 8 orang (73%) dan sebagian kecil bekerja PNS sebanyak 3 orang (27%).

### 5.1.3 Variabel Yang diukur

Pada bagian ini diuraikan data-data tentang : respon kecemasan sebelum diberikan intervensi dan setelah diberikan intervensi terapi bermain dan pengaruh pemberian terapi bermain terhadap respon kecemasan pada toddler.

### 5.1.3.1 Identifikasi Respon Kecemasan Pada Toddler Sebelum dan setelah Terapi Bermain.

Pada bagian ini disajikan data tentang Pengaruh Terapi Bermain terhadap respon kecemasan pada toddler yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Dan dari hasil observasi diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 5.1 Pengaruh terapi bermain hari pertama terhadap respon kecemasan pada toddler diruang menular anak RSUD Dr. Soetomo Januari 2005.

Hari I										
No.	Respon Kecemasan	Jumlah Responden	Kelompok Kontrol				Kelompok Perlakuan			
			Sebelum		Setelah		Sebelum		Setelah	
			Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1	Maladaptif	11	11	100%	11	100%	11	100%	11	100%
2	Adaptif	11	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
			X= 99,21		X= 97,55		X= 99,18		X= 96,73	
			SD=2,714		SD=4,204		SD=2,714		SD=4,541	
			Signifikansi(p)=0,157				Signifikansi(p)=0,083			
			Signifikansi(p) = 0,748							

Tabel diatas menunjukkan bahwa respon kecemasan maladaptif pada kelompok perlakuan hari pertama sebelum diberikan intervensi sebanyak 11 orang (100%) dengan nilai rata-rata 99,18 dan nilai standar deviasi 2,714. sedangkan setelah diberikan intervensi respon kecemasan masih maladaptif sebanyak 11 orang (100%) dengan nilai rata-rata menjadi 96,73 dan nilai standar deviasi 4,541. Tidak terdapat hubungan yang signifikan terhadap penurunan respon kecemasan dengan memperhatikan uji statistik *wilcoxon* yang menunjukkan nilai tidak signifikan ( $p = 0,083$ ). Pada kelompok kontrol yang tidak di intervensi menunjukkan bahwa respon kecemasan maladaptif sebanyak 11 orang (100%) sebelum diberikan terapi bermain dengan nilai rata-rata 99,21 dan nilai standar deviasi 2,714. Sedangkan setelah diberikan intervensi respon kecemasan masih maladaptif sebanyak 11 orang (100%) dengan nilai rata-rata 97,55 dan nilai standar deviasi 4,204. Tidak terdapat hubungan

yang signifikan terhadap penurunan respon kecemasan dengan memperhatikan uji statistik *wilcoxon* yang menunjukkan nilai signifikansi ( $p = 0,157$ ). Berdasarkan uji statistik dilakukan dengan menggunakan uji *Mann Whitney* didapatkan nilai tidak signifikan ( $p = 0,748$ ).

Tabel 5.2 Pengaruh terapi bermain hari kedua terhadap respon kecemasan pada toddler diruang menular anak RSUD Dr. Soetomo Januari 2005.

Hari II										
No.	Respon Kecemasan	Jumlah Responden	Kelompok Kontrol				Kelompok Perlakuan			
			Sebelum		Setelah		Sebelum		Setelah	
			Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1	Maladaptif	11	11	100%	11	100%	11	100%	11	100%
2	Adaptif	11	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
			X= 92,64		X=86,09		X=92,64		X=83,64	
			SD=6,757		SD=6,188		SD=5,427		SD=5,427	
			Signifikansi(p)=0,011				Signifikansi(p)=0,005			
Signifikansi(p) = 0,332										

Tabel diatas pada hari kedua menunjukkan bahwa respon kecemasan maladaptif pada kelompok perlakuan sebelum diberikan intervensi sebanyak 11 orang (100%) dengan nilai rata-rata 92,64 dan nilai standar deviasi 5,427. Sedangkan setelah diberikan intervensi respon kecemasan masih maladaptif sebanyak 11 orang (100%) dengan nilai rata-rata 83,64 dan nilai standar deviasi 5,427. Terdapat hubungan yang signifikan terhadap penurunan respon kecemasan dengan memperhatikan uji statistik *wilcoxon* yang menunjukkan nilai signifikansi ( $p = 0,005$ ). Pada kelompok kontrol yang tidak di intervensi menunjukkan bahwa respon kecemasan maladaptif sebanyak 11 orang (100%) sebelum diberikan terapi bermain dengan nilai rata-rata 92,64 dan nilai standar deviasi 6,188. Sedangkan setelah diberikan intervensi respon kecemasan masih maladaptif sebanyak 11 orang (11%) dengan nilai rata-rata 86,09 dan nilai standar deviasi 6,188. Tidak terdapat hubungan yang signifikan terhadap penurunan respon kecemasan dengan memperhatikan uji

statistik *wilcoxon* yang menunjukkan nilai tidak signifikansi ( $p=0,011$ ). Berdasarkan uji statistik dilakukan dengan menggunakan uji *Mann Whitney* didapatkan nilai tidak signifikan ( $p=0,332$ ).

Tabel 5.3 Pengaruh terapi bermain hari ketiga terhadap respon kecemasan pada toddler diruang menular anak RSUD Dr. Soetomo Januari 2005.

		Hari III								
No.	Respon Kecemasan	Jumlah Responden	Kelompok Kontrol				Kelompok Perlakuan			
			Sebelum		Setelah		Sebelum		Setelah	
			Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1	Maladaptif	11	11	100%	11	100%	11	100%	11	100%
2	Adaptif	11	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
			X=74,64		X=67,27		X=73,00		X=59,82	
			SD=5,427		SD=6,068		SD=5,692		SD=6,416	
			Signifikansi(p)=0,007				Signifikansi(p)=0,004			
			Signifikansi(p) = 0,023							

Tabel diatas pada hari ketiga menunjukkan bahwa respon kecemasan maladaptif sebanyak 11 orang (100%) pada kelompok perlakuan sebelum diberikan intervensi dengan nilai rata-rata 73,00 dan nilai standar deviasi 5,692. Sedangkan setelah diberikan intervensi respon kecemasan masih maladaptif sebanyak 11 orang (100%) dengan nilai rata-rata 59,82 dan nilai standar deviasi 6,416. Terdapat hubungan yang signifikan terhadap penurunan respon kecemasan dengan memperhatikan uji statistik *wilcoxon* yang menunjukkan nilai signifikansi ( $p=0,004$ ). Pada kelompok kontrol yang tidak di intervensi menunjukkan bahwa respon kecemasan maladaptif sebanyak 11 orang (100%) sebelum diberikan terapi bermain dengan nilai rata-rata 74,64 dan nilai standar deviasi 5,427. Sedangkan setelah diberikan intervensi menunjukkan bahwa respon kecemasan maladaptif sebanyak 11 orang (100%) dengan nilai rata-rata 67,27 dan nilai standar deviasi 6,068. Terdapat hubungan yang signifikan terhadap penurunan respon kecemasan dengan memperhatikan uji statistik *wilcoxon* yang menunjukkan nilai signifikansi ( $p=$



0,007). Berdasarkan uji statistik dilakukan dengan menggunakan uji *Mann Whitney* didapatkan nilai tidak signifikan ( $p = 0,023$ ).

Tabel 5.4 Pengaruh terapi bermain hari ke empat terhadap respon kecemasan pada toddler diruang menular anak RSUD Dr. Soetomo Januari 2005.

		Hari IV								
No.	Respon Kecemasan	Jumlah Responden	Kelompok Kontrol				Kelompok Perlakuan			
			Sebelum		Setelah		Sebelum		Setelah	
			Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1	Maladaptif	11	9	81,81%	2	18,18%	3	27,27%	0	0%
2	Adaptif	11	2	18,18%	9	81,81%	8	72,72%	11	100%
			X=54,82		X=42,82		X=47,73		X=37,64	
			SD=6,068		SD=8,565		SD=4,671		SD=3,641	
			Signifikansi(p)=0,004				Signifikansi(p)=0,002			
Signifikansi(p) = 0,005										

Tabel diatas pada hari keempat menunjukkan bahwa respon kecemasan maladaptif sebanyak 3 orang (27,27%) dan adaptif sebanyak 8 orang (72,72%) pada kelompok perlakuan sebelum diberikan intervensi dengan nilai rata-rata 47,73 dan nilai standar deviasi 4,671. Sedangkan setelah diberikan intervensi respon kecemasan maladaptif sudah tidak ada lagi dan respon adaptif sebanyak 11 orang (100%) dengan nilai rata-rata 37,64 dan nilai standar deviasi 3,641. Terdapat hubungan yang signifikan terhadap penurunan respon kecemasan dengan memperhatikan uji statistik *wilcoxon* yang menunjukkan nilai signifikansi ( $p = 0,002$ ). Pada kelompok kontrol yang tidak di intervensi menunjukkan bahwa respon kecemasan maladaptif sebanyak 9 orang (81,81%) dan adaptif sebanyak 2 orang (18,18%) sebelum diberikan terapi bermain dengan nilai rata-rata 54,82 dan nilai standar deviasi 6,068. Sedangkan setelah diberikan intervensi respon kecemasan maladaptif sebanyak 2 orang (18,18%) dan respon adaptif sebanyak 9 orang (81,81%) dengan nilai rata-rata 42,82 dan nilai standar deviasi 8,565. Terdapat hubungan yang signifikan terhadap penurunan respon kecemasan dengan memperhatikan uji statistik *wilcoxon* yang

menunjukkan nilai signifikansi ( $p = 0,004$ ). Berdasarkan uji statistik dilakukan dengan menggunakan uji *Mann Whitney* didapatkan nilai signifikansi ( $p = 0,005$ ). Dengan demikian HI diterima, hal ini berarti ada pengaruh pemberian terapi bermain terhadap respon kecemasan di ruang menular anak pada toddler yang baru masuk rumah sakit.

## 5.2 Pembahasan

Pada bab ini akan dibahas mengenai hasil penelitian sesuai dengan penelitian yang dilaksanakan.

### 5.2.1 Respon Kecemasan Hospitalisasi pada Toddler Sebelum Pemberian Terapi Bermain.

Pada tabel 5.1 menunjukkan bahwa pada kelompok kontrol pada hari pertama sebelum diberikan terapi bermain semua anak berada dalam respon kecemasan maladaptif sebanyak 11 orang (100%). Tidak terdapat hubungan yang signifikan terhadap peningkatan respon kecemasan dengan memperhatikan uji *wilcoxon* ( $p=0,157$ ). Sedangkan pada kelompok perlakuan pada hari pertama sebelum diberikan terapi bermain menunjukkan semua anak berada dalam respon kecemasan maladaptif sebanyak 11 orang (100%). Tidak terdapat hubungan yang signifikan terhadap peningkatan respon kecemasan dengan memperhatikan uji *wilcoxon* ( $p=0,083$ ). Berdasarkan uji *Mann Whitney* didapatkan nilai tidak signifikan ( $p= 0,748$ ). Pada gambar 5.1 bahwa umur 25-36 bulan menunjukkan respon kecemasan lebih tinggi dari pada anak umur 12-24 bulan. Pada gambar 5.3 menunjukkan bahwa anak laki- laki respon cemas lebih tinggi dari pada perempuan,

karena pada anak laki-laki merasa adanya pembatasan fisik dirawat dirumah sakit. Pada gambar 5.4 sebagian besar sebanyak 9 orang (82%) tidak pernah masuk rumah sakit dan yang pernah hanya 2 orang (18%). Hal ini karena anak sudah mulai mengerti dengan keadaan lingkungan yang asing baginya, anak belum mampu beradaptasi dan berinteraksi dengan lingkungan sekitarnya, anak merasa tidak aman dan nyaman dengan lingkungan tersebut. Dari data tersebut juga diketahui bahwa anak menderita diare sehingga tingkat kecemasan anak meningkat.

Menurut Wong (1995) Reaksi anak di rumah sakit dipengaruhi oleh pengalaman sebelumnya terhadap rumah sakit, perpisahan, masuk rumah sakit, sistem yang mendukung hal ini, penyakit yang serius dan perawat dirumah sakit. Pada anak usia toddler (1-3 tahun) yang dirawat dirumah sakit, respon kecemasan lebih tampak daripada anak usia prasekolah, yaitu anak rewel, tidak mau ditinggal oleh ibu, minta digendong terus, takut terhadap lingkungan rumah sakit termasuk kepada dokter dan perawat yang merawatnya.

Menurut peneliti penyebab kecemasan pada anak usia toddler disebabkan anak baru pertama masuk Rumah Sakit dan anak juga menderita diare. kemampuan anak yang sulit beradaptasi terhadap lingkungan fisik rumah sakit seperti bangunan/ruang rawat, alat-alat, bau yang khas, pakaian putih petugas kesehatan (dokter, perawat dan petugas rumah sakit) maupun lingkungan sosial seperti sesama pasien dan perpisahan dengan orang tuanya. Anak usia toddler selama ini hanya mengenal orang yang terdekat dengan dirinya terutama ibunya sehingga anak tidak begitu mampu untuk menyesuaikan dirinya dengan mudah terhadap orang lain, kemampuan bicara baru saja mulai dan ia mempunyai kesukaran untuk mengkomunikasikan kebutuhannya, anak akan merasa takut terhadap tindakan yang

akan dilakukan terhadap dirinya yang dirasakan menyakitkan, anak merasa tidak aman dan nyaman serta merasa asing dengan lingkungan baru dan belum pernah dialami sebelumnya. Adanya pembatasan fisik terhadap pergerakannya, mengakibatkan anak akan kehilangan kemampuannya untuk mengontrol diri dan anak menjadi tergantung pada lingkungannya. Akhirnya, anak akan kembali mundur pada kemampuan sebelumnya atau regresi.

### **5.2.2 Respon Kecemasan Hospitalisasi pada Toddler Setelah Pemberian Terapi Bermain.**

Pada tabel 5.2 menunjukkan bahwa pada kelompok kontrol pada hari kedua setelah diberikan terapi bermain seluruh anak sebanyak 11 orang (100%) menunjukkan respon maladaptif. Tidak terdapat hubungan yang tidak signifikan terhadap peningkatan respon kecemasan dengan memperhatikan uji *wilcoxon* ( $p=0,011$ ). Sedangkan pada kelompok perlakuan setelah diberikan terapi bermain seluruh anak sebanyak 11 orang (100%) menunjukkan respon maladaptif, terdapat hubungan yang signifikan terhadap penurunan respon kecemasan dengan memperhatikan uji statistik *wilcoxon* yang menunjukkan nilai signifikansi ( $p = 0,005$ ). Berdasarkan uji statistik dilakukan dengan menggunakan uji *Mann Whitney* didapatkan nilai tidak signifikan ( $p = 0,332$ ). Hal ini menunjukkan anak belum dapat beradaptasi dan berinteraksi dengan lingkungan rumah sakit, anak masih bergantung dengan keberadaan orang tuanya atau orang terdekatnya.

Pada tabel 5.3 menunjukkan bahwa pada kelompok kontrol pada hari ketiga setelah diberikan terapi bermain seluruh anak sebanyak 11 orang (100%) menunjukkan respon maladaptif Terdapat hubungan yang signifikan terhadap

peningkatan peningkatan respon kecemasan dengan memperhatikan uji *wilcoxon* ( $p=0,007$ ). Sedangkan pada kelompok perlakuan setelah diberikan terapi bermain seluruh anak sebanyak 11 orang (100%) menunjukkan respon maladaptif, terdapat hubungan yang signifikan terhadap penurunan respon kecemasan dengan memperhatikan uji statistik *wilcoxon* yang menunjukkan nilai signifikansi ( $p = 0,004$ ). Berdasarkan uji statistik dilakukan dengan menggunakan uji *Mann Whitney* didapatkan nilai tidak signifikan ( $p = 0,023$ ). Pada hari ketiga juga masih menunjukkan anak yang belum mampu beradaptasi dan berinteraksi dengan lingkungan, anak masih bergantung dengan keberadaan orang tuanya atau orang terdekatnya.

Pada tabel 5.4 menunjukkan bahwa pada kelompok kontrol pada hari keempat setelah diberikan terapi bermain sebagian besar sebanyak 9 orang (81,81%) menunjukkan perilaku adaptif. Sedangkan pada kelompok perlakuan setelah diberikan terapi bermain seluruh anak sebanyak 11 orang (100%) menunjukkan respon adaptif, terdapat hubungan yang signifikan terhadap penurunan respon kecemasan dengan memperhatikan uji statistik *wilcoxon* yang menunjukkan nilai signifikansi ( $p = 0,004$ ). Berdasarkan uji statistik dilakukan dengan menggunakan uji *Mann Whitney* didapatkan nilai signifikansi ( $p = 0,005$ ). Dengan demikian  $H_1$  diterima, hal ini berarti ada pengaruh pemberian terapi bermain terhadap respon kecemasan di ruang menular anak pada toddler yang baru masuk rumah sakit. Hal ini disebabkan peran dan dukungan orang tuanya terhadap keberhasilan pemberian terapi bermain sehingga anak dapat beradaptasi dan berinteraksi dengan lingkungan rumah sakit termasuk dokter dan perawatnya.

Hurlock (1998) mengemukakan bahwa sepanjang masa kanak-kanak, bermain sangat mempengaruhi penyesuaian pribadi dan sosial anak. Pengaruh bermain bagi perkembangan anak adalah sebagai berikut: perkembangan fisik, dorongan berkomunikasi, penyaluran bagi energi emosional yang terpendam, penyaluran bagi kebutuhan dan keinginan, sumber belajar, rangsangan bagi kreativitas, perkembangan wawasan diri, belajar bermasyarakat, standar moral, belajar bermain sesuai dengan peran jenis kelamin dan perkembangan ciri kepribadian yang diinginkan.

Menurut peneliti terjadinya penurunan respon kecemasan disebabkan peran dan dukungan orang tua terhadap pemberian terapi bermain karena pada anak usia toddler anak masih sangat bergantung pada orang tua dan pemberian terapi bermain ini dilakukan selama 4 hari pada tiap-tiap anak. Anak-anak merasa senang dengan jenis permainan yang diberikan selama dilakukannya terapi bermain. Perawat dapat melakukan pendekatan dan melakukan komunikasi dengan anak. Fungsi bermain adalah merangsang perkembangan sensorik-motorik, perkembangan intelektual, perkembangan sosialisasi dan moral, kreativitas, kesadaran diri, nilai terapeutik. Lama perawatan dengan dilakukannya terapi bermain juga dapat menurunkan kecemasan karena anak sudah dapat mengenal lingkungan sekitarnya. sehingga dapat beradaptasi terhadap lingkungan Rumah Sakit termasuk kepada dokter dan perawat. Pada usia 12 – 24 bulan, lebih jelas terlihat anak melakukan permainan sendiri dengan mainannya sendiri, sedangkan pada usia lebih dari 25-36 bulan, anak mulai dapat melakukan permainan secara paralel karena sudah dapat berkomunikasi dalam kelompoknya walaupun belum begitu jelas karena kemampuan berbahasa belum begitu lancar.

### 5.2.3 Pengaruh Pemberian Terapi Bermain Terhadap Penurunan Respon Kecemasan Hospitalisasi Pada Anak.

Berdasarkan uji statistik wilcoxon yang menunjukkan nilai yang signifikansi ( $p = 0,005$ ) terhadap penurunan respon kecemasan. Pada kelompok kontrol dan perlakuan pada hari keempat, dari hasil uji *Mann Whitney*, pengaruh pemberian terapi bermain terhadap penurunan respon kecemasan pada toddler di ruang menular anak RSUD Dr. Soetomo diperoleh nilai signifikansi ( $p$ ) = 0,005. Dengan demikian  $H_1$  diterima, ini menunjukkan adanya pengaruh pemberian terapi bermain terhadap penurunan respon kecemasan atau hipotesis penelitian diterima. Hal ini berarti ada pengaruh pemberian terapi bermain terhadap respon kecemasan di ruang menular anak pada toddler yang baru masuk rumah sakit.

Menurut Supartini (2004), salah satu upaya yang dilakukan untuk meminimalkan pengaruh negatif dari hospitalisasi pada toddler yaitu dengan melakukan kegiatan bermain. Bermain merupakan bagian dari kehidupan anak-anak yang tak terpisahkan, bahkan bagi anak-anak tiada hari tanpa bermain. Jenis dan bentuk permainan berbeda-beda sesuai dengan tingkat tumbuh dan perkembangan anak. Setiap tingkat pertumbuhan dan perkembangan anak mempunyai karakteristik permainan yang berbeda. Dengan melakukan permainan maka ketegangan dan kecemasan yang dialami akan terlepas, karena dengan melakukan permainan rasa sakit dapat dialihkan (*distraksi*) pada permainannya dan terjadi proses relaksasi melalui kesenangannya melakukan permainan.

Menurut Wong (1995) Permainan adalah satu dari aspek yang paling penting dalam kehidupan seorang anak, dan merupakan salah satu dari aspek yang paling penting dalam kehidupan seorang anak, dan merupakan salah satu cara yang paling

efektif untuk menghadapi dan mengatasi stress. Permainan adalah “pekerjaan” anak, dan dalam lingkup rumah sakit, permainan akan memberikan peluang untuk meningkatkan ekspresi emosional anak, termasuk pelepasan yang aman dari rasa marah, benci, takut dan cemas.

Menurut peneliti anak memerlukan media yang dapat mengekspresikan perasaan kecemasan tersebut dan mampu bekerja sama dengan petugas kesehatan selama perawatan. Media yang paling efektif adalah melalui kegiatan permainan. Permainan yang terapeutik didasari oleh pandangan bahwa bermain bagi anak merupakan aktivitas yang sehat dan diperlukan untuk kelangsungan tumbuh-kembang anak dan memungkinkan untuk dapat mengalihkan perasaan takut, cemas, nyeri dan tegang. Aktivitas bermain yang dilakukan dapat meningkatkan hubungan anak dan keluarga juga dengan petugas rumah sakit. Dengan kegiatan aktivitas bermain yang terprogram, perawatan dirumah sakit yang dirasakan membatasi fisik dapat memulihkan perasaan mandiri anak. Penurunan respon kecemasan pada toddler hampir seluruh anak itu terjadi pada hari keempat, hal ini dikarenakan anak sudah mampu beradaptasi dan berinteraksi dengan lingkungan, anak sudah merasa nyaman dan aman dengan kondisinya. Adanya pengaruh dari pemberian terapi bermain terhadap penurunan kecemasan pada toddler karena peran orang tua sangat mendukung dalam keberhasilan pelaksanaan pemberian terapi bermain yang dilakukan sehingga dengan anak melakukan permainan, maka ketegangan dan kecemasan yang dialami akan terlepas, karena dengan melakukan permainan rasa sakit dapat dialihkan pada permainannya dan juga akan terjadi proses relaksasi melalui kesenangannya melakukan permainan. Terapi bermain dirumah sakit juga dapat memberikan rasa senang pada anak dan juga dapat membantu anak



mengekspresikan perasaan dan pikiran cemas, takut, sedih, tegang dan nyeri dengan menekankan pada upaya ekspresi sekaligus relaksasi dan distraksi. Walaupun demikian, ada beberapa prinsip yang harus diperhatikan jika melakukan permainan pada anak dirumah sakit, yaitu tidak boleh bertentangan dengan terapi dan perawatan yang sedang dijalankan, tidak membutuhkan energi yang banyak, permainan harus mempertimbangkan keamanan anak, dilakukan pada umur yang sama, dan melibatkan orang tua secara aktif.

## **BAB 6**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

## BAB 6

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 6.1 KESIMPULAN

Pada bab ini akan disajikan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang pengaruh pemberian terapi bermain terhadap respon kecemasan pada toddler.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan pada tanggal 12 Januari – 19 Januari 2005 di ruang menular anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Sebelum pemberian terapi bermain pada toddler kelompok kontrol dan kelompok perlakuan, respon kecemasan pada anak seluruhnya maladaptif sebanyak 11 orang (100%). Hal ini dikarenakan sebagian anak belum pernah masuk rumah sakit, anak merasa lingkungan yang tidak nyaman dan aman, anak merasa adanya pembatasan fisik karena dia sakit.
2. Sesudah pemberian terapi bermain pada toddler kelompok kontrol sebagian besar menunjukkan adaptif sebanyak 9 orang (81,81%) dan kelompok perlakuan seluruh toddler menunjukkan respon adaptif sebanyak 11 orang (100%), hal ini karena anak sudah dapat beradaptasi dan berinteraksi dengan lingkungan disekitarnya dengan lama perawatan yang cukup.
3. Ada pengaruh pemberian terapi bermain terhadap penurunan respon kecemasan pada anak diruang menular anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Hal ini berdasarkan hasil uji Mann-Whitney dengan tingkat signifikansi pada toddler  $p = 0,005$ . Dengan demikian H1 diterima.

## 6.2 SARAN

1. Pada setiap ruang anak sebaiknya diberikan terapi bermain sebagai alternatif penurunan respon kecemasan.
2. Dukungan dari pihak orang tua sangat diperlukan sebagai motivator bagi anak dalam pemberian terapi bermain.
3. Dukungan dari pihak perawat sangat dibutuhkan dalam pemberian terapi bermain sebagai pelaksana.
4. Dukungan dari rumah sakit juga diharapkan dalam pelaksanaan terapi bermain sebagai pendukung sarana dan prasarana.
5. Pemberian terapi bermain dapat diterapkan disemua ruang anak tanpa kecuali.
6. Pemberian terapi bermain harus dibedakan antara pasien anak dan dewasa dan tidak mengganggu selama pemberian terapi yang lain.
7. Untuk penelitian lebih lanjut.

## DAFTAR PUSTAKA

## DAFTAR PUSTAKA

- Alimul H, Azis. (2000). *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*, Salemba Medika. Jakarta.
- Arikunto,S.(2002). *Prosedur Penelitian, Suatu Pendekatan Praktis*, PT Rineka cipta, Jakarta.
- Brockopp & Hasting T (1999). *Dasar-dasar Riset Keperawatan*. Edisi 2. EGC. Jakarta.
- Ball J & Bindler R (1998) *Pediatric Nursing Caring For Children*, Lippincott, United Of Stated America.
- Carpenito, L.J (1998). Editor : Monica Ester, SKp. *Diagnosa Keperawatan : Aplikasi Pada Praktik Klinis*.Edisi 6. EGC. Jakarta.
- Doenges, et.all ( 1999). Editor : Monica Ester, SKp & Yasmin Asih, SKp. *Rencana Asuhan Keperawatan. Pedoman Untuk Perencanaan Dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Edisi 3. EGC. Jakarta.
- Dorland (1994). *Kamus Kedokteran*. EGC. Jakarta.
- Gunarsa, Y Singgih. (2003). *Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja*, PT BPK Gunung Mulia, Jakarta.
- Hasan. Shadilly. (1995). *Kamus Inggris-Indonesia*, PT. Gramedia, Bandung.
- Hurlock.E.B (1998). *Perkembangan Anak*. Edisi 6. Jilid I. Erlangga, Jakarta.
- Kaplan dan Sadock (1997). Editor : Dr. I Made Wiguna S. Alih bahasa : Dr. Widjaja Kusuma. *Sinopsis Psikiatri, Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis*. Jilid dua. Edisi ketujuh. Bina Rupa Aksara, Jakarta.
- Lewer, Helen (1996). Editor : Ni Luh Gede Yasmin Asih,SKp. *Learning To Care On The Pediatric Catre Word*. EGC, Jakarta.
- Notoatmodjo S.(2002). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Edisi Revisi. PT. Rineka Cipta, Jakarta.
- Nursalam & Pariani. (2001). *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. CV. Sagung Seto. Jakarta.

- Nursalam. (2003). *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pedoman skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Edisi I Salemba Medika. Jakarta.
- PSIK. (2004). *Buku Panduan Penyusunan Proposal Dan Skripsi*. Team PSIK Unair. Surabaya.
- Rahayu (2002). *Nursing Journal Padjajaran University*, Vol 4, No.5 September 2001 s/d maret 2002. Bandung.
- Sacharin, Rosa M. (1996). Editor : Ni Luh Gde Yasmin Asih, SKp. *Prinsip Keperawatan Pediatric*, Edisi 2. EGC, Jakarta.
- Sastroasmoro & Ismael (1995). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*, Binarupa Aksara, Jakarta.
- Sastroasmoro & Ismael (2002). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*, PT. Rineka Cipta, Jakarta.
- Soetjningsih (1995). Editor : IG.N.Gde Ranuh. *Tumbuh Kembang Anak*. EGC, Jakarta.
- Sugiyono (2003). *Statistika untuk Penelitian*, ALFABETA, Bandung.
- Supartini, Y. (2004). Editor : Monica Ester. *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*. EGC. Jakarta.
- Suparto, H (1999). *Mewarnai Gambar sebagai Metoda Penyuluhan Anak : Studi Pendahuluan Pada Program Pemulihan Anak Sakit Irna Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya*. Bulletin IKA No.VII Juli 2002. Surabaya.
- Stuart & Sundeen (1998). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Edisi 3. EGC. Jakarta.
- Wong, D.L & Whaley, L.F (1995). *Nursing Care Of Infant and Children*. Charinda Company, United States Of America.
- Wong, D.L (2003). Editor : Sari Kurnianingsih. Alih bahasa : Monica Ester. *Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik*. Edisi 4. EGC, Jakarta.
- www.e-smartschool.com (2001). *Pengaruh Permainan pada Perkembangan Anak*. PT. Bangun Satya Wacana (Gramacom) Jakarta.
- Yusuf, Syamsu (2000). *Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja*. PT. Remaja Rosdakarya. Jakarta.

## LAMPIRAN





DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
PROGRAM STUDI S.1 ILMU KEPERAWATAN  
Jl. Mayjen Prof Dr. Moestopo 47 Surabaya Kode Pos : 60131  
Telp : (031) 5012496 - 5014067 Fax : 031- 5022472

Surabaya, 10 DESEMBER 2004

Nomor : 4834/J03.1.17/PSIK & DIV PP/2004  
Lampiran : 1 (satu) berkas  
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian  
Mahasiswa PSIK - FK Unair

Kepada Yth.

DIREKTUR RSU Dr. SOETOMO  
SURABAYA

Di

Tempat


Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal penelitian terlampir.

Nama : ERNA FAUZIAH  
NIM : 010330687-B  
Judul Penelitian : PENGARUH PEMBERIAN TERAPI BERMAIN TERHADAP RESPON KECEMASAN PADA TODDLER DI RUANG MENULAR ANAK RSU Dr. SOETOMO SURABAYA  
Tempat : RUANG MENULAR ANAK RSU Dr. SOETOMO SURABAYA

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

K. tua Program Studi

  
Prof. Eddy Soewandojo, dr., Sp.PD, KTI  
NIP.: 130 325 831



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
BAGIAN ILMU KESEHATAN ANAK

Il. Mayjen Prof. Dr. Moestopo 6-8 Surabaya Telp. 5020089-5020079-5020062 Pa - 1680 Telp. 5501681 Fax. 5501680 Kode Pos. 60132

No. : 180/J03.1.17/KA.6/2005  
Lamp. : -  
Hal : Permohonan ijin penelitian.

21 Januari 2005

Kepada Yth.  
Kepala Bidang LITBANG  
RSU Dr. Soetomo  
Surabaya

Menjawab Nota Dinas Saudara no : 070/698/Litb/304/XII/2004 tanggal - Desember 2004 perihal tersebut pada pokok surat, dengan ini diberitahukan bahwa kami tidak keberatan dan dapat memberikan ijin mahasiswa Program Studi S-1 Keperawatan Fakultas Kedokteran Unair :

Nama : Erna Fauziah  
NIM : 010330687 - B

untuk melakukan penelitian di Bagian/SMF Ilmu Kesehatan Anak FK Unair/RSU Dr. Soetomo, dengan judul :

***"Pengaruh Pemberian Terapi Bermain Terhadap Respon Kecemasan Pada Todler di ruang Menular Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya"***

Adapun sebagai konsultan kami tunjuk Divisi Penyakit Tropik & Menular Anak dan Div. Tumbuh Kembang Anak & Remaja

Atas perhatian Saudara kami ucapkan terima kasih.

Plt. Ketua

Prof. Darto Saharso, dr, SpA(K)  
NIP. 130610116

Tembusan :

1. Kepala IRNA Anak
2. Koordinator Penelitian Bag/SMF IKA
3. Kepala Divisi Penyakit Tropik & Infeksi
4. Kepala Divisi Tumbuha Kembang Anak & Remaja.
5. Sdr. Erna Fauziah.

PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR  
RUMAH SAKIT UMUM Dr. SOETOMO  
**BIDANG PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN**  
JL. KARANGMENJANGAN NO. 12 TELP. 5501071 – 5501073 FAX. 5501071  
S U R A B A Y A

**SURAT KETERANGAN**

Nomor : 070/ 87/304/Litb/II/2005

Yang bertanda tangan dibawah ini :

N a m a : Supriyanto, SKM, MM  
N I P : 140 106 458  
Jabatan : Kepala Sub Bidang Litbang Penunjang Medik

Dengan ini menerangkan bahwa :

N a m a : Erna Fauziah  
NIM/NIRM : 010330687-B

telah menyelesaikan penelitian di Irna Anak dan SMF Ilmu Kes. AnakRSU.  
Dokter. Soetomo dengan judul :

**“ Pengaruh pemberian terapi bermain terhadap respon kecemasan pada  
toddler di ruang menular anak RSU Dr. Soetomo Surabaya ”.**

mulai tanggal 12 Januari s/d 19 Januari 2005

Demikian surat keterangan penelitian ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Surabaya, 23 Pebruari 2005

u. J. Kepala Bidang Litbang  
Kepala Sub Bid Litbang Penjang Medik,  
  
**SUPRIYANTO, SKM., M.M.**  
Penata Tingkat I  
NIP.140106458

**PROPOSAL**  
**TERAPI BERMAIN *SOLLITARY PLAY* DAN *PARALEL PLAY***  
**PADA ANAK USIA TODDLER**  
**DI RUANG IRNA ANAK RSU DR. SOETOMO SURABAYA**

**1. Latar Belakang**

Masuk rumah sakit merupakan peristiwa yang sering menimbulkan pengalaman traumatik, khususnya pada pasien anak/bayi, yakni ketakutan dan ketegangan, kecemasan atau stres hospitalisasi. Stres atau kecemasan ini disebabkan oleh berbagai faktor, diantaranya perpisahan dengan orang tua, kehilangan kontrol dan akibat tindakan invasif yang menimbulkan rasa nyeri. Akibatnya akan menimbulkan berbagai reaksi seperti menolak makan, menangis, teriak, memukul, menendang, tidak kooperatif atau menolak tindakan keperawatan yang diberikan.

Salah satu upaya yang dilakukan untuk meminimalkan pengaruh negatif dari hospitalisasi pada toddler yaitu dengan melakukan kegiatan bermain antara lain dengan jenis permainan "*Sollitary Play* dan *Paralel Play*". Pada anak usia 1-2 tahun lebih jelas terlihat anak melakukan permainan sendiri dengan mainannya sendiri, sedangkan anak usia lebih dari 2-3 tahun, anak mulai dapat melakukan permainan secara paralel karena sudah dapat berkomunikasi dalam kelompoknya walaupun belum begitu jelas karena kemampuan berbahasa belum begitu lancar.

Bermain merupakan bagian dari kehidupan anak-anak yang tak terpisahkan, bahkan bagi anak-anak tiada hari tanpa bermain. Jenis dan bentuk permainan berbeda-beda sesuai dengan tingkat tumbuh dan perkembangan anak. Setiap tingkat pertumbuhan

dan perkembangan anak mempunyai karakteristik permainan yang berbeda. Dengan melakukan permainan maka ketegangan dan kecemasan yang dialami akan terlepas, karena dengan melakukan permainan rasa sakit dapat dialihkan (distraksi) pada permainannya dan terjadi proses relaksasi melalui kesenangannya melakukan permainan.

## **2. Tujuan**

### **2.1 Tujuan Umum**

Setelah mengikuti *Sollitary Play* Dan *Paralel Play* anak mampu mengekspresikan imajinasinya dan merasa senang.

### **2.2 Tujuan Khusus**

Setelah mengikuti *Sollitary Play* dan *Paralel Play* 30 menit anak mampu :

- (1) Mengembangkan kreatifitas dan motorik halus.
- (2) Mengekspresikan rasa senangnya terhadap permainan.
- (3) Beradaptasi dengan lingkungan (teman, perawat dan lain-lain).

## **3. Prinsip Bermain**

- (1) Tidak banyak mengeluarkan energi secara fisik, singkat dan sederhana.
- (2) Mempertimbangkan keamanan dan kemungkinan terjadi infeksi silang diantara anak.
- (3) Kelompok umur yang sama.
- (4) Permainan yang dilakukan tidak bertentangan dengan program perawatan dan pengobatan.
- (5) Dalam bermain melibatkan orang tua anak.

#### 4. Waktu dan Tempat

##### 4.1 Waktu

Terapi Bermain dilaksanakan pada hari jum'at, tanggal 13 Januari 2005, pukul 09.00 - 10.00 WIB.

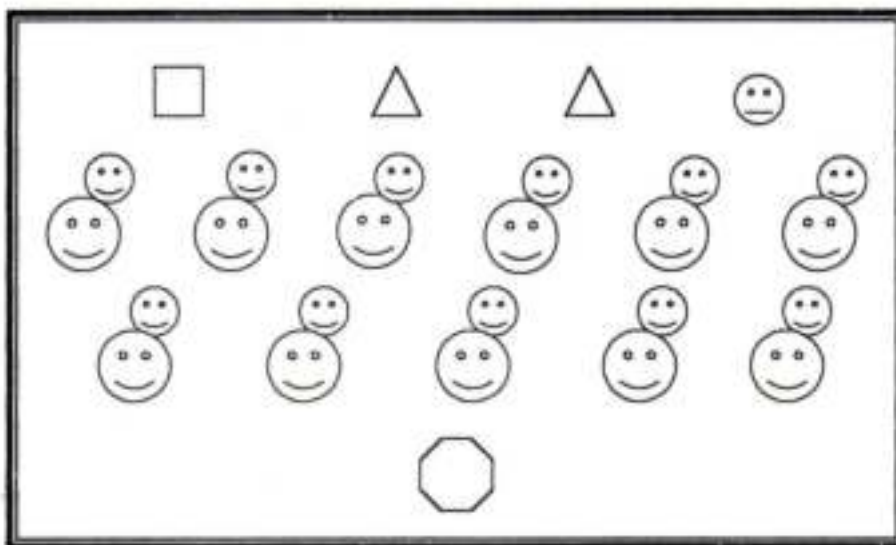
##### 4.2 Tempat

Bangsal instalasi Rawat Inap Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

#### 5. Peserta Bermain

- (1) Pasien/Anak : 11 orang  
 (2) Orang Tua pasien

#### 6. Pengorganisasian



##### Keterangan :

- |   |             |   |               |
|---|-------------|---|---------------|
|  | : Moderator |  | : Mahasiswa   |
|  | : Perawat   |  | : Pasien/anak |
|  | : Observer  |  | : Orang Tua   |

## 7. Fungsi dan Peran

### 7.1 Moderator

- Membuka acara permainan dan memperkenalkan anggota
- Menjelaskan secara singkat tentang jenis permainan, tujuan alur permainan dan batas waktu.
- Menciptakan dan mempertahankan suasana yang gembira dan menyenangkan.
- Menutup acara.

### 7.2 Fasilitator

- Menyiapkan peralatan yang diperlukan
- Mendampingi anak selama permainan
- Memperkenalkan alat permainan kepada peserta
- Memberi bimbingan selama permainan berlangsung
- Secara aktif berperan dalam proses kegiatan permainan.

### 7.3 Observer

- Mengamati proses kegiatan bermain
- Memberi masukan kepada fasilitator bila terjadi kekurangan saat kegiatan berlangsung
- Mengingatkan batas waktu
- Mengevaluasi proses kegiatan mulai dari awal hingga permainan berakhir.

#### 7.4 Pasien

- Mengikuti kegiatan permainan secara aktif dan antusias
- Tidak menimbulkan kegaduhan saat permainan berlangsung dan kompetitif dengan peserta lainnya.
- Membina hubungan sosialisasi dengan peserta yang lain.

#### 7.5 Orang Tua

- Mendampingi saat anak bermain
- Memotivasi anak agar aktif dalam bermain.

#### 7.6 Perawat

- Membantu dalam penyiapan alat-alat permainan
- Memberi masukkan kepada fasilitator
- Ikut memberikan motivasi kepada peserta bermain.

### 8. Jenis Permainan

Jenis permainan yang diberikan adalah *Sollitary Play* dan *Paralel Play* dimana setiap anak mempunyai mainan sendiri-sendiri untuk membuat sesuatu sesuai dengan keinginan (imajinasi) peserta, misalnya seperti mobil, boneka, binatang buatan, pesawat terbang, kertas lipat dan lain-lain.



## 9. Evaluasi

Diharapkan setelah permainan selesai:

- 100 % anak hadir dalam kegiatan permainan.
- 75 % anak mampu mengikuti kegiatan permainan, dengan ekspresi wajah yang terlihat tertawa dan mampu berkomunikasi dengan orang tuanya, tanpa menunjukkan sikap regresi maupun agresi.
- Anak dapat mengekspresikan imajinasi sesuai dengan kemampuannya dengan permainannya.
- Anak mau dilakukan tindakan tanpa melakukan perlawanan/penolakan.

Lampiran 3

**LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada Yth.

Bapak/Ibu/saudara calon responden

Di RSUD Dr. Soetomo

Dengan Hormat,

Nama saya Erna Fauziah, mahasiswa Program S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya, saya akan melakukan penelitian dengan Pengaruh Pemberian Terapi Bermain Pada Toddler Terhadap Respon Kecemasan di Ruang Menular Anak di RSUD Dr. Soetomo. Manfaat penelitian ini adalah sebagai masukan untuk terapi alternatif, dengan bermain dapat meminimalisasikan respon kecemasan dan proses penyembuhan dalam asuhan keperawatan pada toddler di ruang menular anak.

Untuk keperluan diatas, saya mohon kesediaan bapak/ibu berpartisipasi dengan kegiatan pelaksanaan kegiatan. Saya menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas bapak/ibu sekalian. Informasi yang diberikan akan dipergunakan sebagai wahana untuk mengembangkan mutu pelayanan keperawatan, tidak dipergunakan untuk maksud lain.

Sebagai bukti kesediaan bapak/ibu untuk mengisi responden dalam penelitian ini, saya mohon kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan yang telah saya siapkan atas kesediaan dan partisipasi Bapak/Ibu saya ucapkan terima kasih.

Surabaya,

2005.

Hormat saya,

Erna Fauziah

Nim: 010330687B

## Lampiran 4

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia untuk turut berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh:

Nama : Erna Fauziah.

Judul penelitian : Pengaruh Pemberian Terapi Bermain Terhadap respon kecemasan Pada Toddler di ruang menular anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Pekerjaan : Mahasiswa PSIK FK Unair, Surabaya.

Tanda tangan saya dibawah ini menunjukkan bahwa saya diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Surabaya,

2005.

---

## Lampiran 5

**PEDOMAN PEMBERIAN TERAPI BERMAIN**

Prosedur Pemberian terapi bermain pada toddler :

1. Perkenalkan diri dan menyapa dengan ramah dan senyum pada anak dan orang tuanya, mengenal perasaan anak toddler dan mengidentifikasi rasa cemas dan takut.
2. Memberitahu kepada anak dan orang tuanya akan diadakan permainan.
3. Hindari memaksa anak untuk berpartisipasi.
4. Menyiapkan dan membawa alat-alat kedekat tempat tidur pasien.
5. Memberikan alat permainan seperti : bermain melipat kertas, boneka-bonekaan dan balok-balokan.
6. Berikan permainan yang membuat dia senang.
7. Berikan contoh permainan; usahakan anak memperhatikan, sehingga dia dapat merefleksikan permainan dengan spontan.
8. Berikan kesempatan pada anak untuk ikut terlibat dalam permainan dengan perawat dan orang tua.
9. Berikan kesempatan anak untuk bermain selama 30 menit.
10. Usahakan tetap berkomunikasi dengan anak.
11. Libatkan orang tua dalam permainan anak.
12. Akhiri permainan dan jelaskan kontrak bermain berikutnya.

Modifikasi dari teori Lynda Juall Carpenito, *Diagnosa Keperawatan Aplikasi pada Praktik Klinis*, Edisi 6 (1998) dan Donna L.Wong, *Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik*, Edisi 4 (2003).

## Lampiran 6

## PEDOMAN OBSERVASI

Judul : PENGARUH PEMBERIAN TERAPI BERMAIN TERHADAP RESPON KECEMASAN PADA TODDLER DI RUANG MENULAR ANAK RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA

---

## A. IDENTITAS Responden

## 1. Anak

- a. Umur :
1. 12-24 bulan
  2. 25-36 bulan
- b. Jenis kelamin :
1. Laki-laki
  2. Perempuan
- c. Diagnosa medis :
1. Diare
  2. Penyakit lainnya
- d. Masuk Rumah Sakit (MRS) :
1. Pernah
  2. Tidak
- e. Berapa kali MRS :
1. Pertama kali
  2. 1 kali
  3. 2 kali
  4. 3 kali

## 2. Keluarga

1. Ayah
- a. Nama :
  - b. Umur :
    1. 20 – 30 tahun
    2. 31 – 40 tahun
    3. 41 – 50 tahun

- c. Pendidikan :
1. SD
  2. SMP
  3. SMA
  4. PT
- d. Pekerjaan :
1. PNS
  2. Swasta
  3. Buruh
  4. Dan lain-lain
- e. Alamat :
2. Ibu
- f. Nama :
- g. Umur :
1. 20 – 30 tahun
  2. 31 – 40 tahun
  3. 41 – 50 tahun
- h. Pendidikan :
1. SD
  2. SMP
  3. SMA
  4. PT
- i. Pekerjaan :
1. PNS
  2. Swasta
  3. Buruh
  4. Dan lain-lain
- j. Alamat :

## Lampiran 6

**LEMBAR OBSERVASI PEMBERIAN TERAPI BERMAIN**

Nama : .....

Umur : .....

**B. Sebelum/sesudah perlakuan**

No	Reaksi kecemasan hospitalisasi	Observasi							
		Hari 1		Hari 2		Hari 3		Hari 4	
		Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk
		1	0	1	0	1	0	1	0
1	Anak menangis sebagai reaksi protes								
2	Anak berlaku agresif (misalnya : menendang, menggigit, memukul, dsb)								
3	Anak menjerit-jerit memanggil ibunya								
4	Anak mencoba melarikan diri untuk mencari perhatian orang tuanya								
5	Anak berusaha mencari perhatian untuk membuat orang tuanya tetap tinggal.								
6	Menolak perhatian orang lain dan berhubungan dengan orang lain								
7	Anak bersikap pasif dan tidak mau melakukan aktivitas								
8	Anak tidak berminat untuk bermain								
9	Nafsu makan menurun								
10	Anak terlihat apatis								
11	Anak tampak sedih								

## Catatan :

- Respon Kecemasan Tinggi (Perilaku Maladatif) :  $\geq 50\%$
- Respon Kecemasan Rendah (Perilaku Adatif) :  $\leq 50\%$

Modifikasi teori Whaley and Wong, *Nursing Care Of Infant and Children*.1995.

## A. Hasil Data Dasar Kelompok Kontrol dan Kelompok Perlakuan

Data Dasar Kelompok Kontrol

No. Responden	Umur	Jenis Kelamin	Diagnosa Medis	MRS	Pendidikan Orang Tua	Pekerjaan Orang Tua	Keterangan
1	2	1	1	2	3	2	Umur : 1. 12-24 bulan 2. 25-36 bulan Jenis Kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan Diagnosa Medis : 1. Diare 2. Dan lain-lain Pernah Masuk Rumah Sakit (MRS) : 1. Pernah 2. Tidak Pernah Pendidikan Orang Tua : 1. SD               3. SMA 2. SMP               4. PT Pekerjaan Orang Tua : 1. PNS           3. Swasta 2. Buruh           4. Dan lain-lain
2	2	1	1	1	3	1	
3	2	1	1	2	4	2	
4	2	2	1	2	3	2	
5	2	1	1	2	4	1	
6	1	2	1	1	3	2	
7	2	1	1	2	3	2	
8	2	2	1	2	3	1	
9	1	1	1	2	1	2	
10	2	1	1	2	2	2	
11	2	1	1	2	3	2	

Data Dasar Kelompok Perlakuan

No. Responden	Umur	Jenis Kelamin	Diagnosa Medis	MRS	Pendidikan Orang Tua	Pekerjaan Orang Tua	Keterangan
1	2	2	1	1	3	1	Umur : 1. 12-24 bulan 2. 25-36 bulan Jenis Kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan Diagnosa Medis : 1. Diare 2. Dan lain-lain Pernah Masuk Rumah Sakit (MRS) : 1. Pernah 2. Tidak Pernah Pendidikan Orang Tua : 1. SD               3. SMA 2. SMP               4. PT Pekerjaan Orang Tua : 1. PNS           3. Swasta 2. Buruh           4. Dan lain-lain
2	1	1	1	2	3	2	
3	2	1	1	2	1	2	
4	2	1	1	2	3	2	
5	2	1	1	1	3	1	
6	2	1	1	2	2	1	
7	2	1	1	2	4	2	
8	2	1	1	2	3	2	
9	1	2	1	2	3	1	
10	2	1	1	2	4	2	
11	2	1	1	2	4	2	



## C. Hasil Uji Statistik Kelompok Kontrol

## Frequencies

## Statistics

		PREHR1	POSTHR1	PREHR2	POSTHR2	PREHR3	POSTHR3	PREHR4	POSTHR4
N	Valid	11	11	11	11	11	11	11	11
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		99.18	97.55	92.64	86.09	74.64	67.27	54.82	42.82
Std. Deviation		2.714	4.204	6.757	6.188	5.427	6.068	6.014	8.565

## Frequency Table

## PREHR1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	91	1	9.1	9.1	9.1
	100	10	90.9	90.9	100.0
	Total	11	100.0	100.0	

## POSTHR1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	91	3	27.3	27.3	27.3
	100	8	72.7	72.7	100.0
	Total	11	100.0	100.0	

## PREHR2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	82	2	18.2	18.2	18.2
	91	5	45.5	45.5	63.6
	100	4	36.4	36.4	100.0
	Total	11	100.0	100.0	

## POSTHR2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	73	1	9.1	9.1	9.1
	82	4	36.4	36.4	45.5
	91	6	54.5	54.5	100.0
	Total	11	100.0	100.0	

## PREHR3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	64	1	9.1	9.1	9.1
	73	7	63.6	63.6	72.7
	82	3	27.3	27.3	100.0
Total		11	100.0	100.0	

## POSTHR3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	55	1	9.1	9.1	9.1
	64	5	45.5	45.5	54.5
	73	5	45.5	45.5	100.0
Total		11	100.0	100.0	

## PREHR4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	45	2	18.2	18.2	18.2
	55	7	63.6	63.6	81.8
	64	2	18.2	18.2	100.0
Total		11	100.0	100.0	

## POSTHR4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	36	6	54.5	54.5	54.5
	45	2	18.2	18.2	72.7
	55	3	27.3	27.3	100.0
Total		11	100.0	100.0	

## NPar Tests

## Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
PREHR1	11	99.18	2.714	91	100
PREHR2	11	92.64	6.757	82	100
PREHR3	11	74.64	5.427	64	82
PREHR4	11	54.82	6.014	45	64
POSTHR1	11	97.55	4.204	91	100
POSTHR2	11	86.09	6.188	73	91
POSTHR3	11	67.27	6.068	55	73
POSTHR4	11	42.82	8.565	36	55

## Wilcoxon Signed Ranks Test

### Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
POSTHR1 - PREHR1	Negative Ranks	2 <sup>a</sup>	1.50	3.00
	Positive Ranks	0 <sup>b</sup>	.00	.00
	Ties	9 <sup>c</sup>		
	Total	11		
POSTHR2 - PREHR2	Negative Ranks	7 <sup>d</sup>	4.00	28.00
	Positive Ranks	0 <sup>e</sup>	.00	.00
	Ties	4 <sup>f</sup>		
	Total	11		
POSTHR3 - PREHR3	Negative Ranks	8 <sup>g</sup>	4.50	36.00
	Positive Ranks	0 <sup>h</sup>	.00	.00
	Ties	3 <sup>i</sup>		
	Total	11		
POSTHR4 - PREHR4	Negative Ranks	10 <sup>j</sup>	5.50	55.00
	Positive Ranks	0 <sup>k</sup>	.00	.00
	Ties	1 <sup>l</sup>		
	Total	11		

a. POSTHR1 < PREHR1

b. POSTHR1 > PREHR1

c. POSTHR1 = PREHR1

d. POSTHR2 < PREHR2

e. POSTHR2 > PREHR2

f. POSTHR2 = PREHR2

g. POSTHR3 < PREHR3

h. POSTHR3 > PREHR3

i. POSTHR3 = PREHR3

j. POSTHR4 < PREHR4

k. POSTHR4 > PREHR4

l. POSTHR4 = PREHR4

### Test Statistics<sup>a</sup>

	POSTHR1 - PREHR1	POSTHR2 - PREHR2	POSTHR3 - PREHR3	POSTHR4 - PREHR4
Z	-1.414 <sup>a</sup>	-2.530 <sup>a</sup>	-2.714 <sup>a</sup>	-2.842 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.157	.011	.007	.004

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

## D. Hasil Uji Statistik Kelompok Perlakuan

## Frequencies

Statistics

		PREHR1	POSTHR1	PREHR2	POSTHR2	PREHR3	POSTHR3	PREHR4	POSTHR4
N	Valid	11	11	11	11	11	11	11	11
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		99.18	96.73	92.64	83.64	73.00	59.82	47.73	37.64
Std. Deviation		2.714	4.541	5.427	5.427	5.692	6.416	4.671	3.641

## Frequency Table

PREHR1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	91	1	9.1	9.1	9.1
	100	10	90.9	90.9	100.0
Total		11	100.0	100.0	

POSTHR1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	91	4	36.4	36.4	36.4
	100	7	63.6	63.6	100.0
Total		11	100.0	100.0	

PREHR2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	82	1	9.1	9.1	9.1
	91	7	63.6	63.6	72.7
	100	3	27.3	27.3	100.0
Total		11	100.0	100.0	

POSTHR2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	73	1	9.1	9.1	9.1
	82	7	63.6	63.6	72.7
	91	3	27.3	27.3	100.0
Total		11	100.0	100.0	

**PREHR3**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	64	2	18.2	18.2	18.2
	73	7	63.6	63.6	81.8
	82	2	18.2	18.2	100.0
Total		11	100.0	100.0	

**POSTHR3**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	45	1	9.1	9.1	9.1
	55	3	27.3	27.3	36.4
	64	7	63.6	63.6	100.0
Total		11	100.0	100.0	

**PREHR4**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	45	8	72.7	72.7	72.7
	55	3	27.3	27.3	100.0
Total		11	100.0	100.0	

**POSTHR4**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	36	9	81.8	81.8	81.8
	45	2	18.2	18.2	100.0
Total		11	100.0	100.0	

**NPar Tests****Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
PREHR1	11	99.18	2.714	91	100
PREHR2	11	92.64	5.427	82	100
PREHR3	11	73.00	5.692	64	82
PREHR4	11	47.73	4.871	45	55
POSTHR1	11	96.73	4.541	91	100
POSTHR2	11	83.64	5.427	73	91
POSTHR3	11	59.82	6.416	45	64
POSTHR4	11	37.64	3.641	36	45

## Wilcoxon Signed Ranks Test

### Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
POSTHR1 - PREHR1	Negative Ranks	3 <sup>a</sup>	2.00	6.00
	Positive Ranks	0 <sup>b</sup>	.00	.00
	Ties	8 <sup>c</sup>		
	Total	11		
POSTHR2 - PREHR2	Negative Ranks	9 <sup>d</sup>	5.00	45.00
	Positive Ranks	0 <sup>e</sup>	.00	.00
	Ties	2 <sup>f</sup>		
	Total	11		
POSTHR3 - PREHR3	Negative Ranks	10 <sup>g</sup>	5.50	55.00
	Positive Ranks	0 <sup>h</sup>	.00	.00
	Ties	1 <sup>i</sup>		
	Total	11		
POSTHR4 - PREHR4	Negative Ranks	11 <sup>j</sup>	6.00	66.00
	Positive Ranks	0 <sup>k</sup>	.00	.00
	Ties	0 <sup>l</sup>		
	Total	11		

a. POSTHR1 < PREHR1

b. POSTHR1 > PREHR1

c. POSTHR1 = PREHR1

d. POSTHR2 < PREHR2

e. POSTHR2 > PREHR2

f. POSTHR2 = PREHR2

g. POSTHR3 < PREHR3

h. POSTHR3 > PREHR3

i. POSTHR3 = PREHR3

j. POSTHR4 < PREHR4

k. POSTHR4 > PREHR4

l. POSTHR4 = PREHR4

### Test Statistics<sup>b</sup>

	POSTHR1 - PREHR1	POSTHR2 - PREHR2	POSTHR3 - PREHR3	POSTHR4 - PREHR4
Z	-1.732 <sup>a</sup>	-2.810 <sup>a</sup>	-2.859 <sup>a</sup>	-3.066 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.083	.005	.004	.002

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

## E. Hasil Uji Mann Whitney

## 1. Hari I

## Frequencies

## Statistics

		POSKTHR1	POSPLHR2
N	Valid	22	22
	Missing	9	9
Mean		95.14	1.50
Std. Deviation		5.330	.512

## Frequency Table

## POSKTHR1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	82	1	3.2	4.5	4.5
	91	9	29.0	40.9	45.5
	92	1	3.2	4.5	50.0
	100	11	35.5	50.0	100.0
Total		22	71.0	100.0	
Missing	System	9	29.0		
Total		31	100.0		

## POSPLHR2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tanpa terapi bermain	11	35.5	50.0	50.0
	dengan terapi bermain	11	35.5	50.0	100.0
	Total	22	71.0	100.0	
Missing	System	9	29.0		
Total		31	100.0		

## NPar Tests

## Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
POSKTHR1	22	95.14	5.330	82	100
POSPLHR2	22	1.50	.512	1	2

## Mann-Whitney Test

Ranks

POSPLHR2		N	Mean Rank	Sum of Ranks
POSKTHR1	tanpa terapi bermain	11	12.00	132.00
	dengan terapi bermain	11	11.00	121.00
	Total	22		

Test Statistics<sup>b</sup>

	POSKTHR1
Mann-Whitney U	55.000
Wilcoxon W	121.000
Z	-.402
Asymp. Sig. (2-tailed)	.688
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.748 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: POSPLHR2

## 2. Hari II

### Frequencies

Statistics

		POSKTHR1	POSPLHR2
N	Valid	22	22
	Missing	9	9
Mean		84.86	1.50
Std. Deviation		5.817	.512

### Frequency Table

POSKTHR1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	73	2	6.5	9.1	9.1
	82	11	35.5	50.0	59.1
	91	9	29.0	40.9	100.0
	Total	22	71.0	100.0	
Missing	System	9	29.0		
Total		31	100.0		



## POSPLHR2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tanpa terapi bermain	11	35.5	50.0	50.0
	dengan terapi bermain	11	35.5	50.0	100.0
	Total	22	71.0	100.0	
Missing	System	9	29.0		
Total		31	100.0		

## NPar Tests

## Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
POSKTHR1	22	84.86	5.817	73	91
POSPLHR2	22	1.50	.512	1	2

## Mann-Whitney Test

## Ranks

POSPLHR2		N	Mean Rank	Sum of Ranks
POSKTHR1	tanpa terapi bermain	11	12.86	141.50
	dengan terapi bermain	11	10.14	111.50
Total		22		

Test Statistics<sup>b</sup>

	POSKTHR1
Mann-Whitney U	45.500
Wilcoxon W	111.500
Z	-1.096
Asymp. Sig. (2-tailed)	.273
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.332 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: POSPLHR2

## 3. Hari III

## Frequencies

## Statistics

		POSKTHR1	POSPLHR2
N	Valid	22	22
	Missing	9	9
Mean		63.55	1.50
Std. Deviation		7.189	.512

## Frequency Table

### POSKTHR1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	45	1	3.2	4.5	4.5
	55	4	12.9	18.2	22.7
	64	12	38.7	54.5	77.3
	73	5	16.1	22.7	100.0
	Total	22	71.0	100.0	
Missing	System	9	29.0		
Total		31	100.0		

### POSPLHR2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tanpa terapi bermain	11	35.5	50.0	50.0
	dengan terapi bermain	11	35.5	50.0	100.0
	Total	22	71.0	100.0	
Missing	System	9	29.0		
Total		31	100.0		

## NPar Tests

### Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
POSKTHR1	22	63.55	7.189	45	73
POSPLHR2	22	1.50	.512	1	2

## Mann-Whitney Test

### Ranks

	POSPLHR2	N	Mean Rank	Sum of Ranks
POSKTHR1	tanpa terapi bermain	11	14.64	161.00
	dengan terapi bermain	11	8.36	92.00
	Total	22		

### Test Statistics<sup>a</sup>

	POSKTHR1
Mann-Whitney U	26.000
Wilcoxon W	92.000
Z	-2.499
Asymp. Sig. (2-tailed)	.012
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.023 <sup>b</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: POSPLHR2

## 4. Hari IV

### Frequencies

Statistics

		POSKTHR1	POSPLHR2
N	Valid	22	22
	Missing	9	9
Mean		41.86	1.50
Std. Deviation		6.812	.512

### Frequency Table

POSKTHR1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	36	11	35.5	50.0	50.0
	45	8	25.8	36.4	86.4
	55	3	9.7	13.6	100.0
	Total	22	71.0	100.0	
Missing	System	9	29.0		
Total		31	100.0		

POSPLHR2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tanpa terapi bermain	11	35.5	50.0	50.0
	dengan terapi bermain	11	35.5	50.0	100.0
	Total	22	71.0	100.0	
Missing	System	9	29.0		
Total		31	100.0		

### NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
POSKTHR1	22	41.86	6.812	36	55
POSPLHR2	22	1.50	.512	1	2

### Mann-Whitney Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
POSKTHR1	tanpa terapi bermain	11	15.27	168.00
	dengan terapi bermain	11	7.73	85.00
	Total	22		

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	POSKTHR1
Mann-Whitney U	19.000
Wilcoxon W	85.000
Z	-2.998
Asymp. Sig. (2-tailed)	.003
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.005 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: POSPLHR2