



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH *THERAPEUTIC PEER PLAY* TERHADAP
KECEMASAN DAN KEMANDIRIAN
ANAK USIA SEKOLAH SELAMA HOSPITALISASI
DI RUMAH SAKIT WILAYAH BANYUMAS**

TESIS

**UMI SOLIKHAH
0906505161**

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN ANAK
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
DEPOK, JULI TAHUN 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH *THERAPEUTIC PEER PLAY* TERHADAP
KECEMASAN DAN KEMANDIRIAN
ANAK USIA SEKOLAH SELAMA HOSPITALISASI
DI RUMAH SAKIT WILAYAH BANYUMAS**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan**

**UMI SOLIKHAH
0906505161**

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN ANAK
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
DEPOK, JULI TAHUN 2011**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Umi Solikhah

NPM : 0906505161

Tanda Tangan : 

Tanggal : Juni 2011



LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing untuk dilaksanakan sidang tesis.

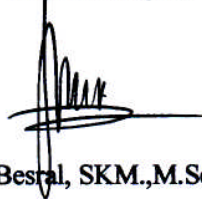
Depok, 30 Juni 2011

Menyetujui,
Pembimbing I,



Yeni Rustina, S.Kp.,M.App.Sc.,Ph.D

Pembimbing II,



Bestal, SKM.,M.Sc

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Umi Solikhah

NPM : 090655161

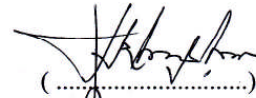
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan

Judul Tesis : Pengaruh *therapeutic peer play* terhadap kecemasan dan kemandirian anak usia sekolah selama hospitalisasi di Rumah Sakit wilayah Banyumas

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Magister Ilmu Keperawatan, Kekhususan Keperawatan Anak, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

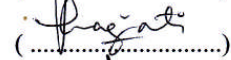
Pembimbing : Yeni Rustina, M.App.Sc., Ph.D.

()

Pembimbing : Besral, SKM.,M.Sc.

()

Penguji : Happy Hayati, S.Kp.,M.Kep.,Sp.Kep.An.

()

Penguji : Yuliana Hanaratri, BSN.,MAN.

()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 6 Juli 2011

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadirat Allah SWT atas berkah dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Ilmu Keperawatan Jurusan Keperawatan Anak pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Penulis menyadari bahwa tesis ini dapat diselesaikan atas bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak.

Pada kesempatan ini peneliti menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

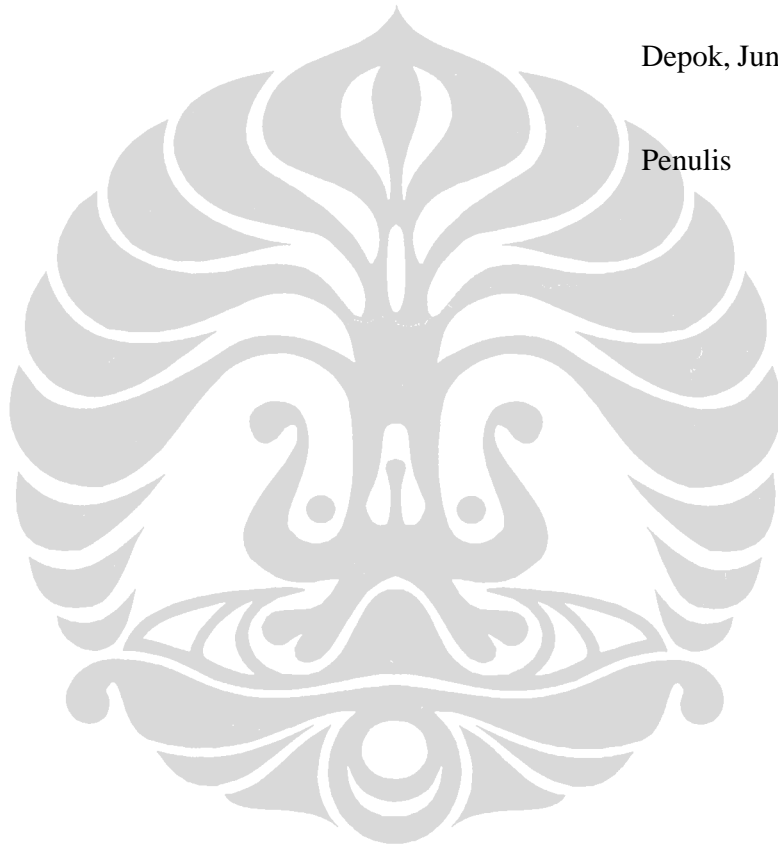
- (1) Dewi Irawaty, M.A., Ph.D., selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- (2) Krisna Yetti, M.App.Sc., selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- (3) Yeni Rustina, M.App.Sc., Ph.D., selaku dosen Pembimbing I yang telah menyediakan waktu dan pikiran selama membimbing dan mengarahkan dengan penuh kesabaran.
- (4) Besral, SKM., M.Sc., selaku dosen Pembimbing II yang telah menyediakan waktu dan pikiran selama membimbing dan mengarahkan dengan penuh kesabaran.
- (5) Para dosen Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Anak yang telah memberikan inspirasi pada penulisan tesis ini.
- (6) Direktur RSUD Banyumas yang telah memberikan izin dan fasilitasnya untuk melakukan penelitian.
- (7) Direktur RSUD Margono Soekardjo Purwokerto yang telah memberikan izin dan fasilitasnya untuk melakukan penelitian.
- (8) Rektor Universitas Muhammadiyah Purwokerto yang telah memberi kesempatan penulis mengembangkan ilmu di Universitas Indonesia.
- (9) Orang tua, Suami, dan Anak-anak tercinta yang telah memberikan dukungan dengan penuh cinta, pengertian, dan kesabaran, serta senantiasa mendoakan penulis selama menjalani pendidikan.

- (10) Rekan-rekan seangkatan dan semua pihak yang telah membantu dalam penulisan tesis ini.

Semoga Allah SWT memberikan balasan lebih atas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan dan pelayanan keperawatan.

Depok, Juni 2011

Penulis



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Umi Solikhah

NPM : 0906505161

Program Studi : Program Magister Ilmu Keperawatan

Departemen : Kekhususan Keperawatan Anak

Fakultas : Fakultas Ilmu Keperawatan

Jenis karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

*Pengaruh Therapeutic Peer Play terhadap Kecemasan dan Kemandirian
Anak Usia Sekolah Selama Hospitalisasi di Rumah Sakit Wilayah Banyumas*

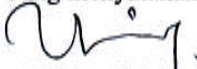
beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 30 Juni 2011

Yang menyatakan


(Umi Solikhah)

UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN ANAK

Tesis, Juni 2011
Umi Solikhah

Pengaruh *Therapeutic Peer Play* terhadap Kecemasan dan Kemandirian
Anak Usia Sekolah Selama Hospitalisasi di Rumah Sakit Wilayah Banyumas

ABSTRAK

Kecemasan dan ketidakmandirian merupakan reaksi yang sering terjadi pada anak selama hospitalisasi dan berakibat penurunan kondisi, lamanya adaptasi, serta gangguan perkembangan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh *therapeutic-peer-play* terhadap kecemasan dan kemandirian anak usia sekolah yang dirawat. Rancangan *quasy-experiment, pre-test post-test control-group design*, sampel masing-masing 33 pada kelompok intervensi dan kontrol. Analisis data dengan *paired t-test*. Hasil menunjukkan terdapat pengaruh yang signifikan ($p\text{-value}=0,000$) terhadap kecemasan {sebesar 11,09 pada intervensi dan 3,73 pada kontrol (66%); dari cemas sedang menjadi cemas ringan}; dan berpengaruh signifikan ($p\text{-value}=0,000$) terhadap kemandirian {sebesar 7,85 pada intervensi dan 2,58 pada kontrol (67%); dari tidak mandiri menjadi mandiri}. Mengingat *therapeutic-peer-play* berpengaruh terhadap kecemasan dan kemandirian, maka perlu peningkatan peran perawat terhadap upaya permainan terapeutik anak usia sekolah selama hospitalisasi.

Kata kunci : *Therapeutic-peer-play*, Kecemasan, Kemandirian

**UNIVERSITAS INDONESIA
MASTER PROGRAM OF NURSING SCIENCE
PEDIATRIC NURSING SCIENCE**

Thesis, June 2011
Umi Solikhah

The Effect of Therapeutic Peer Play to the Anxiety and Self-Reliance School-Age Children during the Hospitalization at Banyumas District Hospital

ABSTRACT

Anxiety and the lack of self-reliance is a reaction that often occurs in children during hospitalization and resulted in a decrease of conditions, duration of adaptation, and developmental disorders. The purpose of this research was to identify the effect of therapeutic peer play to the levels of anxiety and self-reliance school-age children during the hospitalization. This research used quasy-experiment, pre-test, post-test, control-group design, and samples in each of the intervention and control groups were 33 people. The data analysis used paired t-test. From the data analysis, it has been recognized that there is a significant effect (p value: 0,000) to anxiety {11,09 in intervention and 3,73 in control (66%), from middle to low level of anxiety}; and also there is a significant effect (p value: 0,000) to self-reliance {7,85 in intervention and 2,58 in control (67%), from being not independent to being independent}. Considering therapeutic peer play has effect on anxiety and self-reliance, it is necessary to increase the role of nurses to create therapeutic peer play for school aged children during hospitalization.

Keywords: therapeutic-peer-play, anxiety, self-reliance

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR SKEMA	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar belakang	1
1.2. Rumusan masalah	8
1.3. Tujuan penelitian	8
1.4. Manfaat penelitian	9
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1. Hospitalisasi anak usia sekolah	11
2.1.1. Perkembangan anak usia sekolah.....	11
2.1.2. Definisi hospitalisasi.....	13
2.1.3. Respon anak terhadap hospitalisasi	13
2.1.4. Faktor-faktor yang mempengaruhi reaksi hospitalisasi	15
2.2. Kecemasan	15
2.2.1. Pengertian kecemasan	15
2.2.2. Penelitian terkait kecemasan	17
2.2.3. Alat ukur kecemasan	19
2.3. Kemandirian.....	23
2.3.1. Pengertian kemandirian	23
2.3.2. Kemandirian anak usia sekolah	24
2.3.3. Penelitian terkait kemandirian	24
2.3.4. Alat ukur kemandirian	26
2.4. Permainan terapeutik	27
2.4.1 Definisi bermain	27
2.4.2 Pentingnya permainan terapeutik	28
2.4.3 Permainan terapeutik	29
2.4.2 <i>Therapeutic peer play</i>	29

2.5. Aplikasi teori Roy pada anak yang dirawat di rumah sakit	31
2.6 Kerangka teori	35
BAB 3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN	
DEFINISI OPERASIONAL	37
3.1. Kerangka konsep	37
3.2. Hipotesis	38
3.3. Definisi operasional	39
BAB 4. METODOLOGI PENELITIAN	41
4.1. Rancangan penelitian	41
4.2. Populasi dan sampel	43
4.2.1. Populasi	43
4.2.2. Sampel	43
4.3. Tempat penelitian	46
4.4. Waktu penelitian	46
4.5. Etika penelitian	46
4.6. Alat pengumpulan data	48
4.7. Prosedur pengumpulan data	52
4.8. Analisa data	53
BAB 5. HASIL PENELITIAN	56
5.1. Karakteristik responden	56
5.2. Gambaran kecemasan anak	59
5.3. Gambaran kemandirian anak	64
5.4. Pengaruh <i>therapeutic peer play</i> terhadap kecemasan	65
5.5. Pengaruh <i>therapeutic peer play</i> terhadap kemandirian	67
BAB 6. PEMBAHASAN	69
6.1. Karakteristik responden	69
6.2. Gambaran kecemasan anak	74
6.3. Gambaran kecemasan anak	75
6.4. Pengaruh <i>therapeutic peer play</i> terhadap kecemasan anak.....	76
6.5. Pengaruh <i>therapeutic peer play</i> terhadap kemandirian anak.....	78
6.6. Keterbatasan penelitian	80
6.7. Implikasi terhadap pelayanan, pendidikan, dan penelitian	81
BAB 7. SIMPULAN DAN SARAN	83
7.1. Simpulan	83
7.2. Saran	84

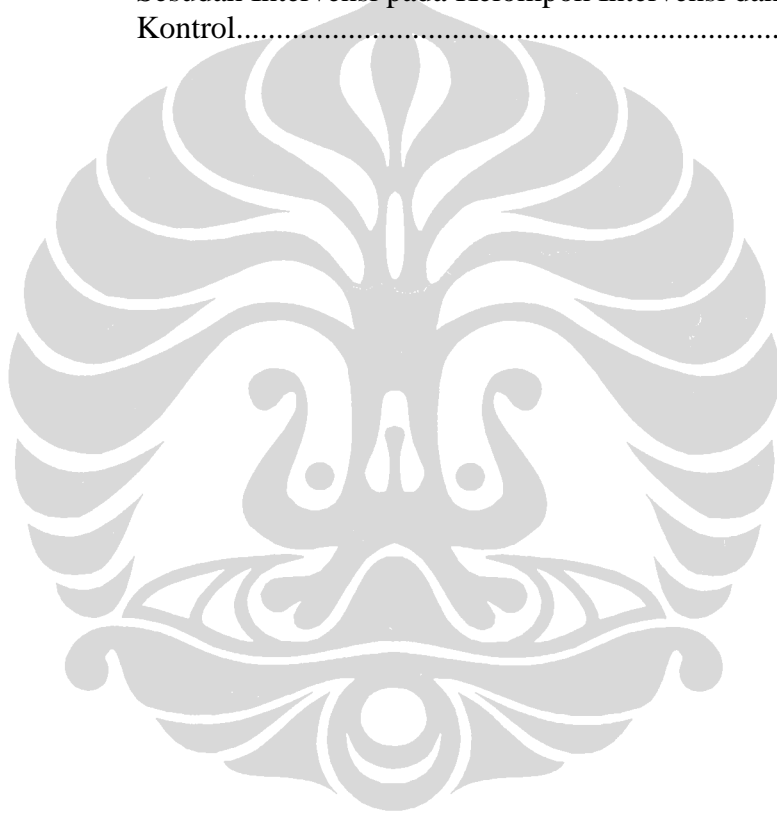
DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel. 2.1. Skala Aktifitas Hidup Dasar dari Katz	26
Tabel 3.1. Definisi Operasional Variabel Penelitian	39
Tabel 5.1.1. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Dan Keluarga Pendukung di RSUD Banyumas dan RSUD Margono Soekarjo Purwokerto Kabupaten Banyumas (April dan Mei 2011)	57
Tabel 5.1.2. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Pengalaman Dirawat, Dan Pengalaman Sakit Serupa di RSUD Banyumas dan RSUD Margono Soekarjo Purwokerto Kabupaten Banyumas (April dan Mei 2011)	58
Tabel 5.1.3. Hubungan Karakteristik Responden dengan Kecemasan dan Kemandirian Anak di RSU Banyumas dan RSU Margono Soekarjo Purwokerto Kabupaten Banyumas	59
Tabel 5.2.1. Gambaran Kecemasan Responden di RSU Banyumas dan RSU Margono Soekarjo Purwokerto Kabupaten Banyumas (April dan Mei 2011)	60
Tabel 5.2.2. Gambaran Penurunan Kecemasan Responden di RSU Banyumas dan RSU Margono Soekarjo Purwokerto Kabupaten Banyumas.....	61
Tabel 5.2.3. Distribusi Rata-Rata Frekuensi Nafas, Nadi, <i>Systole</i> dan <i>Diastole</i> Responden di RSU Banyumas dan RSU Margono Soekarjo Purwokerto Kabupaten Banyumas (April dan Mei 2011).....	62
Tabel 5.3.1. Gambaran Kemandirian Responden di RSU Banyumas dan RSU Margono Soekarjo Purwokerto Kabupaten Banyumas (April dan Mei 2011)	65
Tabel 5.3.2. Gambaran Peningkatan Kemandirian Responden di RSU Banyumas dan RSU Margono Soekarjo Purwokerto Kabupaten Banyumas.....	66
Tabel 5.4.1. Distribusi Rata-rata Skor Kecemasan Responden di RSU Banyumas dan RSU Margono Soekarjo Purwokerto Kabupaten Banyumas (April dan Mei 2011)	67
Tabel 5.3. Distribusi rata-Rata Skor Kemandirian Responden di RSU Banyumas dan RSU Margono Soekarjo Purwokerto Kabupaten Banyumas (April dan Mei 2011)	69

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Kerangka Teori Sistem Adaptasi Roy.....	30
Gambar 5.2. Grafik Perbandingan Skor Kecemasan Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol	68
Grafik 5.3. Perbandingan Skor Ketidakmandirian Anak Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol.....	70



DAFTAR SKEMA

Skema 2.1. Kerangka Teori	36
Skema 3.1. Kerangka Konsep Penelitian	38
Skema 4.1. Rancangan Penelitian	42



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Jadwal Penelitian

Lampiran 2: Lembar Konsultasi

Lampiran 3: Penjelasan Penelitian

Lampiran 4: Surat Pernyataan Kesediaan Berpartisipasi

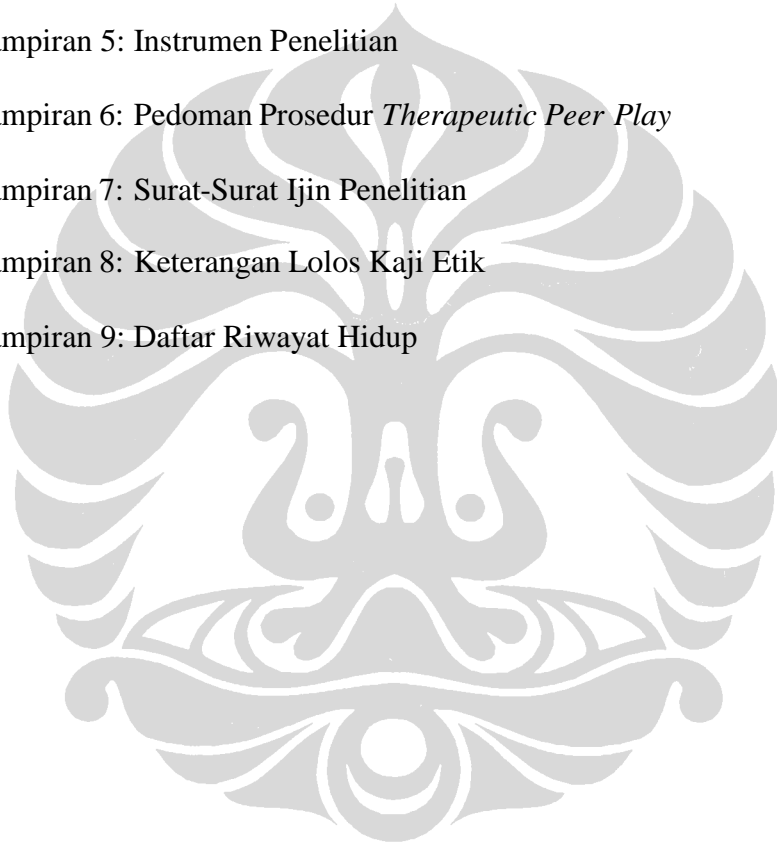
Lampiran 5: Instrumen Penelitian

Lampiran 6: Pedoman Prosedur *Therapeutic Peer Play*

Lampiran 7: Surat-Surat Ijin Penelitian

Lampiran 8: Keterangan Lolos Kaji Etik

Lampiran 9: Daftar Riwayat Hidup



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Anak adalah amanah dan karunia Tuhan Yang Maha Esa, yang dalam dirinya melekat harkat dan martabat sebagai manusia seutuhnya. Undang-undang perlindungan anak Republik Indonesia nomor 23 tahun 2002 memperjelas bahwa anak merupakan tunas, potensi, dan generasi muda penerus cita-cita perjuangan bangsa, yang memiliki peran strategis dan mempunyai ciri serta sifat khusus yang menjamin kelangsungan ekstensi bangsa dan negara pada masa depan. Perawat dalam pengabdianya kepada masyarakat memiliki kewajiban untuk mendukung tercapainya anak-anak yang sehat dan berkualitas.

Hasil survey yang dilakukan oleh Badan Pusat Statistik tahun 2010 dan *International Labour Organization* (ILO), jumlah anak di Indonesia mencapai 58,8 juta. Jumlah anak di Jawa Tengah mencapai 8,19 juta pada usia 0–14 tahun (Bappeda Jawa Tengah, 2010) merupakan jumlah yang tidak sedikit untuk mengupayakan mereka menjadi anak-anak yang memiliki kualitas baik. Untuk mendapatkan kualitas yang baik dalam membina anak-anak ini perlu dukungan dari berbagai pihak, mulai dari keluarga, sekolah, dan masyarakat, termasuk petugas kesehatan bagi anak-anak yang mengalami masalah kesehatan.

Keberadaan anak yang tidak selalu dalam keadaan sehat membutuhkan upaya pemeliharaan kesehatan. Menurut Undang-undang Kesehatan no 36 tahun 2009, upaya pemeliharaan kesehatan anak ditujukan untuk mempersiapkan generasi sehat, cerdas, dan berkualitas. Anak yang dilahirkan wajib dibesarkan dan diasuh secara bertanggung jawab, sehingga memungkinkan anak tumbuh dan berkembang secara sehat dan optimal. Tercapainya pertumbuhan dan

perkembangan anak yang optimal akan menentukan keberhasilan anak di masa mendatang, sebagai penerus bangsa yang akan melanjutkan pembangunan nasional.

Keberhasilan untuk menjadikan anak berkualitas tidak mungkin tercipta jika anak dalam keadaan sakit. Keadaan sakit akan membuat anak-anak tidak bebas dan tidak nyaman dalam melakukan berbagai aktivitasnya. Anak sakit ringan yang dirawat di rumah saja menunjukkan kemurungan, ketidaksenangan, dan keterbatasan, apalagi jika anak dirawat di rumah sakit. Rumah sakit akan menjadi tempat yang asing bagi anak-anak, karena lingkungan yang berbeda dan orang-orang disekitarnya yang belum pernah mereka temui.

Respon anak selama dirawat di rumah sakit yang paling menonjol adalah kecemasan. Perasaan anak-anak akibat hospitalisasi dalam kecemasannya akan merasa sendiri, merasa bosan, terisolasi, dan depresi. Perasaan yang timbul tersebut jika tanpa intervensi yang tepat dan disesuaikan tahap perkembangan, sangat memungkinkan terjadinya gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada anak. Salah satu tanda anak yang tidak cemas akibat hospitalisasi adalah anak kooperatif ketika dilakukan tindakan keperawatan. Menurut Handayani dan Puspitasari (2010) perilaku tidak kooperatif anak yang dirawat di rumah sakit dapat diatasi dengan bermain. Penelitian tersebut dilakukan pada anak usia pra sekolah dan jenis permainan dilakukan secara individu pasien anak bersama dengan orang tuanya.

Bermain merupakan kegiatan yang dilakukan secara sukarela untuk memperoleh kesenangan. Kegiatan bermain mencerminkan kemampuan fisik, intelektual, emosional, dan sosial anak. Salah satu fungsi bermain adalah sebagai terapi. Aktivitas permainan mengandung motivasi intrinsik, memberi kesenangan, dan kepuasan bagi anak-anak yang terlibat. Bermain terapeutik

Universitas Indonesia

dapat membantu klien anak mencegah atau menyelesaikan kesulitan-kesulitan psikososial dan mencapai pertumbuhan dan perkembangan yang optimal, melalui kebebasan eksplorasi dan ekspresi diri.

Permainan yang terapeutik dapat memperbaiki gangguan emosional dan penurunan kondisi selama dirawat di rumah sakit. Anak-anak membutuhkan bermain, tetapi tidak semua permainan memiliki sifat terapeutik. Permainan terapeutik hendaknya disesuaikan dengan usia dan tahap perkembangan anak (Mahon, 2009). Menurut Subardiah (2009), permainan terapeutik berpengaruh terhadap penurunan kecemasan, kehilangan kontrol, dan ketakutan pada anak prasekolah yang dirawat di rumah sakit. Penelitian lain menyebutkan bahwa terapi seni tidak memberikan pengaruh terhadap penurunan tingkat kecemasan, namun efektif menurunkan denyut nadi yang merupakan salah satu respon fisiologis kecemasan (Purwandari, 2009). Penelitian tersebut dilakukan pada anak usia sekolah dengan jenis permainan terapeutik, spesifik pada terapi seni.

Tahap perkembangan anak usia sekolah merupakan fase laten yang membutuhkan teman sebaya dalam berhubungan sosial, dan pada fase ini anak-anak juga mulai berfikir logis. Periode perkembangan anak usia sekolah aktivitasnya mulai menjauh dari kelompok keluarga dan lebih berfokus pada hubungan dengan teman sebaya yang lebih luas dan mengutamakan kerja sama sosial (Wong et al, 2009). Pada awal kehidupan, bermain adalah konteks utama bagi pengembangan hubungan positif dengan teman sebaya. Melalui bermain, anak-anak mengembangkan keterampilan sosial, emosi, kognitif, dan bahasa yang berkontribusi terhadap kemampuan untuk membangun dan mempertahankan interaksi peer efektif. Tingkat penguasaan anak pada tantangan perkembangan mempengaruhi kemampuan akademik dan sosial. Ini berhubungan dengan kompetensi membangun hubungan yang efektif dengan teman sebaya selama masa usia dini (Bredecamp & Copple, 2009). Permainan

terapeutik dengan teman sebaya menurut peneliti dapat disebut sebagai *therapeutic peer play*. *Therapeutic peer play* merupakan salah satu intervensi yang tepat untuk anak usia sekolah yang bisa diterapkan selama hospitalisasi.

Menurut Li, Lopez, dan Lee (2007) *therapeutic play* lebih berpengaruh terhadap kecemasan anak usia sekolah sebelum operasi dari pada kecemasan setelah operasi. Pada anak-anak yang akan dilakukan operasi penting dipersiapkan dengan bermain terapeutik untuk mengatasi kecemasan, ketakutan, kemarahan, dan perasaan ketidakpastian serta ketidakberdayaan. Pada anak usia sekolah permainannya cenderung bersama teman sebaya. Hal ini bisa menjadi pertimbangan untuk direncanakannya *therapeutic peer play* sebagai salah satu intervensi bermain terapeutik pada anak usia sekolah. *Therapeutic peer play* merupakan bagian dari *therapeutic play*, namun lebih spesifik pada anak usia sekolah sedangkan *therapeutic play* bisa diterapkan pada periode usia anak selain usia sekolah. Hubungan sosial dengan teman sebaya memberikan kekuatan pada anak usia sekolah untuk melalui permasalahan emosionalnya.

Orang tua sering lupa bahwa kebutuhan anak usia sekolah penting untuk dipenuhi. Periode perkembangan (fisik, psikososial, kognitif, dan moral) pada anak usia sekolah ini merupakan periode kritis dalam perkembangan konsep diri, sehingga kegagalan perkembangan tahap ini akan mengganggu konsep diri anak (Wong et al, 2009). Anak usia sekolah memiliki karakter cenderung bermain dengan teman sebayanya. Hal ini menjadi kekuatan tersendiri bagi anak dan sangat berpengaruh pada perkembangan emosional anak. Kondisi anak ketika berada di lingkungan asing di rumah sakit, bertemu dengan orang-orang baru dan lingkungan baru justru cenderung menarik diri. Perawat yang berada 24 jam disamping pasien juga sering tidak memperhatikan bahwa anak-anak usia sekolah membutuhkan permainan terapeutik bersama teman sebaya. *Therapeutic peer play* yang tepat untuk anak usia sekolah perlu diprogramkan

dalam rangkaian asuhan keperawatan sebagai wujud perhatian perawat terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak.

Therapeutic peer play merupakan salah satu bentuk tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk membantu klien mengoptimalkan perkembangannya, sehingga diharapkan dapat mencegah terjadinya gangguan perkembangan dan menangani permasalahan kesehatan selama dirawat di rumah sakit. Menurut undang-undang kesehatan no 36 tahun 2009 disebutkan bahwa teknologi kesehatan adalah segala bentuk alat dan/atau metode yang ditujukan untuk membantu menegakkan diagnosa, pencegahan, dan penanganan permasalahan kesehatan manusia. *Therapeutic peer play* dapat digunakan sebagai salah satu teknologi kesehatan yang sangat tepat untuk diterapkan pada anak usia sekolah yang sering mengalami masalah hospitalisasi selama dirawat di rumah sakit.

Perawatan anak di rumah sakit merupakan pengalaman stres baik bagi anak maupun orang tua, dimana lingkungan rumah sakit itu sendiri sering menimbulkan kecemasan bagi anak (Murniasih & Rahmawati, 2004). Kecemasan anak pada usia sekolah bisa dialihkan dengan bermain bersama teman sebaya, yang didukung oleh keluarga dan petugas kesehatan. Peran orang tua di rumah sakit dalam memberikan dukungan pada anak sangat penting dibandingkan dengan peran perawat (Knutsson, Tibbelin, & Magnus, 2006). Namun demikian perawat perlu mendukung, menghargai, menganjurkan, dan meningkatkan kekuatan serta kompetensi keluarga dalam merawat anak. Selama perawatan di rumah sakit pasien membutuhkan kehadiran perawat sebanyak 87% terutama pasien anak-anak (Cho & Kim, 2006). Untuk meminimalkan efek hospitalisasi perlu kerjasama antara perawat, orang tua, tenaga kesehatan yang lain, dan anak itu sendiri.

Kondisi anak dalam keadaan sakit akibat hospitalisasi juga menurunkan kemandirian anak yang ditandai dengan anak kehilangan kendali dan tidak kooperatif saat dilakukan tindakan keperawatan. Anak usia sekolah berusaha keras memperoleh kemandirian dan produktivitas sehingga rentan terhadap kejadian-kejadian yang dapat mengurangi kendali dan kekuatannya. Gangguan kemandirian ini terjadi akibat perubahan peran keluarga, ketidakmampuan fisik, takut terhadap kematian, penelantaran, cedera permanen, kehilangan pertemanan kelompok sebaya, kurang produktivitas, dan ketidakmampuan mengatasi stres (Wong et al, 2009). Perawat yang berada 24 jam dengan pasien anak di usia ini seharusnya memperhatikan penurunan kemandirian yang dialami, sebagai pertimbangan dalam menyusun perencanaan keperawatan yang dapat dipertanggungjawabkan untuk meningkatkan status kesehatan pasien anak dan meminimalkan reaksi anak terhadap hospitalisasi.

Reaksi anak terhadap hospitalisasi bersifat individual dan sangat tergantung pada usia perkembangan anak, pengalaman sebelumnya terhadap sakit, sistem pendukung yang tersedia, dan kemampuan coping yang dimilikinya. Anak usia sekolah tergolong dalam perkembangan sosial dan kepribadian anak *metamorfosis* yang ditandai dengan meluasnya lingkungan sosial, dimana teman sebaya punya peranan sangat besar dan sangat berpengaruh bagi kehidupan anak. Tercapainya tahap ini dapat mengarahkan anak usia sekolah kepada kemajuan yang pesat dalam memelihara coping individu dalam menghadapi permasalahan (Dany & Murtihardjana, 2009).

Anak usia sekolah memiliki ciri sudah mulai belajar sosial aktif, sehingga diantara mereka terdapat hubungan dengan anak-anak sebayanya (Staf pengajar IKA, 2001). Bertambahnya hubungan dengan teman sebaya pada anak usia sekolah akan mengurangi ketergantungannya kepada orang tua, sehingga anak lebih mandiri. Stres yang dialami anak selama hospitalisasi ikut berperan

terhadap penurunan kemandirian dan kecemasan (Ball & Bindler, 2003). Kecemasan dan penurunan kemandirian pada anak usia sekolah ini perlu diatasi dengan intervensi yang disesuaikan dengan tahap perkembangan anak.

Rumah Sakit Umum (RSU) Banyumas merupakan rumah sakit yang memiliki motto memberikan pelayanan terbaik bagi pasien. Melalui upaya-upaya yang direncanakan menjadikan Rumah Sakit Umum Banyumas sebagai pilihan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Jumlah pasien usia anak-anak di RSU Banyumas periode Januari sampai dengan Desember tahun 2010 sebanyak 1366 anak, dan pasien usia anak sekolah sebesar 767 anak. RSU Banyumas menggolongkan usia 5 sampai 14 tahun sebagai anak usia sekolah. Jumlah pasien anak usia sekolah di RSU Banyumas periode Oktober sampai dengan Desember 2010 sebanyak 240 anak, sedangkan jumlah anak usia sekolah yang dirawat di ruang Kanthil periode Oktober sampai dengan Desember 2010 sebanyak 63 anak. Ruang Kanthil RSU Banyumas memiliki misi: menyelenggarakan asuhan keperawatan yang profesional, manusiawi dan bermutu pada ruang rawat penyakit anak dan bekerjasama dengan tenaga kesehatan lainnya di Rumah Sakit Pendidikan Banyumas.

Berdasarkan studi pendahuluan di ruang Kanthil RSU Banyumas, menunjukkan bahwa lebih dari 80% anak yang dirawat menunjukkan tanda kecemasan dan penurunan kemandirian. Peneliti sebelumnya menyebutkan bahwa 100% anak usia sekolah yang menjadi responden mengalami kecemasan ringan dan sedang (Purwandari, 2009). Ruang Kanthil RSU Banyumas sudah menerapkan terapi bermain tetapi belum optimal. Belum ada upaya *therapeutic peer play* pada anak usia sekolah selama dirawat di rumah sakit, sehingga memungkinkan kecemasan anak lebih panjang masanya. Hal ini menjadi penting bagi rumah sakit yang berupaya memberikan pelayanan keperawatan terbaik bagi

masyarakat, sehingga mampu mencegah gangguan perkembangan pada anak dan meningkatkan konsep diri anak.

1.2 Rumusan Masalah

Anak usia sekolah yang dalam keadaan sakit akibat hospitalisasi sering mengalami kecemasan dan penurunan kemandirian yang ditandai dengan anak kehilangan kendali dan tidak kooperatif saat dilakukan tindakan keperawatan. Kondisi ini dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan anak serta dapat menurunkan konsep diri anak.

Bagi anak usia sekolah, teman sebaya punya peranan sangat besar dan sangat memberikan pengaruh bagi kehidupan anak dan hal ini sangat dibutuhkan selama anak berada dalam masa hospitalisasi. Tidak tercapainya tahap ini akan sangat mengganggu *coping* individu anak dalam menghadapi permasalahan dan mengganggu keseimbangan antara ketergantungan dan ketidaktergantungan, hal ini sering tidak disadari oleh orang tua dan petugas kesehatan di ruang rawat anak.

Pendekatan *therapeutic peer play* penting untuk direncanakan sebagai salah satu *alternatif* untuk menyelesaikan masalah hospitalisasi pada anak usia sekolah. Berdasarkan latar belakang tersebut perlu dilakukan penelitian tentang pengaruh *therapeutic peer play* terhadap tingkat kecemasan dan kemandirian anak usia sekolah di RSUD Banyumas dengan masalah penelitian sejauh manakah pengaruh *therapeutic peer play* terhadap kecemasan dan kemandirian anak usia sekolah yang dirawat di RSUD Banyumas.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah diketahuinya pengaruh *therapeutic peer play* terhadap kecemasan dan kemandirian pada anak yang dirawat di Rumah Sakit Umum Banyumas.

1.3.2. Tujuan Khusus

1.3.2.1 Diketahuinya karakteristik anak usia sekolah yang dirawat di rumah sakit.

1.3.2.2 Diketahuinya gambaran kecemasan anak usia sekolah yang dirawat di Rumah Sakit.

1.3.2.3 Diketahuinya gambaran kemandirian anak usia sekolah yang dirawat di Rumah Sakit.

1.3.2.4. Diketahuinya hubungan karakteristik responden dengan kecemasan dan kemandirian anak

1.3.2.5. Diketahuinya pengaruh *therapeutic peer play* terhadap kecemasan anak usia sekolah yang dirawat di Rumah Sakit.

1.3.2.6. Diketahuinya pengaruh *therapeutic peer play* terhadap kemandirian anak usia sekolah yang dirawat di Rumah Sakit.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat untuk masyarakat

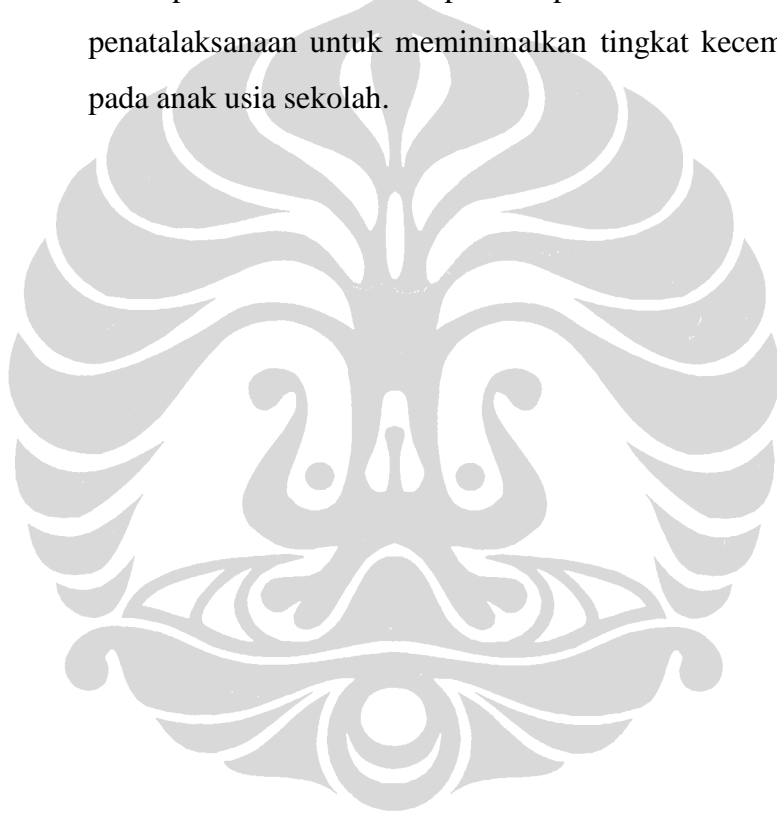
Orang tua yang memiliki anak usia sekolah yang dirawat di rumah sakit dapat mengenali dan mengantisipasi upaya pengurangan kecemasan anak di rumah sakit melalui *peer play*. Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat menjadi informasi bagi masyarakat bahwa *therapeutic peer play* akan berpengaruh terhadap kecemasan dan kemandirian anak usia sekolah sehingga akan lebih cepat membaik kondisinya.

1.4.3. Manfaat untuk pelayanan kesehatan

Penelitian ini dapat menjadi dasar bagi perawat anak untuk meningkatkan kualitas pelayanan perawatan kepada anak usia sekolah di rumah sakit dengan cara melibatkan keluarga dan upaya *therapeutic peer play* selama melakukan tindakan perawatan.

1.4.4. Manfaat untuk perkembangan ilmu keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah literatur tentang upaya penatalaksanaan untuk meminimalkan tingkat kecemasan dan kemandirian pada anak usia sekolah.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Hospitalisasi Anak Usia Sekolah

2.1.1. Perkembangan anak usia sekolah

Anak usia sekolah digolongkan menjadi tiga yaitu anak usia sekolah awal (usia 5-6 tahun), anak usia sekolah pertengahan (usia 6 – 8 tahun), dan anak usia sekolah akhir (usia 9 – 12 tahun). Pada anak usia sekolah secara fisik keseimbangan badan relatif berkembang baik. Perubahan proporsional tubuhnya memudahkan aktivitas anak, lemak berkurang secara bertahap, mereka menggandakan kemampuan fisiknya, dan mencapai koordinasi yang halus dan mantap. Penguasaan keseimbangan dan gerakan-gerakan badan lebih baik, dimana kecakapan motorik ini sesuai dengan perluasan hubungan dengan lingkungan yang menuntut kemandirian anak (Wong et al, 2009).

Keberadaan ini ditunjang dengan kematangan sistem tubuh seperti sistem gastrointestinal, vesika urinaria, sistem imun, sistem muskuloskeletal serta sistem tubuh yang lain. Kematangan sistem tubuh ini menjadikan anak merasa mampu mempertahankan tubuhnya dan menjadikan perhatian orang tua terhadap kebutuhan fisik anak. Orang tua merasa anak usia sekolah sudah mampu mengatur kebutuhannya sendiri, sehingga bukan tidak mungkin anak akan terganggu secara fisik. Disamping perhatian terhadap pertumbuhan anak juga perlu diperhatikan perkembangan anak yang meliputi perkembangan psikososial, kognitif, industri, moral dan spiritual (Wong et al, 2009).

Freud mendiskripsikan perkembangan psikososial anak sebagai periode laten dimana anak-anak membina hubungan dengan teman sebaya sesama jenis dan memulai ketertarikan kepada lawan jenis. Hubungan ini menjadi perantara pengembangan sosialisasi anak. Identifikasi dengan teman sebaya memberi pengaruh kuat bagi anak untuk memperoleh kemandirian. Nampak jelas terlihat jenis permainan yang disukai anak laki-laki dan anak perempuan.

Perkembangan sosial dan kognitif anak usia sekolah menurut Muscari (2000) antara lain berperilaku lebih menyukai kebersamaan dan bekerja sama, kadang bermain curang untuk mendapat kemenangan, meniru orang dewasa, menyombongkan diri, bersikap iri dan kasar, menyukai permainan bertabel, membaca, tidak mau mempertanggungjawabkan perilaku keliru, menyukai permainan kata-kata, menyukai permainan berkelompok, senang berteman dengan jenis kelamin sama, menyukai *reward*, tahu waktu, menghormati orang tua, dan merasa bahwa teman adalah penting.

Perkembangan industri menurut Erikson (dalam Wong et al, 2009) merupakan pencapaian terpenting dalam perkembangan personal. Hal ini perlu didukung oleh keutuhan keluarga yang memberikan kasih sayang sesuai kebutuhan anak. Anak-anak merasa puas dalam kemandiriannya ketika terlibat dalam aktivitas sosial yang menunjukkan kemampuannya.

Perkembangan moral anak usia 5 sampai 12 tahun menurut Piaget (dalam Wong et al, 2009), ditandai dengan pemahaman konsep anak mengenai keadilan yang sebelumnya kaku dan keras berubah menjadi mulai memperhitungkan keadaan-keadaan khusus. Sebagai contoh pemahaman anak tentang berbohong, pada anak usia kurang dari 5 tahun memandang bahwa bohong itu tidak baik, tetapi pada

Universitas Indonesia

anak usia 5 sampai 12 tahun berpendapat kadang berbohong itu perlu pada kondisi tertentu. Pemahaman konsep keadilan ini dipelajari anak dari orang tua (Wong et al, 2009).

Konsep moral anak usia sekolah oleh Peaget diperkuat Kohlberg dengan teori moralitas konvensional. Teori moralitas konvensional menjelaskan bahwa moralitas anak yang baik adalah yang mengikuti peraturan untuk mengambil hati orang lain dan mempertahankan hubungan baik.

Konsep perkembangan spiritual merupakan hal menarik bagi anak usia sekolah untuk mempelajari surga dan neraka. Anak-anak mulai berkembang kesadaran diri dan memperhatikan terhadap peraturan, dimana ketika anak berbuat atau berperilaku salah dengan penuh kesadaran akan mengakui kesalahan dan menerima hukuman. Pertumbuhan dan perkembangan anak menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi respon hospitalisasi.

2.1.2. Definisi hospitalisasi

Hospitalisasi adalah peristiwa yang tidak menyenangkan akibat dirawat di rumah sakit. Hospitalisasi dapat terjadi akibat dari tindakan emergensi atau trauma selama dirawat di rumah sakit, yang menjadikan stress pada anak semua usia dan keluarganya. Mereka berada pada lingkungan asing yang tidak diketahuinya, dikelilingi orang-orang asing, peralatan, dan pemandangan sekitar menakutkan (Ball & Bindler, 2003). Untuk mengatasi efek hospitalisasi ini perlu direncanakan intervensi yang tepat yang disertai dengan dukungan sebelum, selama, dan setelah dirawat di rumah sakit. Efek hospitalisasi juga dialami oleh anak usia sekolah.

2.1.3. Respon anak terhadap hospitalisasi

Respon anak usia sekolah ketika menghadapi efek hospitalisasi, sudah mulai realistis tentang sebab sakit dan memahami penjelasan. Konsep anak tentang tubuh dan fungsinya mulai matur, konsep waktu difahami dengan baik, sehingga orang tua tinggal menganjurkan sesuatu ketika berkunjung ke rumah sakit. Stress terhadap prosedur tindakan yang dilakukan berperan penting terhadap kemunduran atau perubahan perilaku. Anak usia antara 5 sampai 8 tahun percaya pada keberadaan jantung dan tulang dalam tubuhnya, mereka menunjukkan sistem pencernaan mempunyai 2 bagian yaitu mulut dan perut (Ball & Bindler, 2003). Walaupun tingkat pemahaman mereka tentang konsep tubuh sudah mulai ada, efek hospitalisasi tetap menjadi masalah bagi anak usia sekolah.

Li, Lopez, dan Lee (2007) melakukan penelitian tentang efek *preoperative therapeutic play* pada anak usia sekolah yang akan menjalani pembedahan, dengan subyek penelitian sebesar 203 anak (97 kelompok eksperimen dan 106 kelompok kontrol). Penelitian dilakukan di Tuen Mun Hospital Hongkong. Peneliti mengidentifikasi bahwa intervensi *preoperative therapeutic play* dilaporkan dapat menurunkan tingkat kecemasan pada anak usia sekolah yang akan menjalani operasi dan dapat mengurangi respon emosi negatif pra operasi. Peneliti menyatakan bahwa tindakan pembedahan menimbulkan stress dan pengalaman yang mengancam; sedangkan bermain adalah aktivitas sehari-hari yang menyenangkan bagi kehidupan anak.

Bermain penting bagi anak-anak dan dapat menurunkan kecemasan akibat kesakitan dan hospitalisasi. Pada anak usia sekolah tidak hanya perkembangan normal yang terfasilitasi oleh bermain, juga dapat meningkatkan pengertian anak untuk belajar tentang perawatan kesehatan dan meningkatkan penguasaan kontrol diri

Universitas Indonesia

terhadap ketakutan yang berlebihan. Perawat dapat merencanakan teknik *therapeutic play* untuk membantu mengurangi stress hospitalisasi. Anak usia sekolah cenderung lebih menikmati dan mengungkapkan pengalamannya dengan teman sebaya.

2.1.4. Faktor-faktor yang mempengaruhi reaksi hospitalisasi

Anak yang dirawat di rumah sakit menunjukkan reaksi menangis karena kesakitan dan hospitalisasi. Penyebab penurunan mood antara lain perubahan status kesehatan dan lingkungan yang jauh dari rutinitasnya sehari-hari serta keterbatasan coping mekanisme anak dalam memecahkan masalah. Reaksi anak terhadap hospitalisasi dipengaruhi oleh faktor usia, pengalaman sakit, perpisahan, pengalaman dirawat di rumah sakit, pembawaan anak dan ketrampilan coping, kegawatan diagnosa, dan *support system* (Hockenberry & Wilson, 2009).

Reaksi hospitalisasi yang ditunjukkan pada anak usia sekolah lebih ringan dibandingkan dengan anak usia *toddler* dan pra sekolah. Anak yang pernah merasakan sakit sebelumnya akan merespon sakitnya saat ini dengan lebih positif. Perpisahan dengan rutinitas sehari-hari bagi anak usia sekolah menjadi faktor penting penyebab munculnya reaksi negatif hospitalisasi. Anak yang pernah dirawat di rumah sakit yang sama akan merasa lebih terbiasa dibandingkan dengan yang baru pertama kali di rawat. Pembawaan anak yang tenang dan kemampuan ketrampilan coping yang baik akan lebih menunjukkan reaksi positif. Kegawatan diagnosa menjadi sumber ketakutan anak dan orang tua. *Support system* yang cukup dari keluarga, sekolah, dan lingkungan sosial terutama dari teman sebaya.

2.2. Kecemasan

2.2.1. Pengertian cemas

Cemas adalah respon emosional terhadap penilaian sesuatu yang dianggap membahayakan, dimana cemas sangat berkaitan dengan perasaan ketidakpastian dan ketidakberdayaan. Tingkatan dari kecemasan meliputi cemas ringan, cemas sedang, cemas berat, dan panik. Cemas ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari yang menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Cemas sedang memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal penting dan mengesampingkan yang lain. Cemas berat sangat mengurangi lahan persepsi seseorang dan cenderung tidak dapat berpikir tentang hal lain, sehingga mereka perlu banyak pengarahan. Panik merupakan tingkatan terberat yang membuatnya kehilangan kendali dan menurunnya kemampuan berhubungan dengan orang lain (Stuart & Sundeen, 1998).

Cemas juga didefinisikan sebagai perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang disertai respon autonom yang tidak jelas dan sering tidak diketahui individu dan perasaan takut yang disebabkan antisipasi terhadap bahaya. Karakteristik dari cemas ditunjukkan dari perilaku, afektif, fisiologis, simpatik, parasimpatik, dan kognitif (NANDA, 2009) dengan penjelasan sebagai berikut :

- Perilaku meliputi gejala: penurunan produktifitas, ekspresi kekhawatiran, gerakan yang tidak relevan, gelisah, melihat sepintas, insomnia, menghindari kontak mata, agitasi, tampak waspada, dan mengintai.
- Afektif meliputi: gelisah, kesedihan yang mendalam, *distress*, ketakutan, perasaan tidak adekuat, berfokus pada diri sendiri, peningkatan kewaspadaan, iritabel, gugup, senang berlebihan, nyeri, peningkatan rasa tidak berdaya, bingung, menyesal, ragu/ tidak percaya diri, dan khawatir.

Universitas Indonesia

- Fisiologis meliputi: wajah tegang, tremor tangan, peningkatan keringat, peningkatan ketegangan, gemetar, suara bergetar.
- Simpatik meliputi gejala: anoreksia, eksitasi kardiovaskuler, diare, mulut kering, wajah merah, jantung berdebar, peningkatan tekanan darah, peningkatan denyut nadi, peningkatan reflek, peningkatan frekuensi pernafasan, pupil melebar, kesulitan bernafas, vasokonstriksi supervisial, kedutan pada otot (twitching), dan lemah.
- Parasimpatik meliputi: nyeri abdomen, penurunan tekanan darah, penurunan denyut nadi, diare, vertigo, letih, mual, gangguan tidur, kesemutan pada ekstremitas, sering berkemih, dorongan berkemih.
- Kognitif meliputi: menyadari gejala fisiologis, bloking pikiran, kebingungan, penurunan lapang persepsi, kesulitan konsentrasi, penurunan kemampuan untuk belajar, penurunan kemampuan untuk memecahkan masalah, ketakutan terhadap konsekuensi yang tidak spesifik, lupa, gangguan perhatian, menguraikan panjang lebar, cenderung menyalahkan orang lain.

Anak yang dirawat di rumah sakit dihadapkan pada lingkungan yang asing dan menjadikan anak berespon cemas. Anak usia sekolah yang mengalami kecemasan akibat hospitalisasi ditunjukkan dengan perilaku kehilangan kontrol, kehilangan *privacy* dan kontrol fungsi tubuh, ketakutan terhadap perlukaan tubuh, ketakutan pada hal yang menyakitkan dan prosedur invasif, dan ketakutan pada kematian. Respon anak menunjukkan peningkatan sensitivitas terhadap lingkungan dan mengingat dengan detail kejadian pada dirinya serta kejadian yang dilihatnya pada anak yang lain. Efek hospitalisasi yang dialami oleh anak tersebut juga dipengaruhi oleh pengalaman sakit anak, emosional dan penatalaksanaan fisik (Ball & Bindler, 2003).

Universitas Indonesia

2.2.2. Penelitian terkait kecemasan

Penelitian terkait dampak hospitalisasi dilakukan oleh Murniasih dan Rahmawati (2007) memperoleh hasil bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan akibat hospitalisasi pada anak usia pra sekolah di bangsal L RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. Area yang diteliti terkait kecemasan akibat efek hospitalisasi pada anak usia pra sekolah. Jumlah responden 30 anak dengan orang tuanya. Melalui uji korelasi *spearman Rho* didapatkan nilai $r = - 0,650$ dengan nilai signifikansi 0,01 artinya terdapat hubungan terbalik antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan akibat hospitalisasi anak usia pra sekolah yang menunjukkan semakin tinggi dukungan keluarga maka semakin rendah tingkat kecemasan anak.

Penelitian lain dilakukan oleh Subardiah (2009) tentang pengaruh permainan terapeutik terhadap kecemasan, kehilangan kontrol, dan ketakutan anak prasekolah selama dirawat di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung. Jumlah sampel 60 anak (30 anak kelompok intervensi dan 30 kelompok kontrol). Analisis menggunakan uji *t independent*, dengan hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan rata-rata penurunan kecemasan pada kelompok intervensi dan kontrol ($p=0,002$), ada perbedaan rata-rata penurunan kehilangan kontrol pada kelompok intervensi dan kontrol ($p=0,001$), dan ada perbedaan rata-rata penurunan ketakutan pada kelompok intervensi dan kontrol ($p= 0,009$), artinya permainan terapeutik berpengaruh terhadap penurunan kecemasan, kehilangan kontrol, dan ketakutan pada anak prasekolah yang dirawat di rumah sakit.

Kecemasan akibat hospitalisasi masih menjadi masalah bagi anak usia sekolah walaupun kedua penelitian diatas dilakukan pada anak

Universitas Indonesia

usia pra sekolah. Hal ini di dukung dengan hasil penelitian Knutsson, Tibbelin, dan Unge (2006) yang menyatakan bahwa kejadian anak yang menangis *post adenoidectomy* dialami oleh anak usia *toddler*, pra sekolah, dan usia sekolah, namun skala nyeri pada anak usia *toddler* lebih tinggi dibandingkan dengan anak usia sekolah. Sebagian anak usia sekolah berusaha mempertahankan ketenangannya selama prosedur invasif, tetapi secara umum masih sangat membutuhkan dukungan. Dukungan dari keluarga mungkin tidak sebesar yang dibutuhkan oleh anak pada usia *toddler* atau pra sekolah, anak usia sekolah selain dukungan keluarga juga membutuhkan dukungan sosial terutama dengan teman sebaya.

2.2.3. Alat ukur kecemasan

Pengukuran kecemasan menurut Saryono (2010) dan Nursalam (2009) terdiri dari beberapa instrumen yang dapat digunakan antara lain :

- (1) GADA (*generalized anxiety disorder assessment*) yang meliputi: kekuatiran berlebihan, kesulitan mengontrol cemas, kekuatiran yang terus menerus, perasaan gelisah, mudah lelah, terganggu konsentrasi, mudah tersinggung, ketegangan otot (dagu, leher, & bahu), mudah mengantuk, tidur gelisah, kecemasan mempengaruhi kehidupan sehari-hari. Pengukuran ini dilakukan untuk gangguan kecemasan umum, dengan menjawab 'ya' atau 'tidak'. Jawaban ya bila subyek merasakan gejala tersebut dalam 6 bulan terakhir.
- (2) HARS (*hamilton rating scale for anxiety*), terdiri dari 14 bagian gejala (7 item untuk kecemasan psikis dan 7 item kecemasan somatis) yang meliputi: perasaan cemas (firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung); ketegangan (merasa tegang, lesu, tidak bisa istirahat tenang, mudah terkejut, mudah menangis, gemetar, dan gelisah); ketakutan (pada gelap, pada orang asing, ditinggal sendiri,

Universitas Indonesia

pada binatang besar, pada keramaian lalu lintas, pada kerumunan orang banyak); gangguan tidur (sulit tidur, sering bangun malam hari, tidur tidak nyenyak, bangun dengan lesu, banyak mimpi, mimpi buruk, mimpi menakutkan); gangguan kecerdasan (sulit berkonsentrasi, daya ingat menurun, daya ingat buruk); perasaan depresi/murung (hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, bangun dini hari, perasaan berubah-ubah sepanjang hari); gejala fisik otot (nyeri otot, kekakuan, kedutan otot, gigi gemeretak, suara tidak stabil); gejala fisik sensorik (*tinitus*, penglihatan kabur, muka merah atau pucat, merasa lemas, perasaan ditusik-tusuk); gejala kardiovaskuler (takikardia, berdebar-debar, nyeri dada, rasa lemas, detak jantung berhenti sejenak); gejala respiratorik (rasa tertekan, rasa tercekik, sering menarik nafas, nafas pendek dan sesak nafas); gejala gastrointestinal (sulit menelan, gangguan pencernaan, nyeri sebelum dan sesudah makan, perasaan terbakar di perut, rasa penuh/kembung, mual, muntah, buang air besar lembek, konstipasi, penurunan berat badan); gejala urogenital (sering buang air kecil, tidak dapat menahan kemih); gejala autonom (mulut kering, mudah berkeringat, kepala pusing, kepala terasa berat, kepala terasa sakit, bulu kuduk berdiri); tingkah laku/sikap saat wawancara (gelisah, tidak tenang, jari gemetar, kerut kening, muka tegang, otot tegang, nafas pendek dan cepat, muka merah). Keterangan nilai dalam kuesioner tersebut menunjukkan tidak ada kecemasan jika diperoleh skor <14, kecemasan ringan dengan skor 14-20, kecemasan sedang dengan skor 21-27, kecemasan berat dengan skor 28-41, dan kecemasan sangat berat dengan skor 42-56. Kriteria penilaian menggunakan angka 0-4, nilai 0 jika tidak ada gejala sama sekali, nilai 1 jika satu gejala dari pilihan yang ada/ringan, nilai 2 jika separuh dari gejala yang ada/sedang, nilai 3 jika lebih dari separuh gejala yang

Universitas Indonesia

ada/berat, dan nilai 4 jika semua gejala ada/sangat berat. HARS dikembangkan oleh Max Hamilton (1959) yang bisa digunakan untuk anak-anak dan orang dewasa.

(3) DASS (*depression anxiety stress scale*) meliputi pernyataan “mulut saya kering”, “saya kesulitan bernafas”, “saya menggigil”, “saya khawatir dengan keadaan saya mungkin saya panik dan membuat kebodohan sendiri”, “saya merasa sering panik”, “saya merasa jantung berdebar tanpa aktivitas fisik”, “saya takut tanpa alasan yang jelas”. Ketujuh pernyataan diatas dinilai dengan keterangan angka 0-3 yaitu nilai 0 jika tidak dialami responden, nilai 1 jika dialami beberapa kali, nilai 2 jika sering mengalami, nilai 3 jika sering mengalami. Skor yang diperoleh dikategorikan ringan jika bernilai 7-9, sedang jika bernilai 10-14, berat jika bernilai 15-19, dan ekstrim jika bernilai >20.

(4) ZSRAS (*zung self-rating anxiety scale*), kuesioner ini terdiri dari 20 pernyataan, yaitu: “saya merasa gelisah dan khawatir lebih dari biasanya”, “saya merasa takut tanpa sebab”, “saya merasa mudah terganggu dan panik”, “saya merasa seperti terpisah dan remuk redam”, “saya merasa semuanya baik-baik saja dan tidak ada yang buruk”, “saya merasa terganggu karena serangan sakit kepala”, “saya merasa ingin pingsan”, “saya dapat bernafas dengan mudah”, “saya merasa mati rasa dan kesemutan di jari dan kaki”, “saya terganggu karena nyeri perut”, “tangan dan kaki saya gemetar”, “saya terganggu dengan nyeri kepala, leher, dan punggung”, “saya merasa lemas dan mudah lelah”, “saya merasa tenang dan dapat duduk dengan mudah”, “saya dapat merasakan kecepatan denyut jantung saya”, “saya merasa sering berkemih”, “tangan saya terbiasa hangat dan kering”, “wajah saya terasa panas dan memerah”, “saya mudah tidur dan dapat istirahat malam dengan baik”, “saya sering mimpi buruk”. Penilaian skor

Universitas Indonesia

antara 25-100 dengan kriteria normal/cemas ringan pada skor 25-44, cemas sedang pada skor 45-59, cemas berat pada skor 60-74, dan cemas ekstrim pada skor >75. Skala yang digunakan 1 jika tidak pernah, 2 jika kadang-kadang, 3 jika sering, 4 jika selalu dialami.

- (5) T-MAS (*tailor manifest anxiety scale*) terdiri dari 24 pernyataan yaitu: “saya merasa tangan saya gemetar”, “saya merasa tubuh saya berkeringat”, “saya merasa nyeri”, “saya merasa berdebar-debar”, “saya merasa nafas saya tersengal-sengal”, “saya merasa beban berat”, “saya percaya diri bisa mengatasi semua ini”, “saya merasa khawatir dengan keadaan saat ini”, “saya merasa sulit konsentrasi”, “saya khawatir akan terjadi hal tidak menyenangkan”, “saya mudah tersinggung dengan ucapan petugas kesehatan”, “saya merasa baik-baik saja meninggalkan teman-teman dan keluarga”, “saya merasa tidak nyaman berada di ruangan ini”, “saya merasa tegang”, “saya merasa takut yang tidak jelas”, “saya merasa tidak sabar”, “saya merasa mudah marah”, “saya merasa tenang”, “saya merasa gelisah”, “saya tidak nafsu makan”, “saya bahagia dengan keadaan sekarang”. Kategori cemas ringan jika skor <6, cemas sedang pada skor 7-12, cemas berat pada skor 13-18, dan panik pada skor 19-24.

- (6) MASC (*multidimension anxiety scale for children*) merupakan alat ukur untuk menilai gejala kecemasan untuk seluruh domain gejala klinis, yang terdiri dari: skala gejala fisik, skala kecemasan sosial, skala gangguan penghindaran, skala panik, indeks total kecemasan, indeks konsistensi. Penilaian terdiri dari 39 item yang bisa diselesaikan dalam waktu 15 menit, sehingga praktis untuk anak-anak. MASC dapat digunakan pada tatanan sekolah, klinik rawat jalan, perawatan di rumah, layanan perlindungan anak, praktik swasta. Instrumen ini bisa

Universitas Indonesia

digunakan untuk anak usia sekolah dan remaja dan cocok untuk setting kelompok. Versi pengujian ulang dirancang dengan 10 pertanyaan yang bisa diselesaikan dalam waktu 5 menit (March, Sullivan, & Parker, 1999).

- (7) CMAS (*children's manifest anxiety scale*) merupakan instrument yang dirancang untuk mengukur kecemasan anak dan remaja (6-19 tahun). Untuk anak >9,5 tahun dapat dilakukan berkelompok. Terdiri dari 37 item yang masing-masing membutuhkan jawaban 'ya' dan 'tidak'. Tujuan adanya instrumen ini adalah: menciptakan pengukuran yang obyektif untuk kecemasan anak secara berkelompok, menjaga waktu minimum agar penilaian valid dan akurat, menciptakan item yang cocok untuk anak SD, mencakup area kecemasan dari berbagai multidimensi, meningkatkan norma-norma dan informasi yang beragam dari kelompok anak-anak, dan menjamin bahwa item tes bagus. Instrumen CMAS dikatakan valid dan reliabel.

2.3. Kemandirian

2.3.1. Pengertian kemandirian

Kemandirian adalah kemampuan individu untuk memutuskan sendiri dan tidak terus menerus berada di bawah kontrol orang lain (Benson & Grove, 2000). Menurut Chaplin (1995), kemandirian merupakan sikap yang ditandai dengan adanya kepercayaan diri dan terlepas dari ketergantungan. Faktor-faktor yang mempengaruhi kemandirian terdiri dari faktor intrinsik dan ekstrinsik. Faktor intrinsik berupa kematangan pertumbuhan dan perkembangan anak dan faktor ekstrinsik berupa proses sosialisasi di lingkungan tempat individu berada (perlakuan orang tua, guru, masyarakat) (Ali & Asrori, 2004). Faktor-faktor tersebut akan mempengaruhi juga pada kemandirian anak usia sekolah.

Universitas Indonesia

Anak-anak pada usia sekolah, kemandirian menjadi tahapan perkembangan yang sangat penting untuk membina kepercayaan diri, sehingga perkembangan ketrampilan personal dan sosialnya berkembang dengan baik. Pencapaian yang optimal menimbulkan kemampuan bekerja sama, bersaing, dan melakukan coping yang efektif dengan masyarakat. Anak yang mandiri memiliki ciri-ciri: (1) percaya diri dan memiliki konsep diri positif, (2) memiliki tanggung jawab, (3) mampu memilih dan mengambil keputusan sendiri, (4) mampu mengendalikan emosi (Ali & Asrori, 2004). Ciri-ciri ini cenderung dari makna psikologis.

Klasifikasi tingkat ketergantungan pada individu yang sakit menurut teori Orem (2001), meliputi makna fisiologis dan psikologis yaitu: *minimal care* (pasien mandiri hampir tidak memerlukan bantuan ambulasi dan aktivitas sehari-hari, status psikologis stabil, pasien dirawat untuk prosedur diagnostik, dan operasi ringan), *partial care* (pasien memerlukan bantuan perawat sebagian terhadap pemenuhan kebutuhan ambulasi dan aktivitas sehari-hari, paska operasi minor, melewati fase akut operasi mayor, fase awal penyembuhan, observasi tanda-tanda vital tiap 4 jam, gangguan emosional ringan), dan *total care* (pasien memerlukan bantuan perawat sepenuhnya dan memerlukan waktu perawat lebih lama, pasien tidak sadar, keadaan pasien tidak stabil, observasi tanda-tanda vital setiap 8 jam atau kurang, membutuhkan perawatan luka, mendapat perawatan kolostomi, menggunakan alat bantu pernafasan, menggunakan alat *water seal drainage* (WSD), irigasi kandung kemih terus menerus, menggunakan alat traksi, fraktur atau paska operasi tulang belakang/leher, gangguan emosional berat, bingung, dan disorientasi). Klasifikasi tersebut dapat dikembangkan dalam bentuk instrumen.

2.3.2. Kemandirian anak usia sekolah

Menurut Erikson dalam Wong et al (2009) tahap perkembangan pada usia sekolah adalah tahap industri vs inferioritas, anak yang sesuai tahap perkembangannya akan dicapai pengembangan ketrampilan dan mampu berpartisipasi dalam pekerjaan yang bermanfaat bagi lingkungan sosialnya. Anak-anak memperoleh kepuasan yang sangat besar dari perilaku mandiri bersama teman sebaya. Anak akan menjadi tidak mandiri dan merasa kurang berharga jika pada fase perkembangan ini tidak terpenuhi.

Peningkatan kemandirian merupakan tujuan pada masa usia sekolah, namun peran orang tua untuk mengontrol perilaku anak diperlukan. Dukungan positif dari orang tua menjadikan mereka menghargai orang dewasa. Perhatian orang tua menjadikan anak merasa sejahtera (Wong et al, 2009). Kasih sayang keluarga akan membangkitkan kepercayaan diri dan kematangan anak.

2.3.3. Penelitian terkait kemandirian

Menurut Dani dan Murtihardjana (2009), perkembangan kemandirian anak ini terkait dengan perkembangan sosial anak. Perkembangan sosial dan kepribadian anak usia sekolah ini ditandai dengan meluasnya lingkungan sosial. Anak mulai melepaskan diri dari keluarganya dan mendekati diri dengan orang lain disekitarnya, teman sebaya berperan sangat besar dalam hal ini.

Penelitian lain menyebutkan bahwa anak-anak dalam menghadapi tindakan medis akan lebih mandiri jika petugas kesehatan melibatkan orang tua dalam merencanakan tindakan, menggunakan nada suara yang lebih akrab, menentukan saat yang tepat, bersama asisten pendukung saat melakukan tindakan, mengajak anak bercerita selama prosedur, lakukan dengan waktu secukupnya,

Universitas Indonesia

menggunakan bahasa anak-anak, dan memastikan orang tua tetap berada di ruang tunggu. Anak-anak juga akan lebih kooperatif apabila tindakan yang dilakukan bersifat terapeutik (Harrel, 2003).

2.3.4. Alat ukur kemandirian

Instrumen kemandirian yang dapat digunakan sebagai acuan untuk menilai tingkat ketergantungan anak menurut Saryono (2010) antara lain :

- (1) KBAODLS (*katz basic activities of daily living scale*) yang terdiri dari 6 pernyataan dengan jawaban kemandirian “ya” dan “tidak”

No	Pernyataan	Mandiri
1	Mandi. Menerima baik tanpa bantuan meskipun hanya satu bagian tubuh.	Ya Tidak
2	Memakai pakaian. Menggunakan pakaian tanpa bantuan	
3	Buang air sendiri tanpa bantuan	
4	Mobilitas. Bergerak menuju dan keluar tempat tidur dan kursi tanpa bantuan (bisa menggunakan alat bantu jalan)	
5	Pengontrolan buang air sendiri tanpa bantuan/tidak mengompol	
6	Makan. Makan sendiri tanpa bantuan (kecuali memotong daging)	

Tabel. 2.1. Skala Aktivitas Hidup Dasar dari Katz (Saryono, 2010)

- (2) BIADL (*barthel index activities of daily living*) yang mengacu pada AMPS (*assessment of motor and process skills*) yang meliputi: status buang air besar, status buang air kecil, merawat diri (cuci muka, menyisir, gosok gigi), penggunaan toilet (dari/ke WC, menyiram, menyeka, melepas/memakai celana), makan, berpindah dari tidur ke duduk, mobilisasi, berpakaian, naik turun tangga, mandi. Skor *barthel* maksimal 20 yang menunjukkan kemandirian (kategori 1), ketergantungan ringan jika skor 12-19 (kategori 2), ketergantungan sedang jika skor 9-11 (kategori 3),

Universitas Indonesia

ketergantungan berat jika skor 5-8 (kategori 4), dan ketergantungan total jika skor 0-4 (kategori 5).

- (3) FIM+FAM (*functional independence measure, functional assessment measure*) merupakan skala pengukuran fungsi kemandirian yang meliputi pengkajian kemampuan fisik dan kognitif. Alat ukur ini terdiri atas 18 item, 13 item domain fisik dari indeks Barthel dan 5 item kognitif. Kemudian ditambah 12 item baru yang terdiri integrasi komunitas, status emosi, perhatian, ketrampilan menulis dan membaca, serta kemampuan bekerja. Total item menjadi 30 dan disimpulkan dalam 7 tingkatan. Pengukuran dapat dilakukan oleh dokter, perawat, terapis, atau orang awam. Waktu yang dibutuhkan untuk mengisi alat ukur ini sekitar 30 menit. Item yang dinilai meliputi: *self care* (makan, mandi, memakai baju atas, memakai baju bawah, toileting); *sphincter* (manajemen *bladder* dan *bowel*); mobilisasi (perpindahan dari atau ke tempat tidur/kursi/kursi roda, menuju atau kembali dari toilet, ke kamar mandi, berjalan atau menggunakan kursi roda, naik tangga); komunikasi (ekspresi, pemahaman, membaca, menulis, kemampuan bercakap-cakap); psikososial (interaksi sosial, status emosi, penyesuaian diri, penggunaan waktu luang); kognisi/kesadaran (pemecahan masalah, memori, orientasi, konsentrasi, kesadaran akan keamanan).

2.4. Permainan terapeutik bersama teman sebaya (*Therapeutic peer play*)

2.4.1. Definisi bermain

Bermain merupakan kegiatan yang dilakukan untuk kesenangan yang ditimbulkan tanpa mempertimbangkan hasil akhir (Hurlock, 1991). Menurut Foster (1998) bermain adalah kegiatan yang dilakukan sesuai dengan keinginan untuk memperoleh kesenangan.

Universitas Indonesia

Bermain juga diartikan sebagai cara alamiah anak mengungkapkan konflik dalam dirinya tanpa disadari (Whaley & Wong, 1991). Dapat dikatakan bahwa bermain merupakan cara untuk memperoleh kesenangan dengan mengungkapkan konflik dalam diri anak tanpa mempertimbangkan hasil akhir.

2.4.2. Pentingnya permainan terapeutik

Bermain menjadi suatu kebutuhan penting bagi anak, agar dapat mengembangkan ketrampilan motorik, kemampuan kognitif, ketrampilan sosial, ketrampilan berbahasa, meningkatkan kepercayaan diri anak, dan mengembangkan konsep diri anak. Pada anak-anak yang mengalami gangguan emosional dapat diatasi dengan terapi bermain (Wong et al, 2009). Hasil penelitian Handayani dan Puspitasari (2010) yang dilakukan di RS Panti Rapih Yogyakarta menyebutkan bahwa terapi bermain berpengaruh pada perilaku kooperatif anak usia pra sekolah (3 – 5 tahun) selama dirawat di rumah sakit. Jumlah sampel yang diambil adalah 31 anak.

Terapi bermain seringkali dilakukan oleh beberapa ahli untuk mengatasi anak-anak yang memiliki masalah kognitif maupun emosional. Pada anak-anak yang dalam keadaan sakit dan dirawat di rumah sakit membutuhkan dukungan emosional untuk mengatasi efek hospitalisasi. Perawat bersama dengan keluarga perlu mengkondisikan dalam setiap kegiatan melalui bermain yang terapeutik. Perkembangan bermain saat ini dihubungkan dengan perkembangan emosional anak dengan berbagai fungsi dan aspek penting untuk bersosialisasi dan kemampuan berbicara yang baik. Terapi bermain membutuhkan waktu tertentu dan dilakukan oleh ahli untuk mengatasi masalah kognitif tertentu, sedangkan bermain terapeutik dilakukan setiap waktu untuk tujuan terapeutik yang

disesuaikan dengan kondisi anak dan fitrahnya yang membutuhkan kesenangan.

2.4.3. Permainan terapeutik

Bermain terapeutik adalah teknik bermain yang direncanakan untuk meningkatkan kesempatan pada anak dalam memperlakukan ketakutan dan bentuk perhatian yang berhubungan dengan keadaan sakit (Ball & Bindler, 2003). Keadaan anak yang terganggu secara fisik akan mendapatkan kesenangan melalui bermain terapeutik dan mempengaruhi kesiapan anak selama dilakukan tindakan keperawatan. Menurut Mahon (2009) bermain dapat menyembuhkan anak-anak yang dalam proses kebingungan dan gangguan emosi, dan perasaan galau. Bermain terapeutik penting disesuaikan dengan tahap perkembangan anak pada usia tertentu.

2.4.4. *Therapeutic peer play*

Therapeutic peer play merupakan istilah yang digunakan oleh peneliti untuk menjelaskan tentang permainan terapeutik bersama dengan teman sebaya. Berbagai penelitian tentang *therapeutic play* maupun *peer play* sudah banyak dilakukan, namun yang menjelaskan secara penuh tentang *therapeutic peer play* belum ditemukan. *Therapeutic peer play* merupakan permainan yang sesuai untuk anak usia sekolah.

Permainan bagi anak usia sekolah menggunakan dimensi baru yang merefleksikan tingkat perkembangan untuk meningkatkan ketrampilan fisik, kemampuan intelektual, mengembangkan rasa memiliki antar teman. Menurut Freud pada fase laten anak usia sekolah, mereka membina hubungan dengan teman sebaya sesama jenis dan mengawali ketertarikan dengan lawan jenis. Bermain menjadi kebutuhan yang sangat penting untuk mendukung kualitas perkembangan anak. Permainan dengan teman sebaya sangat

Universitas Indonesia

berperan terhadap pertumbuhan hubungan sosial, intelektual dan ketrampilan anak (Wong et al, 2009).

Anak usia sekolah mempunyai kontak intensif dengan teman sebayanya dan saling mempengaruhi satu sama lain. Pada perkembangan sosial anak usia ini melalui proses adaptasi yang dipengaruhi oleh keadaan sekeliling anak, jenis kelamin anak, sifat dan tingkah laku anak (Dani & Murtihardjana, 2009). Proses adaptasi anak usia sekolah lebih ditentukan oleh faktor situasional dari pada kepribadian anak karena perhatian terhadap sosial lebih besar. Pertama yang dicari anak pada kontak awal adalah kenyamanan dan sesuatu yang menyenangkan, sehingga anak akan lebih mudah menyesuaikan diri.

Anak-anak usia sekolah sangat menyukai permainan berkelompok seperti permainan olah raga tim, memasak, bercerita, berkebun, bermain kartu, dan monopoli atau sejenisnya yang bisa dimainkan dengan teman sebayanya (Wong et al, 2009). Namun anak usia sekolah yang dirawat di rumah sakit jenis permainan kartu, boneka, buku cerita, dan monopoli atau sejenisnya lebih tepat karena tidak terlalu menguras energi. Jenis permainan pada kegiatan yang dipilih disesuaikan dengan perkembangan anak. Perkembangan anak secara moral mengetahui beberapa nilai dan standar perilaku yang diterima, dan mereka akan merasa bersalah jika melanggar. Anak usia 6-7 tahun menginterpretasikan kecelakaan dan ketidakberuntungan sebagai hukuman kesalahan atau akibat tindakan buruk yang dilakukan anak. Jika ini dibiarkan akan mengganggu perkembangan anak, dukungan moral dengan bermain bersama teman sebaya sangat diperlukan.

Permainan dengan teman sebaya memberikan pengaruh kuat dan paling penting pada anak usia sekolah untuk memperoleh

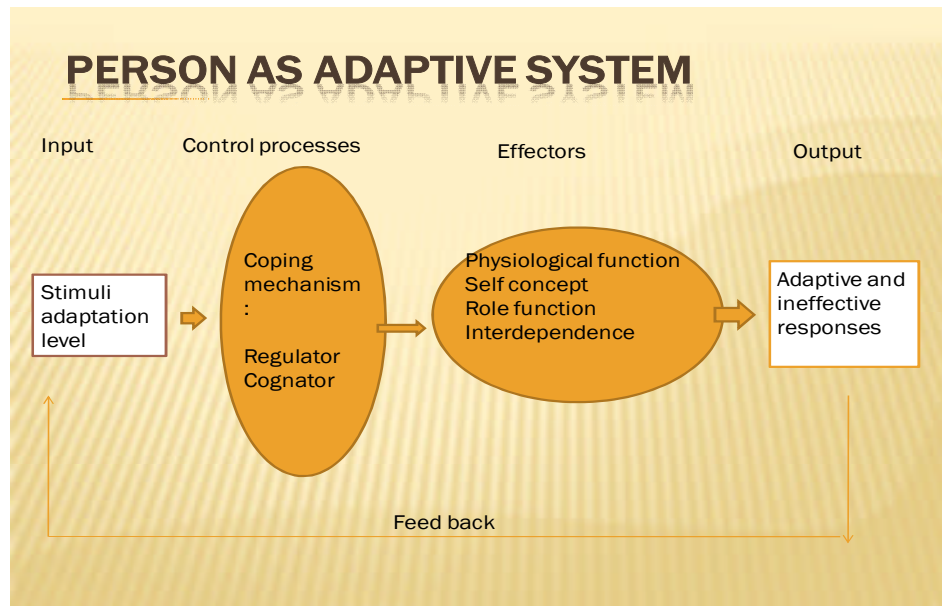
Universitas Indonesia

kemandirian dan mendapat kepercayaan dari orang tua. Pengalaman berharga akan didapatkan saat berinteraksi dengan teman sebaya. Pengalaman berharga yang bisa dipelajari antara lain anak belajar menghargai, anak belajar menyesuaikan diri, dan belajar bersosialisasi dengan lingkungan sekitar. *Therapeutic peer play* akan sangat bermanfaat untuk mengatasi kecemasan dan penurunan kemandirian yang dialami anak selama di rawat di rumah sakit. Hubungan terapeutik yang diciptakan perawat merupakan pondasi penting untuk memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas, sebagai wujud perhatian perawat kepada pasien (Wong et al, 2009).

2.5. Aplikasi Teori Roy pada Anak yang Dirawat di Rumah Sakit

Model adaptasi Roy pertama kali muncul pada literature di sebuah publikasi artikel di *Nursing Outlook* pada tahun 1970 dengan judul “*Adaptation: A Conceptual Frame for Nursing*” (Roy, 1970 dalam Tomey, 2006). Ini menjadi petunjuk bagi perawat untuk menerapkan intervensi-intervensi keperawatan dengan memperhatikan bahwa manusia selalu melalui proses adaptasi dalam mencapai setiap tahap perkembangannya. Pada anak usia sekolah yang dirawat di rumah sakit juga mengalami proses adaptasi untuk mencapai kestabilan fisik, psikis, dan psikososial.

Adaptasi adalah sebuah proses respon positif terhadap perubahan lingkungan (Roy & Roberts, 1981 dalam Tomey, 2006). Respon adaptasi datang dari adanya stimulus dan level adaptasi. Stimulus berasal dari lingkungan internal dan eksternal. Level adaptasi dibentuk oleh dorongan tiga jenis stimulus yaitu: stimulus fokal, stimulus kontekstual dan stimulus residual. Aplikasi adaptasi Roy digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.1. Kerangka Teori Sistem Adaptasi Roy
(Roy, 1984 dalam Tomey, 2006)

Sistem adalah suatu kesatuan yang dihubungkan karena fungsinya sebagai kesatuan untuk beberapa tujuan dan adanya saling ketergantungan dari setiap bagian-bagiannya. Sistem terdiri dari proses *input*, *output*, kontrol dan umpan balik (Roy, 1991). Sebagai sebuah sistem terbuka, individu menerima input atau stimulus dari lingkungan dan dirinya. Level adaptasi ditentukan oleh gabungan efek stimulus *fokal*, kontekstual dan residual. Stimulus *fokal* yaitu stimulus eksternal dan internal yang langsung berhadapan dengan seseorang, efeknya segera. Pada anak yang dirawat di rumah sakit, stimulus fokal berupa prosedur invasif maupun seluruh tindakan keperawatan yang dilakukan serta luka atau keadaan sakit yang dialami anak.

Stimulus kontekstual yaitu semua stimulus lain yang dialami seseorang baik internal maupun eksternal yang mempengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur dan secara subyektif dilaporkan. Rangsangan ini muncul secara bersamaan yang dapat menimbulkan respon negatif pada stimulus fokal. Stimulus kontekstual antara lain berupa respon nyeri yang dirasakan anak. Stimulus residual yaitu faktor lingkungan dengan atau

tanpa sistem manusia dengan efek pada situasi saat ini. Dalam hal ini stimuli meliputi keadaan lingkungan yang asing bagi anak, orang sekitar yang asing, peralatan yang menakutkan, dan pemandangan kamar yang membuat takut anak.

Pada keadaan anak usia sekolah yang mengalami hospitalisasi, adaptasi dapat terjadi ketika individu merespon positif terhadap perubahan lingkungan. Respon adaptasi ini meningkatkan integritas individu yang menyebabkan sehat. Respon inefektif terhadap stimulus menyebabkan gangguan integritas seseorang. Adaptasi ini memerlukan waktu yang sangat tergantung pada kondisi anak untuk dapat menyesuaikan diri dengan situasi baru. Proses kontrol berupa mekanisme koping anak.

Subsistem yang saling berhubungan pada model Roy antara lain fungsional atau subsistem proses kontrol dan subsistem efektor. Proses kontrol adalah bentuk mekanisme koping yang digunakan. Subsistem proses kontrol terdiri dari *regulator* dan *cognator*. *Regulator* adalah proses koping yang meliputi sistem saraf, kimia dan endokrin yang merupakan respon fisiologis. Respon fisiologis terhadap kecemasan menurut Stuart dan Sundeen (1998) meliputi sistem kardiovaskular (palpitasi, tekanan darah tinggi atau rendah, denyut nadi menurun), sistem pernafasan (nafas cepat, nafas pendek, nafas dangkal, merasa tertekan pada dada), sistem neuromuskular (reflek meningkat, mata berkedip-kedip, insomnia, tremor, gelisah, wajah tegang, kelemahan umum), sistem gastrointestinal (kehilangan nafsu makan, menolak makan, mual, diare, rasa tidak nyaman pada perut), traktus urinarius (tidak dapat menahan kencing, sering berkemih), dan integumen (wajah kemerahan, gatal, wajah pucat, berkeringat).

Subsistem *cognator* adalah proses kontrol yang melibatkan 4 hubungan kognitif emosi yaitu persepsi dan proses informasi, belajar, penyelesaian masalah dan emosi. Persepsi atau proses informasi berhubungan dengan

Universitas Indonesia

proses internal dalam memilih atensi, mencatat dan mengingat. Belajar berkorelasi dengan proses imitasi, *reinforcement* (penguatan) dan *insight* (pengertian yang mendalam). Penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan adalah proses internal yang berhubungan dengan penilaian atau analisa. Emosi adalah proses pertahanan untuk mencari keringanan, mempergunakan penilaian dan kasih sayang.

Subsistem efektor terdiri dari 4 model adaptasi yaitu :

- fungsi fisiologis: berhubungan dengan struktur tubuh dan fungsi anak.
- konsep diri: berhubungan dengan psikososial dengan penekanan spesifik pada aspek psikososial dan spiritual anak antara lain persepsi, aktivitas mental dan ekspresi perasaan.
- fungsi peran: mengenal pola-pola interaksi sosial seseorang dalam hubungannya dengan orang lain, yang dicerminkan dalam peran primer, sekunder dan tersier. Fokusnya pada bagaimana anak dapat memerankan diri sesuai kedudukannya baik dengan orang tua, teman sebaya, guru-guru, maupun dengan lingkungan sekitar.
- interdependensi: interaksi untuk saling memberi dan menerima cinta, kasih sayang, perhatian dan saling menghargai. Interdependensi yaitu keseimbangan antara ketergantungan dan kemandirian dalam menerima sesuatu untuk dirinya. Ketergantungan ditunjukkan dengan kemampuan untuk afiliasi dengan orang lain. Kemandirian ditunjukkan oleh kemampuan berinisiatif untuk melakukan tindakan bagi dirinya. Interdependensi dapat dilihat dari keseimbangan antara dua nilai ekstrim, yaitu memberi dan menerima.

Efek dari mekanisme koping pada anak usia sekolah yang dirawat di rumah sakit setelah intervensi *therapeutic peer play* diharapkan dapat terlibat secara fisik dalam permainan terapeutik, konsep diri positif, ada kesesuaian peran, dan ada keseimbangan antara ketergantungan dan kemandirian. Selanjutnya berhasil tidaknya proses adaptasi akan tampak pada *output* sistem yang mungkin akan dipengaruhi oleh faktor usia,

Universitas Indonesia

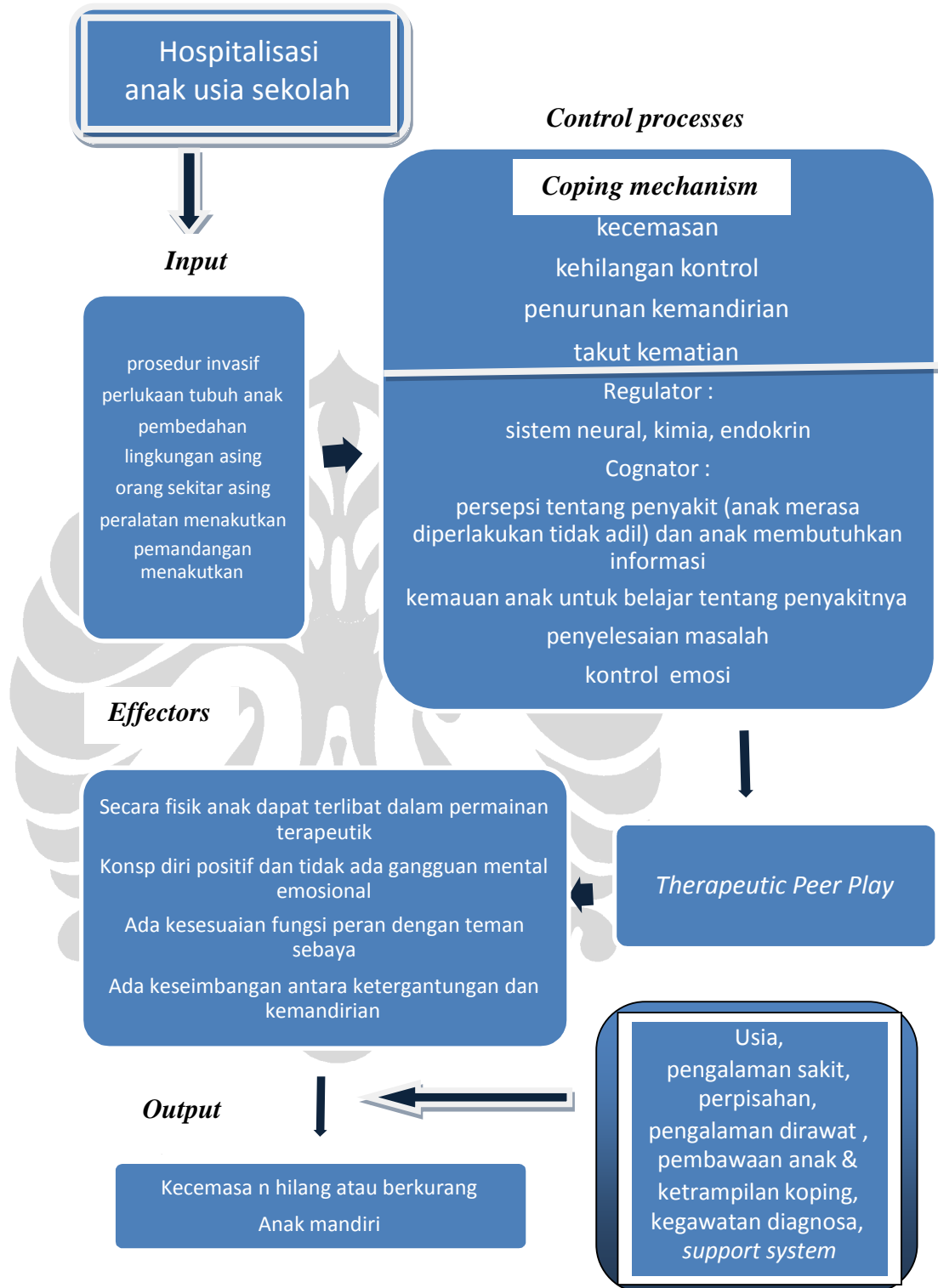
pengalaman sakit, perpisahan dengan lingkungan, pengalaman dirawat, pembawaan anak, ketrampilan coping dan kegawatan kasus.

Output dari suatu sistem adalah perilaku yang dapat di amati, diukur atau secara subyektif dapat dilaporkan baik berasal dari dalam maupun dari luar. Perilaku ini merupakan umpan balik untuk sistem. Roy mengkategorikan *output* sistem sebagai respon yang adaptif dan respon inefektif. Respon yang adaptif dapat meningkatkan integritas seseorang yang secara keseluruhan dapat terlihat bila seseorang tersebut mampu melaksanakan tujuan yang berkenaan dengan kelangsungan hidup, perkembangan, reproduksi dan keunggulan. Sedangkan respon yang inefektif adalah perilaku yang tidak mendukung tujuan ini. Dalam penelitian ini diharapkan bahwa setelah dilakukan *therapeutic peer play* pada anak usia sekolah yang dirawat di rumah sakit akan menurun tingkat kecemasannya dan meningkat kemandirian anak.

2.6. Kerangka Teori

Kerangka teori ditarik dari *grand teory* yang disampaikan oleh Sister Calista Roy tentang *adaptation nursing model*, bahwa pada dasarnya manusia memiliki kemampuan adaptasi. Kondisi sakit dan lingkungan yang mengelilingi anak mempengaruhi perkembangan dan perilaku anak. Untuk mencapai adaptasi positif pada anak usia sekolah yang menghadapi efek hospitalisasi, perawat dapat merencanakan kegiatan *therapeutic peer play* dengan memperhatikan kebutuhan fisik, psikis, sosial, budaya, dan spiritual.

Kerangka teori dapat digambarkan sebagai berikut :



Skema 2.1. Skema Kerangka Teori
(Sumber : Ball & Bindler, 2003; Roy dalam Tomey & Allygood, 2006; Mahon, 2009)

BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

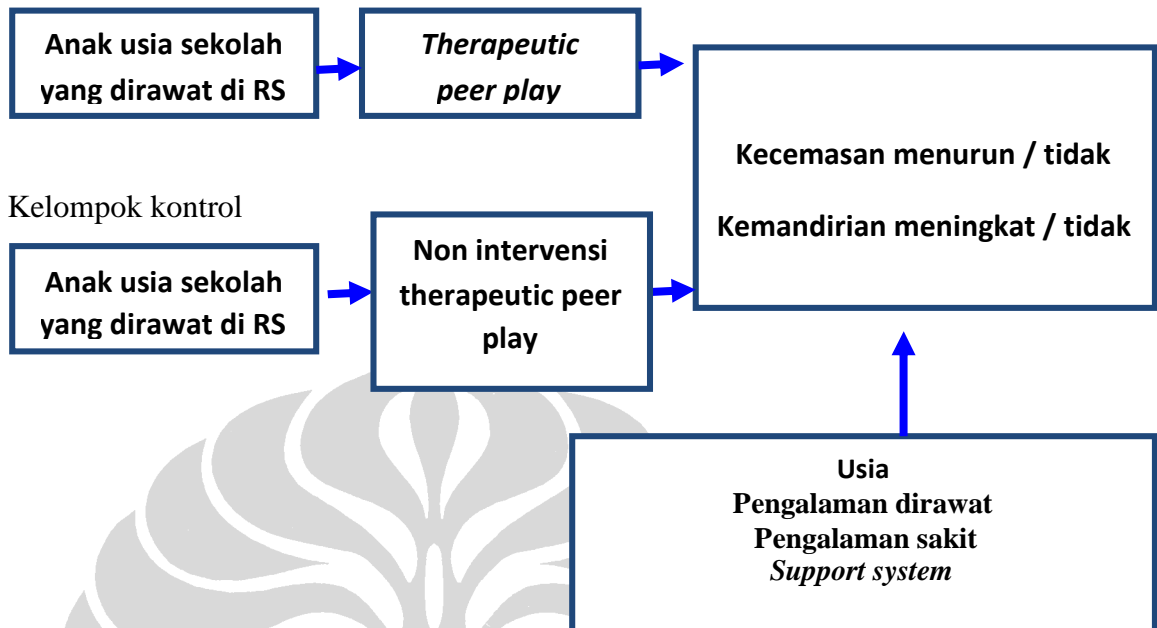
3.1. Kerangka Konsep

Menurut Nursalam (2009), konsep merupakan abstraksi dari suatu realita agar dapat dikomunikasikan dan membentuk suatu teori yang menjelaskan keterkaitan antar variabel (baik variabel yang diteliti maupun tidak diteliti). Konsep yang sudah ada disusun dalam bentuk kerangka konsep. Kerangka konsep adalah suatu kerangka berpikir yang menghubungkan antara *variabel independent* (variabel terikat) dan *variabel dependent* (variabel bebas) dalam suatu penelitian (Sugiyono, 2009).

Variabel bebas adalah variabel yang bila ia berubah akan mengakibatkan perubahan variabel lain, sedangkan variabel terikat adalah variabel yang berubah akibat perubahan variabel bebas (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Disamping variabel bebas dan terikat terdapat pula variabel perancu (*confounding*) yaitu jenis variabel yang berhubungan dengan variabel bebas dan variabel terikat, tetapi bukan merupakan variabel antara. Variabel bebas, variabel terikat, dan variabel perancu mendasari kerangka konsep penelitian.

Kerangka konsep dalam penelitian ini akan menggambarkan tentang pengaruh *therapeutic peer play* terhadap kecemasan dan kemandirian anak usia sekolah yang dirawat di rumah sakit. Adapun variabel bebas penelitian ini adalah *intervensi therapeutic peer play*, sedangkan variabel terikatnya adalah kecemasan dan kemandirian anak usia sekolah yang dirawat di rumah sakit. Adapun kerangka konsep dalam penelitian ini sebagai berikut:

Kelompok intervensi



Skema 3.1. Kerangka Konsep Penelitian

3.2. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

- 3.2.1. Ada pengaruh *therapeutic peer play* terhadap kecemasan anak usia sekolah yang dirawat di rumah sakit pada kelompok intervensi
- 3.2.2. Ada pengaruh *therapeutic peer play* terhadap kemandirian anak usia sekolah yang dirawat di rumah sakit pada kelompok intervensi

3.3. Definisi Operasional

Tabel 3.1. Definisi Operasional Variabel Penelitian

No	Variabel	Definisi operasional	Cara dan alat ukur	Hasil	Skala
Variabel bebas					
1	<i>Therapeutic peer play</i>	Suatu tindakan permainan terapeutik bersama teman sebaya, melibatkan minimal 2 anak usia sekolah yang di rawat di rumah sakit. Anak usia sekolah yang menjadi kelompok intervensi mendapat perlakuan <i>therapeutic peer play</i> .	Perlakuan dengan pedoman <i>therapeutic peer play</i>	0: tidak dilakukan intervensi 1: dilakukan intervensi	Nominal
Variabel terikat					
2	Kecemasan	Anak menangis, kehilangan kontrol, takut tindakan invasif, murung, takut hal yang menyakitkan, menunjukkan kecemasan secara fisik, perilaku, dan kognitif.	Cara: anak ditanya Instrumen B dengan jawaban ya=1 dan tidak=0. Terdiri dari 22 item positif dan 6 item negatif	Dinyatakan dalam angka sesuai skor.	Interval
No	Variabel	Definisi operasional	Cara dan alat ukur	Hasil	Skala

3	Kemandirian	Kooperatif saat dilakukan tindakan (komunikasi dan psikososial), ketergantungan pada orang tua secara fisik	Cara: Observasi Instrumen C diisi dengan jawaban ya=1 dan tidak=0. Terdiri dari 20 item positif dan 5 item negatif	Dinyatakan dalam angka sesuai skor.	Interval
Variable perancu					
4	Usia	Anak usia sekolah (6 sampai 12 tahun) yang di rawat di rumah sakit	Kuesioner	Ditetapkan dalam tahun	Interval
5	Pengalaman dirawat di RS	Berapa kali anak dirawat di ruangan yang sama	Kuesioner	Dinyatakan dalam jumlah kali rawat	Interval
6	<i>Support system</i>	Dikatakan ada <i>support system</i> jika ibu/ayah yang menjaga anak selama di RS (keluarga pendukung)	Kuesioner	0 = keluarga pendukung selain orang tua 1 = keluarga pendukung orang tua.	Nominal
7	Pengalaman sakit	Berapa kali anak mengalami sakit serupa	Kuesioner	Dinyatakan dalam jumlah kali sakit serupa	Nominal

BAB 4

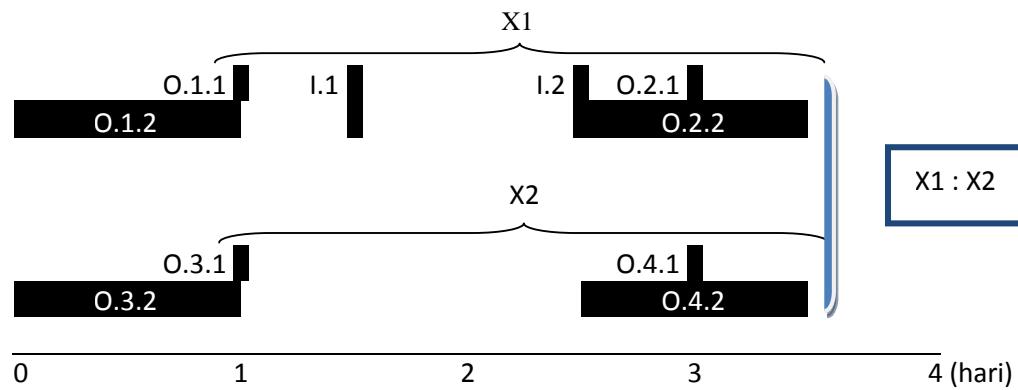
METODE PENELITIAN

Pada bab 4 dalam penelitian ini, peneliti akan menguraikan tentang rancangan penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data, serta rencana analisis data.

4.1. Rancangan Penelitian

Peneliti merencanakan untuk menggunakan metode penelitian kuantitatif dengan desain penelitian *quasy experiment*. Pendekatan penelitian dengan *control group pre-test* dan *post-test design* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Observasi terhadap kecemasan dan kemandirian anak dilakukan sebanyak dua kali yaitu sebelum intervensi dan sesudah intervensi. Perlakuan *therapeutic peer play* dilakukan kepada anak usia sekolah yang dirawat di rumah sakit. Pengaruh perlakuan *therapeutic peer play* dapat dilihat dari ada atau tidaknya perbedaan penilaian kecemasan dan kemandirian anak pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol, sebelum dan sesudah perlakuan.

Tujuan peneliti menggunakan desain ini adalah agar peneliti dapat menilai pengaruh *therapeutic peer play* terhadap kecemasan dan kemandirian anak yang dirawat di rumah sakit pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah intervensi. Rancangan penelitian digambarkan sebagai berikut:



Skema 4.1. Rancangan Penelitian

Keterangan:

- O.1.1 : Penilaian kecemasan pada kelompok intervensi sebelum dilakukan intervensi, yaitu pada hari rawat pertama.
- O.1.2 : Penilaian kemandirian pada kelompok intervensi sebelum dilakukan intervensi, yaitu pada hari rawat pertama.
- I.1 : Intervensi *therapeutic peer play* yang dilakukan pada hari rawat kedua.
- I.2 : Intervensi *therapeutic peer play* yang dilakukan pada hari rawat ketiga.
- O.2.1 : Penilaian kecemasan pada kelompok intervensi setelah dilakukan intervensi, yaitu pada hari rawat keempat.
- O.2.2 : Penilaian kemandirian pada kelompok intervensi setelah dilakukan intervensi, yaitu pada hari rawat keempat.
- O.3.1 : Penilaian kecemasan pada kelompok kontrol, yaitu pada hari rawat pertama.
- O.3.2 : Penilaian kemandirian pada kelompok kontrol, yaitu pada hari rawat pertama.
- O.4.1 : Penilaian kecemasan pada kelompok kontrol, yaitu pada hari rawat keempat.

- O.4.1 : Penilaian kemandirian pada kelompok kontrol, yaitu pada hari rawat keempat.
- X 1 : Penurunan kecemasan dan peningkatan kemandirian pada kelompok intervensi.
- X2 : Penurunan kecemasan dan peningkatan kemandirian pada kelompok kontrol
- X1:X2 : Perbedaan penurunan kecemasan dan peningkatan kemandirian pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

4.2. Populasi dan Sampel

4.2.1. Populasi

Populasi adalah sejumlah subyek penelitian yang mempunyai karakteristik tertentu yang telah ditetapkan oleh peneliti (Sastroasmoro & Ismael, 2010; Sugiyono, 2009). Populasi dalam penelitian ini adalah semua anak usia sekolah yang dirawat di Rumah Sakit Umum Banyumas dan Rumah Sakit Umum Margono Soekarjo Purwokerto untuk kelompok intervensi dan kelompok kontrol, pada Bulan April – Mei 2011. Jumlah populasi anak usia sekolah di ruang rawat anak pada bulan April dan Mei 2011 sebesar 130 anak.

4.2.2. Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi yang dipilih sesuai dengan karakteristik populasi dan dapat mewakili populasi yang ditetapkan (Sastroasmoro & Ismael, 2010; Sugiyono, 2009; Nursalam, 2009). Menurut Polit dan Beck (2004), sample merupakan bagian dari populasi, sedangkan sampling adalah proses memilih bagian dari populasi yang dapat mewakili populasi. Pemilihan kriteria sampel diperlukan untuk mengurangi bias sampling dalam penelitian, karena akan menimbulkan kebingungan dan memungkinkan munculnya variabel-variabel yang akan

mempengaruhi hasil penelitian. Menurut Sastroasmoro dan Ismael (2010) dan Nursalam (2009), bahwa kriteria pemilihan sampel terdiri atas kriteria inklusi dan kriteria eksklusi.

Kriteria inklusi merupakan persyaratan umum yang harus dipenuhi oleh subyek penelitian agar dapat diikutsertakan dalam penelitian, yang mencakup karakteristik klinis, demografis, geografis, dan periode waktu (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah anak usia sekolah yang dirawat di rumah sakit pada hari pertama dirawat, anak berusia 6 – 12 tahun, tidak dalam kondisi kritis atau kegawatan, dan bersedia menjadi responden.

Kriteria eksklusi adalah kriteria yang harus dikeluarkan dari subyek penelitian yang memenuhi kriteria inklusi karena adanya sebab tertentu (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Adapun kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah anak dari keluarga bermasalah, anak dengan cacat mental, dan anak pulang sebelum observasi yang kedua.

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *consecutive sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel secara *non probability sampling* dengan memasukkan semua subyek yang memenuhi kriteria pemilihan sampel sampai jumlah subyek penelitian yang diperlukan terpenuhi (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Perhitungan besar sampel dalam penelitian ini menggunakan uji dua rerata populasi independen. Perhitungan sampel menggunakan rumus uji dua kelompok tidak berpasangan, dan hipotesis dalam penelitian ini bersifat dua arah (Sastroasmoro & Ismael, 2010; Dahlan, 2009). Rumus yang digunakan sebagai berikut:

$$= \frac{z_{1-\alpha/2}^2 + z_{1-\beta}^2}{(n_1 - 1) + (n_2 - 1)}$$

$$n_2 = \frac{(z_{1-\alpha/2})^2 + (z_{1-\beta})^2}{(n_1 - 1) + (n_2 - 1)}$$

Keterangan:

$n_1 = n_2$: besar sampel pada kelompok kontrol dan intervensi

$z_{1-\alpha/2}$: ditetapkan sebesar 5% ($\alpha = 0,05$) yaitu 1.96

$z_{1-\beta}$: ditetapkan sebesar 10%, maka $z_{1-\beta} = 1.28$

s^2 : standar deviasi kedua kelompok pada penelitian sebelumnya

δ : perbedaan klinis yang diinginkan (*clinical judgment*)

Penentuan besar sampel berdasarkan penelitian Subardiah (2009) dengan nilai standar deviasi sebesar 83,6 dan beda rerata 7,29. Hasil perhitungan besar sampel diperoleh 33 anak untuk masing-masing kelompok (66 responden). Peneliti mengantisipasi adanya sampel *droup out* dengan menambah 10% dari jumlah sampel yang diperoleh, maka besar sampel yang diperlukan dalam penelitian ini adalah 36 anak untuk masing-masing kelompok (total sampel 72 anak).

Sampel yang terlibat menjadi responden dalam penelitian ini mulai tanggal 9 April sampai dengan 25 Mei 2011 berjumlah 66 responden dari total jumlah pasien 122 anak. Kelompok kontrol berjumlah 33 responden yang terdiri atas 5 pasien anak dari RSUD Banyumas dan 28 pasien anak dari RSUD Margono Soekarjo. Kelompok intervensi berjumlah 33 responden yang terdiri atas 13 pasien anak dari RSUD Banyumas dan 20 pasien anak dari RSUD Margono Soekarjo. Pengumpulan sampel dimulai dengan kelompok kontrol pada kedua rumah sakit dan dilanjutkan dengan kelompok intervensi pada kedua rumah sakit.

Universitas Indonesia

4.3. Tempat Penelitian

Tempat penelitian di Rumah Sakit Umum Banyumas dan Rumah Sakit Umum Margono Soekarjo Purwokerto, yang memiliki karakteristik serupa. Beberapa alasan pemilihan kedua Rumah Sakit tersebut sebagai tempat penelitian adalah (1) Rumah Sakit Umum Banyumas merupakan rumah sakit umum pemerintahan daerah dan Rumah Sakit Umum Margono Soekarjo (RSMS) Purwokerto merupakan rumah sakit umum pemerintahan pusat, yang menjadi rujukan masyarakat dan menjadi rumah sakit pendidikan di wilayah Kabupaten Banyumas dan sekitarnya, (2) kedua rumah sakit tersebut belum menerapkan tindakan *therapeutic peer play* untuk pasien anak usia sekolah, dan (3) jumlah pasien anak usia sekolah di kedua rumah sakit tersebut dapat memenuhi jumlah sampel penelitian ini (RSU Banyumas 42 pasien anak usia sekolah dan RSMS 80 pasien anak usia sekolah).

4.4. Waktu Penelitian

Penelitian tentang pengaruh *therapeutic peer play* terhadap kecemasan dan kemandirian anak usia sekolah dilaksanakan pada tanggal 9 April sampai dengan 25 Mei 2011.

4.5. Etika Penelitian

Etika penelitian harus ditegakkan untuk menjamin perlindungan kepada responden dari kemungkinan adanya ketidaknyamanan fisik atau mental selama dilakukan intervensi *therapeutic peer play*. Pertimbangan etik yang ditegakkan hendaknya memenuhi hak-hak pasien. Menurut Polit dan Beck (2006), hak-hak yang harus dipenuhi oleh peneliti adalah:

- 4.5.1. *Self determination*, dalam hal ini peneliti memperhatikan prinsip etik yang peduli terhadap setiap responden. Responden telah diberikan hak otonomi, hak untuk memilih, dan hak membuat keputusan secara sadar tanpa paksaan dari luar. Peneliti telah memberikan kebebasan kepada responden untuk menentukan bersedia atau tidak terlibat dalam kegiatan penelitian ini secara sadar. Kesediaan pasien dibuktikan dengan penandatanganan lembar persetujuan oleh pasien.
- 4.5.2. *Privacy* dan *dignity*, peneliti telah memberikan hak *privacy* kepada responden atas segala sesuatu yang terjadi selama penelitian dan berhak mendapat penghargaan tentang apa yang mereka lakukan.
- 4.5.3. *Anonymity* dan *confidentiality* artinya selama kegiatan penelitian ini, peneliti tidak mencantumkan nama jelas responden, yang dicantumkan di dalam rekapitulasi instrumen penelitian adalah nomor kode responden dan initial. Segala yang terkait dengan identitas pribadi responden maupun informasi pribadi yang diperoleh selama penelitian tidak akan diketahui orang lain, peneliti akan menjaga kerahasiaan informasi sepenuhnya.
- 4.5.4. *Justice*, artinya peneliti telah berlaku adil kepada responden, dengan cara: tidak membedakan responden baik yang berkaitan dengan jenis kelamin, suku dan status sosial ekonomi. Responden pada kelompok kontrol juga telah memperoleh perlakuan *therapeutic peer play* seperti yang diberikan kepada kelompok intervensi, setelah pengumpulan data kedua dilakukan. Peneliti sudah memberikan penjelasan tentang prosedur dan keuntungan yang akan diperoleh selama keterlibatan dalam penelitian ini.

4.5.5. *Protection from discomfort and harm*, responden mendapatkan hak perlindungan dari ketidaknyamanan dan kerugian yang bersifat fisik, psikologis, sosial, maupun ekonomi. Peneliti melindungi responden dari eksploitasi dan menjamin bahwa semua usaha telah dilakukan untuk meminimalkan bahaya atau kerugian serta memaksimalkan manfaat dari penelitian kepada responden. Untuk memenuhi prinsip etik ini, maka peneliti menetapkan kriteria inklusi dan eksklusi bagi pasien yang menjadi responden penelitian, sehingga tidak terjadi efek yang membahayakan bagi pasien.

4.6. Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang telah digunakan oleh peneliti dalam penelitian tentang pengaruh *therapeutic peer play* terhadap kecemasan anak usia sekolah adalah lembar kuesioner untuk data karakteristik responden, kuesioner untuk menilai kecemasan anak, dan lembar observasi untuk menilai kemandirian anak. Instrumen yang telah digunakan untuk pengumpulan data adalah:

4.6.1. Instrumen A

Instrumen A berbentuk kuesioner untuk melihat data karakteristik responden yang meliputi nomor kode responden, inisial nama, usia anak, jenis kelamin, pengalaman dirawat di rumah sakit, pengalaman sakit serupa, keluarga yang mendampingi anak, dan hubungan anggota keluarga yang menunggu responden. Nomor kode responden diisi oleh peneliti, pernyataan lain diisi oleh orang tua atau wali dari responden. Umur diisi dengan tahun, jenis kelamin diisi dengan *check list* laki-laki atau perempuan, pengalaman dirawat dan pengalaman sakit diisi dengan angka, *support system* yang diisi *check list* dengan penilaian 1 jika keluarga yang mendampingi anak ayah/ibu dan 0 pada jawaban selain ayah/ibu, dan hubungan anak dengan orang tua (dikatakan baik jika anak

lebih dekat dengan ayah/ibu dibandingkan dengan anggota keluarga lain, dan dikatakan tidak baik jika anak lebih dekat dengan orang lain).

4.6.2. Instrumen B

Instrumen B berbentuk kuesioner yang digunakan untuk melihat tingkat kecemasan anak usia sekolah yang dirawat di rumah sakit pada sebelum dan sesudah intervensi *therapeutic peer play*. Instrumen terdiri atas 28 pernyataan yang akan diisi oleh responden dengan bantuan peneliti atau asisten peneliti, dengan jawaban 'ya' dan 'tidak'. Responden akan menjawab 'ya' jika sesuai dengan keadaan responden dan akan menjawab 'tidak' jika tidak sesuai dengan keadaan responden. Item pernyataan terdiri atas 22 pernyataan positif dan 6 pernyataan negatif. Skor 0-14 menunjukkan kecemasan ringan dan skor 15-28 kecemasan sedang. Instrumen disusun berdasarkan modifikasi pengukuran ZSRAS dan T-MAS.

4.6.3. Instrumen C

Instrumen C berbentuk lembar observasi, yang digunakan untuk melihat kemandirian anak usia sekolah yang dirawat di rumah sakit pada sebelum dan sesudah intervensi *therapeutic peer play*. Instrumen terdiri atas 25 pernyataan, yang terdiri atas 20 pernyataan negatif dan 5 pernyataan positif. Instrumen menggunakan jawaban 'ya' dan 'tidak'. Anak dalam ketergantungan (tidak mandiri) jika mendapat skor >12 , sedangkan anak yang mandiri dengan skor ≤ 12 . Observasi dilakukan oleh perawat yang ditunjuk sebagai asisten peneliti oleh rumah sakit. Instrumen kemandirian dimodifikasi dari instrumen FIM dan FAM. Instrumen FIM dikembangkan oleh Wong dan Wong pada tahun 2001 sampai 2002, sedangkan instrumen FAM dikembangkan oleh Novacheck, Stout, dan Terva pada tahun 2000.

4.6.4. Uji validitas dan reliabilitas instrumen

Uji validitas dinilai dengan menggunakan *Pearson Product Moment*, dimana uji validitas ditetapkan dengan membandingkan r hasil dengan r tabel. Jika r hitung lebih besar dari r tabel maka pernyataan tersebut valid. Selanjutnya untuk menilai reliabilitas dilakukan dengan menggunakan *internal consistency* yang dilihat pada nilai *alpha Cronbach*. Jika nilai koefisien reliabilitas (r hitung) mendekati 1, maka setiap skor responden dapat dipercaya atau reliabel (Hastono, 2007).

Pengujian reliabilitas instrumen menggunakan teknik belah dua (*split half*) yaitu diukur dengan menentukan hubungan antara skor dua paruh yang ekuivalen suatu tes, yang disajikan kepada seluruh kelompok pada suatu saat. Reliabilitas belah dua mewakili separuh tes yang sebenarnya, sehingga dapat digunakan rumus Spearman-Brown. Menggunakan rumus sebagai berikut (Sugiyono, 2010) :

$$= \frac{2}{1 +}$$

Keterangan :

Ri = reliabilitas internal seluruh instrumen

Rb = korelasi *product moment* antara belahan pertama dan kedua

Pada penelitian ini jumlah responden yang diambil untuk uji validitas dan reliabilitas adalah 15 anak. Dari perhitungan uji validitas dan reliabilitas menggunakan *software* komputer, diperoleh angka valid dan reliabel pada 28 item instrumen kecemasan. Angka r hitung (0,947) lebih dari r tabel (0,514 pada 95% CI), sehingga disimpulkan valid pada 28 item instrumen kecemasan. Angka *alpha conbrach* mendekati satu (*part 1* = 0,953 dan

part 2 = 0,949) dengan koefisien *spearman-brown* 0,973 sehingga dikatakan reliabel.

Uji validitas dan reliabilitas instrumen observasi kemandirian diambil 15 responden. Dari hasil perhitungan *software* komputer diperoleh angka valid dan reliabel pada 25 item pada instrumen observasi kemandirian. Angka *r* hitung (0,888) lebih dari *r* tabel (0,514 pada 95% CI), sehingga disimpulkan valid pada 25 item instrumen observasi kemandirian. Angka *alpha conbrach* mendekati satu (*part 1 = 0,942* dan *part 2 = 0,931*) dengan koefisien *spearman-brown* 0,938 sehingga dikatakan reliabel.

Untuk mempertahankan konsistensi pengukuran alat ukur, maka dilakukan uji *interrater reliabilitas* atau uji keandalan antar penilai. Peneliti dan beberapa asisten peneliti melakukan observasi pada waktu yang sama sesuai kesepakatan dan kepada responden yang sama. Selama melakukan observasi antara peneliti, asisten 1, dan asisten 2 mengadakan penyamaan persepsi. Hasil pengamatan yang berbeda didiskusikan pada saat itu. Hasil pemantauan dilakukan uji Kappa Cohen, sehingga diperoleh keandalan alat ukur dan penyamaan persepsi antara peneliti dan asisten peneliti. Uji *interrater reliabilitas* dilakukan pada tujuh responden, diperoleh hasil 100% terjadi kesepakatan antara peneliti, observer 1 dan observer 2, pada masing-masing rumah sakit. Tidak ada kendala yang berarti berhubungan dengan asisten peneliti berpendidikan S1 keperawatan dan memiliki ketrampilan komunikasi yang baik.

4.7. Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data melalui beberapa tahapan sebagai berikut :

- 4.7.1. Proses perizinan melakukan penelitian dari Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI), setelah lulus ujian proposal tesis.
- 4.7.2. Menyerahkan proposal lengkap untuk mendapatkan surat keterangan uji lolos uji etik dari FIK UI.
- 4.7.3. Proses perizinan Direktur Rumah Sakit Umum Banyumas dan Rumah Sakit Umum Margono Soekarjo Purwokerto.
- 4.7.4. Melakukan kontrak waktu dengan asisten penelitian yang telah ditunjuk di ruang rawat anak Rumah Sakit Umum Banyumas dan Rumah Sakit Umum Margono Soekarjo Purwokerto untuk menjadi kolektor pengambilan data awal, dengan syarat minimal berpendidikan DIII Keperawatan. Dipilih dua asisten peneliti di RSU Banyumas dan dua asisten peneliti di RSMS.
- 4.7.5. Menjelaskan kepada asisten peneliti tentang prosedur penelitian yang akan dilakukan dan menyamakan persepsi, sehingga diperoleh persepsi yang sama. Untuk mendapatkan persepsi yang sama terhadap instrumen C, peneliti telah melakukan uji *interrater reliability* bersama dengan dua asisten peneliti RSU Banyumas untuk 5 responden dan 2 responden di RSMS, pada waktu yang telah disepakati bertiga.
- 4.7.6. Pemilihan responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan baik inklusi maupun eksklusi. Peneliti menjelaskan kepada calon responden tentang tujuan, proses dan harapan dari penelitian ini serta memberi kesempatan bertanya. Apabila calon responden bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini maka calon responden diminta menandatangani lembar persetujuan menjadi responden (*informed consent*). Apabila tidak bersedia, maka keputusan

responden tetap dihargai dan tetap mendapat perawatan sesuai standar. Selanjutnya dipersilahkan mengisi kuesioner A oleh keluarga responden.

- 4.7.7. Responden terpilih adalah yang berada ditempat tidur yang berdekatan dan usia sebaya yang telah diatur oleh peneliti dan kepala ruang dan atau asisten peneliti. Responden dipandu untuk mengisi kuesioner kecemasan, dan peneliti atau observer melakukan observasi terhadap kemandirian anak sebelum intervensi dilakukan (pada hari pertama).
- 4.7.8. Melakukan intervensi *therapeutic peer play* pada hari kedua dan hari ketiga perawatan. Setelah dilakukan intervensi *therapeutic peer play*, observer atau peneliti memandu pengisian kuesioner kecemasan anak dan observer melakukan observasi kemandirian anak.
- 4.7.9. Pada kelompok kontrol anak diukur kecemasannya dan diobservasi kemandiriannya pada hari pertama dan pada hari ketiga, tanpa intervensi *therapeutic peer play* (*therapeutic peer play* dilakukan setelah peneliti selesai melakukan penilaian kedua untuk memberikan azas keadilan untuk kelompok kontrol). Hasil observasi dimasukkan ke dalam lembar observasi yang telah disiapkan. Bentuk intervensi *therapeutic peer play* terlampir dalam bentuk pedoman *therapeutic peer play* sesuai dengan karakteristik permainan yang ditentukan.

4.8. Analisis Data

Tahapan sebelum dilakukan analisis data adalah pengolahan data yang meliputi tahapan (1) *editing*, peneliti telah memeriksa kelengkapan data dalam pengisian kuesioner dengan tujuan untuk memudahkan peneliti dalam menganalisis data; (2) *coding*, peneliti telah mengelompokkan dan memberi kode pada setiap data yang terkumpul baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol, kemudian data yang diperoleh dimasukkan ke dalam *file* yang sudah disiapkan (3)

cleaning, peneliti telah memeriksa kelengkapan data agar semua data dapat diolah dan dianalisis.

Teknik analisis data yang akan digunakan dalam penelitian ini meliputi :

4.8.1. Analisis univariat

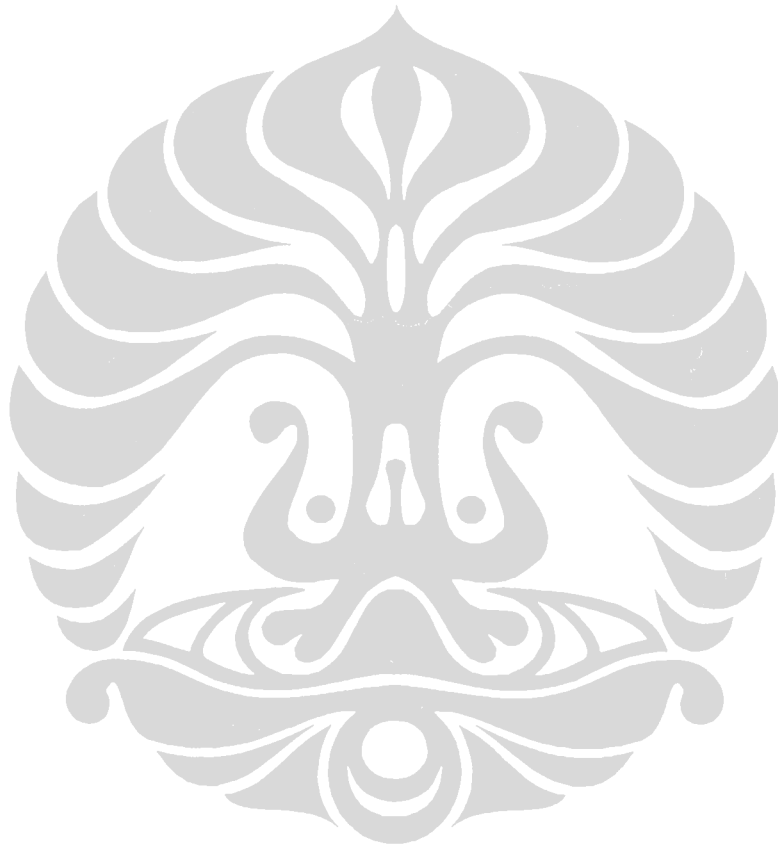
Analisis univariat digunakan untuk menganalisis variabel karakteristik responden. Hasil analisis univariat ini terdiri dari distribusi frekuensi dan presentase untuk jenis data kategorik (jenis kelamin dan keluarga pendukung) dan tendensi sentral untuk data numerik meliputi mean, median, dan standar deviasi (untuk data usia anak, pengalaman dirawat, dan pengalaman sakit serupa).

4.8.2. Uji normalitas data

Uji normalitas data dilakukan pada setiap karakteristik responden dengan melihat bentuk grafik histogram dan kurve yang menyerupai *bel shape*, menunjukkan data terdistribusi normal. Setelah hasil analisis data menunjukkan bahwa data-data tersebut berdistribusi normal, dilanjutkan dengan uji homogenitas.

4.8.3. Analisis *bivariat* untuk menguji hubungan dan perbedaan antara dua variabel. Analisis ini berguna untuk membuktikan hipotesa yang telah dirumuskan oleh peneliti. Analisis *bivariat* yang digunakan adalah uji *t* untuk uji statistik yang membandingkan nilai rerata (*mean*) dua kelompok untuk data kategorik dan numerik, data kategorik dianalisis dengan uji *chi square*, dan data numerik dengan analisis korelasi (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Untuk melihat pengaruh *therapeutic peer play* terhadap kecemasan dan kemandirian anak usia sekolah sebelum dan setelah intervensi pada kelompok intervensi dan pengukuran pertama dan kedua pada kelompok non intervensi digunakan uji *paired t –test*. Untuk melihat hubungan usia,

pengalaman dirawat, dan pengalaman sakit serupa dengan kecemasan dan kemandirian anak digunakan uji korelasi. Untuk mencari hubungan jenis kelamin dan keluarga pendukung dengan tingkat kecemasan dan kemandirian anak digunakan uji t independen.



BAB 5

HASIL PENELITIAN

Pada bab 5 ini berisi tentang hasil penelitian yang akan menguraikan tentang karakteristik responden, pengaruh *therapeutic peer play* terhadap kecemasan, dan pengaruh *therapeutic peer play* terhadap kemandirian anak usia sekolah yang sedang dirawat di rumah sakit.

Pada penelitian ini diperoleh 66 responden yang terdiri dari 33 responden kelompok intervensi dan 33 responden kelompok kontrol. Jumlah pasien anak usia sekolah selama periode penelitian yaitu 9 April s/d 25 Mei 2011 sebesar 122 pasien yaitu 42 pasien dari ruang Kanthil RSUD Banyumas dan 80 pasien dari ruang Aster RSUD Margono Soekarjo Purwokerto. Terdapat 21 responden yang masuk dalam kriteria eksklusi dan 35 anak yang sebenarnya masuk dalam kriteria inklusi, tetapi tidak bisa diikutsertakan dalam penelitian karena perbedaan kasus dan kelompok usia.

5.1. Karakteristik Responden

Karakteristik responden yang berada pada area penelitian ini meliputi karakteristik usia, jenis kelamin, pengalaman dirawat, pengalaman sakit serupa, dan keluarga pendukung. Karakteristik responden tersebut dianalisis menggunakan analisis univariat (deskriptif), dengan jenis kategorik dan numerik. Jenis kelamin dan dukungan keluarga dianalisis dengan bentuk deskripsi kategorik. Usia, pengalaman dirawat, dan pengalaman sakit serupa dianalisis dengan bentuk deskripsi numerik. Karakteristik responden digambarkan dengan tabel berikut ini.

Tabel 5.1.1
 Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin dan
 Keluarga Pendukung di RSUD Banyumas dan RSUD Margono Soekarjo
 Purwokerto Kabupaten Banyumas
 April – Mei 2011

Variabel	Intervensi (n=33)	Kontrol (n=33)	p-value
Jenis Kelamin :			
Laki-laki	19 (57,6%)	21 (63,6%)	0,80
Perempuan	14 (42,4%)	12 (36,4%)	
Keluarga pendukung :			
Orang tua	32 (97%)	32 (97%)	1,00
Selain orang tua	1 (3%)	1 (3%)	

Anak usia sekolah yang menjadi responden dengan jenis kelamin laki-laki lebih banyak baik pada kelompok intervensi (57,6 %) maupun pada kelompok kontrol (63,6 %). Perbedaan antara jumlah anak laki-laki dan perempuan tidak menyolok, sehingga keduanya memiliki berbagai kemungkinan reaksi yang sama ketika dirawat di rumah sakit. Pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol memiliki karakteristik yang sama terkait jenis kelamin. Dari uji homogenitas diperoleh informasi bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan ($p\text{-value}=0,80$) antar jenis kelamin pada kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

Kedua kelompok (intervensi dan kontrol) sama-sama ditunggui oleh orang tuanya, masing-masing 97 %. Hanya 3 % yang tidak ada orang tuanya, tetapi ada saudara lainnya selain orang tua. Dari uji homogenitas diperoleh informasi bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan ($p\text{-value}=1,00$) antara keluarga pendukung pada kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

Tabel 5.1.2
 Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Pengalaman Dirawat,
 dan Pengalaman Sakit Serupa di RSUD Banyumas dan RSUD Margono
 Soekarjo Purwokerto Kabupaten Banyumas
 April – Mei 2011

Variabel	Intervensi (n=33)	Kontrol (n=33)	p-value
Umur :			
<i>Mean</i> ± SD	8,94 ± 2,207	9,30 ± 2,128	0,50
Minimal-Maksimal	6 – 12	6 – 12	
Pengalaman dirawat :			
<i>Mean</i> ± SD	1,18 ± 0,528	1,55 ± 0,938	0,06
Minimal-Maksimal	0 – 3	0 – 4	
Pengalaman sakit serupa :			
<i>Mean</i> ± SD	1,36 ± 1,80	1,58 ± 1,82	0,64
Minimal-Maksimal	0 – 10	0 – 10	

Hasil analisis diperoleh rata-rata usia anak pada kelompok intervensi 8,94 tahun dan pada kelompok kontrol rata-rata usia anak 9,30 tahun. Karakteristik usia pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol memiliki kesamaan. Dari uji homogenitas diperoleh informasi bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan ($p\text{-value}=0,50$) antara usia anak usia sekolah pada kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

Rata-rata pengalaman dirawat anak usia sekolah yang menjadi responden pada kelompok intervensi adalah 1,18 kali. Pengalaman paling sedikit dirawat adalah belum pernah sebelumnya atau baru kali ini dirawat dan paling banyak 3 kali dirawat sebelum perawatan sekarang. Pada kelompok kontrol rata-rata pengalaman dirawat anak usia sekolah yang menjadi responden adalah 1,55 kali. Pengalaman paling sedikit dirawat adalah belum pernah sebelumnya atau baru kali ini dirawat dan paling banyak 4 kali dirawat sebelum perawatan sekarang. Kedua kelompok memiliki karakteristik yang sama. Dari uji homogenitas diperoleh informasi bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan ($p\text{-value}=0,06$) antara pengalaman dirawat anak usia sekolah pada kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

Rata-rata pengalaman sakit serupa anak usia sekolah yang menjadi responden pada kelompok intervensi adalah 1,36 kali. Pengalaman sakit serupa paling sedikit adalah belum pernah sakit serupa sebelumnya dan paling banyak 10 kali sakit serupa dalam satu tahun terakhir, baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Pada kelompok kontrol rata-rata pengalaman sakit serupa anak usia sekolah yang menjadi responden adalah 1,58 kali. Keduanya memiliki kesamaan karakteristik. Dari uji homogenitas diperoleh informasi bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan ($p\text{-value}=0,64$) antara usia anak usia sekolah pada kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

Hubungan karakteristik responden dengan kecemasan dan kemandirian dilakukan uji bivariat. Variabel usia, pengalaman dirawat, dan pengalaman sakit serupa diuji menggunakan uji korelasi Pearson; sedangkan variabel jenis kelamin serta keluarga pendukung dengan uji t independen. Hasil uji disajikan sebagai berikut.

Tabel 5.1.3
Hubungan Karakteristik Responden dengan Kecemasan dan Kemandirian Anak di RSUD Banyumas dan RSUD Margono Soekarjo Purwokerto Kabupaten Banyumas April – Mei 2011

Variabel	Kecemasan		Kemandirian	
	r	p-value	R	p-value
Umur :				
Kontrol	-0,002	0,993	0,352	0,045
Intervensi	0,152	0,397	0,086	0,633
Pengalaman dirawat :				
Kontrol	0,039	0,831	-0,230	0,198
Intervensi	-0,201	0,261	-0,170	0,345
Pengalaman sakit serupa :				
Kontrol	0,070	0,699	-0,041	0,823
Intervensi	-0,167	0,352	-0,017	0,924
Jenis Kelamin :	X		X	
Kontrol	L	3,00	2,10	0,149
	P	5,00	3,42	
Intervensi	L	10,95	7,68	0,799
	P	11,29	8,07	

Variabel	Kecemasan		Kemandirian		
		X	p-value	X	r
Keluarga Pendukung :					
Kontrol	L	2,00	0,492	6,00	0,170
	P	3,78		2,47	
Intervensi	L	18,00	0,127	12,00	0,326
	P	10,88		7,72	

Variabel karakteristik responden yang cukup berpengaruh terhadap kecemasan anak yaitu karakteristik jenis kelamin pada kelompok kontrol ($p\text{-value}=0,025$). Variabel karakteristik responden yang cukup berpengaruh terhadap kemandirian adalah karakteristik usia pada kelompok kontrol ($p\text{-value}=0,045$).

5.2. Gambaran Kecemasan Anak

Gambaran kecemasan anak usia sekolah yang dirawat, diketahui berdasarkan instrumen kecemasan yang terdiri dari 28 pertanyaan. Item pernyataan yang ada dalam instrumen merupakan modifikasi dari instrumen ZSRAS dan T-MAS, yang telah disesuaikan dengan kondisi anak-anak di rumah sakit yang menjadi tempat penelitian. Gambaran kecemasan tersebut digambarkan dalam tabel berikut.

Tabel 5.2.1
Gambaran Kecemasan Responden di RSUD Banyumas dan RSUD Margono
Soekarjo Purwokerto Kabupaten Banyumas
April – Mei 2011

No	Item Pernyataan	Intervensi (%)	Kontrol (%)	Total (%)
		Σ (n=33)	Σ (n=33)	Σ (n=66)
1	Merasa lemah	100	78	89
2	Takut sembuhnya lama	84	81	83
3	Merasa mudah lelah	93	72	83
4	Perasaan sedih	78	75	77
5	Merasa tidak santai	57	48	53
6	Tidak nafsu makan	78	72	75
7	Kesulitan tidur	60	84	72

No	Item Pernyataan	Intervensi (%)	Kontrol (%)	Total (%)
		Σ (n=33)	Σ (n=33)	Σ (n=66)
8	Takut disuntik	63	60	62
9	Tidak suka lingkungan RS	66	54	60
10	Ingin menangis	54	66	60
11	Merasa tidak berdaya	69	48	59
12	Merasa gelisah	60	57	59
13	Keluhan sakit perut	57	57	57
14	Gemetar	51	60	56
15	Kesulitan konsentrasi	57	51	54
16	Ketakutan tanpa sebab	45	60	53
17	Dada berdebar	39	63	51
18	Sering ingin kencing	42	57	50
19	Merasa tidak tenang	54	45	50
20	Takut pada luka	54	33	43
21	Ingin marah	30	57	43
22	Keluhan sakit kepala	33	51	42
23	Tidak senang perawat datang	42	42	42
24	Mudah tersinggung	33	42	37
25	Merasa sesak nafas	33	39	36
26	Mimpi buruk	24	33	28
27	Nyeri punggung	21	36	28
28	Nyeri dada	18	36	27

Diantara pernyataan kecemasan yang disajikan dalam instrumen kecemasan anak diperoleh hasil bahwa dari 66 responden terdapat 59 responden yang mengungkapkan perasaan lemah (89%), 55 responden yang mengungkapkan takut sembuhnya lama dan perasaan mudah lelah (83%), dan 51 responden yang mengungkapkan perasaan sedih (77%). Berikut ini penulis tampilkan gambaran penurunan kecemasan pada pengukuran kedua, pada kelompok intervensi dan kontrol.

Tabel 5.2.3
Gambaran Penurunan Kecemasan Responden di RSUD Banyumas dan
RSU Margono Soekarno Purwokerto Kabupaten Banyumas
April – Mei 2011

No	Item Pernyataan	Intervensi		Penurunan	Kontrol		Penurunan
		Σ	%	(%)	Σ	%	(%)
1	Merasa lemah	3	9	91	18	54	24
2	Takut sembuh lama	21	63	21	24	72	9
3	Merasa mudah lelah	5	15	78	23	69	3
4	Perasaan sedih	7	21	57	22	66	9
5	Merasa tidak santai	3	9	48	15	45	3
6	Tidak nafsu makan	0	0	78	23	69	3
7	Kesulitan tidur	5	15	45	20	60	24
8	Takut disuntik	8	24	39	19	57	3
9	Tidak suka lingkungan RS	16	48	18	18	54	0
10	Ingin menangis	2	6	48	8	24	42
11	Merasa tidak berdaya	3	9	60	16	48	0
12	Merasa gelisah	0	0	60	11	33	24
13	Keluhan sakit perut	2	6	51	13	39	18
14	Gemetar	0	0	51	9	27	33
15	Kesulitan konsentrasi	0	0	57	12	36	15
16	Ketakutan tanpa sebab	2	6	39	7	21	39
17	Dada berdebar	1	3	36	6	18	45
18	Sering ingin kencing	1	3	39	14	42	15
19	Merasa tidak tenang	4	12	42	13	39	6
20	Takut pada luka	7	21	33	14	42	-9
21	Ingin marah	2	6	24	14	42	15
22	Keluhan sakit kepala	21	63	-30	19	57	-6
23	Tidak senang perawat datang	2	6	36	14	42	0
24	Mudah tersinggung	5	15	18	14	42	0
25	Merasa sesak nafas	0	0	33	13	39	0
26	Mimpi buruk	5	15	9	4	12	21
27	Nyeri punggung	3	9	12	11	33	3
28	Nyeri dada	2	6	12	13	39	-3

Gambaran penurunan item kecemasan pada tabel 5.2.2 diperjelas, bahwa pada kelompok intervensi perasaan lemah anak terobati dengan penurunan 91% (pada kelompok kontrol hanya 24%), perasaan lelah berkurang dan nafsu makan meningkat sebesar 78% (pada kelompok kontrol hanya 3%). Pada

kelompok kontrol penurunan item kecemasan yang besar pada dada berdebar (45%), perasaan menangis (42%), dan ketakutan tanpa sebab (39%).

Pada pengukuran kecemasan juga diukur frekuensi nafas, denyut nadi, dan tekanan darah (*systole* dan *dyastole*) yang dapat digunakan sebagai acuan tanda fisik kecemasan anak. Hasil analisis terhadap pengukuran tersebut disajikan dalam tabel berikut.

Tabel 5.2.2
Distribusi Rata-rata Frekuensi Nafas, Nadi, *Systole* dan *Dyastole* Responden di RSUD Banyumas dan RSUD Margono Soekarjo Purwokerto Kabupaten Banyumas April – Mei 2011

Variabel	Intervensi (n=33)	p-value	Kontrol (n=33)	p-value
Frekuensi nafas				
Sebelum: <i>Mean</i> ± SD	23,73 ± 2,69	0,000	23,67 ± 2,58	0,001
Sesudah: <i>Mean</i> ± SD	20,61 ± 1,27		22,55 ± 1,67	
Frekuensi nadi				
Sebelum: <i>Mean</i> ± SD	98,79 ± 8,92	0,000	98,91 ± 8,51	0,082
Sesudah: <i>Mean</i> ± SD	90,06 ± 7,67		94,73 ± 14,99	
TD (<i>systolic</i>)				
Sebelum: <i>Mean</i> ± SD	105,45 ± 12,52	0,856	104,55 ± 6,65	1,000
Sesudah: <i>Mean</i> ± SD	105,76 ± 11,73		104,55 ± 6,65	
TD (<i>dyastolic</i>)				
Sebelum: <i>Mean</i> ± SD	70,00 ± 14,14	0,839	67,88 ± 5,45	0,572
Sesudah: <i>Mean</i> ± SD	70,30 ± 11,58		68,18 ± 4,64	

Rata-rata frekuensi nafas kelompok intervensi pada pengukuran pertama adalah 23,73 dengan standar deviasi 2,69. Pada pengukuran kedua didapat rata-rata pengukuran adalah 20,61 dengan standar deviasi 1,27. Terlihat nilai *mean* perbedaan antara pengukuran pertama dan kedua adalah 3,12. Hasil uji statistik didapatkan nilai *p-value* 0,000, maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara frekuensi nafas anak sebelum dan sesudah intervensi.

Rata-rata frekuensi nafas kelompok kontrol pada pengukuran pertama adalah 23,67 dengan standar deviasi 2,58. Pada pengukuran kedua didapat rata-rata pengukuran adalah 22,55 dengan standar deviasi 1,67. Terlihat nilai *mean* perbedaan antara pengukuran pertama dan kedua adalah 1,12 dengan standar deviasi 1,72. Hasil uji statistik didapatkan nilai *p-value* 0,001, maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara frekuensi nafas anak pada pengukuran pertama dan kedua.

Hasil analisis menunjukkan ada perbedaan yang signifikan antara frekuensi nafas pada pengukuran pertama dan kedua baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol, dimana pada kelompok intervensi memiliki beda *mean* yang lebih besar.

Rata-rata frekuensi nadi kelompok intervensi pada pengukuran pertama adalah 98,79 dengan standar deviasi 8,92. Pada pengukuran kedua didapat rata-rata pengukuran adalah 90,06 dengan standar deviasi 7,67. Terlihat nilai *mean* perbedaan antara pengukuran pertama dan kedua adalah 8,72 dengan standar deviasi 7,72. Hasil uji statistik didapatkan nilai *p-value* 0,000, maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang sangat signifikan antara frekuensi nadi anak sebelum dan sesudah intervensi.

Rata-rata frekuensi nadi kelompok kontrol pada pengukuran pertama adalah 98,91 dengan standar deviasi 8,51. Pada pengukuran kedua didapat rata-rata pengukuran adalah 94,73 dengan standar deviasi 14,99. Terlihat nilai *mean* perbedaan antara pengukuran pertama dan kedua adalah 4,18 dengan standar deviasi 13,39. Hasil uji statistik didapatkan nilai *p-value* 0,082, maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan antara frekuensi nadi anak pada pengukuran pertama dan kedua pada kelompok kontrol. Perubahan frekuensi nadi signifikan untuk kelompok intervensi.

Rata-rata *systolic* kelompok intervensi pada pengukuran pertama adalah 105,45 dengan standar deviasi 12,52. Pada pengukuran kedua didapat rata-

rata pengukuran adalah 105,76 dengan standar deviasi 11,73. Terlihat nilai *mean* perbedaan antara pengukuran pertama dan kedua adalah -0,303 dengan standar deviasi 9,51. Hasil uji statistik didapatkan nilai *p-value* 0,856, maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan antara *systolic* anak sebelum dan sesudah intervensi.

Rata-rata *systolic* kelompok kontrol pada pengukuran pertama adalah 104,55 dengan standar deviasi 6,65. Pada pengukuran kedua didapat rata-rata pengukuran adalah 104,55 dengan standar deviasi 6,65. Terlihat nilai *mean* perbedaan antara pengukuran pertama dan kedua adalah 0,00 dengan standar deviasi 2,50. Hasil uji statistik didapatkan nilai *p-value* 1,000, maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan antara TD batas atas anak pada pengukuran pertama dan kedua.

Rata-rata *dyastolic* kelompok intervensi pada pengukuran pertama adalah 70,00 dengan standar deviasi 14,14. Pada pengukuran kedua didapat rata-rata pengukuran adalah 70,30 dengan standar deviasi 11,58. Terlihat nilai *mean* perbedaan antara pengukuran pertama dan kedua adalah -0,303 dengan standar deviasi 8,47. Hasil uji statistik didapatkan nilai *p-value* 0,839, maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan antara *dyastolic* anak sebelum dan sesudah intervensi.

Rata-rata *dyastolic* kelompok kontrol pada pengukuran pertama adalah 67,88 dengan standar deviasi 5,45. Pada pengukuran kedua didapat rata-rata pengukuran adalah 68,18 dengan standar deviasi 4,64. Terlihat nilai *mean* perbedaan antara pengukuran pertama dan kedua adalah -0,303 dengan standar deviasi 3,04. Hasil uji statistik didapatkan nilai *p-value* 0,572, maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan antara *dyastolic* anak pada pengukuran pertama dan kedua.

5.3. Gambaran Kemandirian Anak

Gambaran kemandirian anak usia sekolah yang dirawat, diketahui berdasarkan instrumen observasi kemandirian yang terdiri dari 25 pertanyaan. Item pernyataan yang ada dalam instrumen merupakan modifikasi dari instrumen FIM dan FAM, yang telah disesuaikan dengan kondisi anak-anak di rumah sakit yang menjadi tempat penelitian. Gambaran kecemasan tersebut digambarkan dalam tabel berikut.

Tabel 5.3.1
Gambaran Kemandirian Responden di RSUD Banyumas dan RSUD Margono
Soekarjo Purwokerto Kabupaten Banyumas
April – Mei 2011

No	Item Pernyataan	Intervensi (%)	Kontrol (%)	Total (%)
		$\Sigma(n=33)$	$\Sigma(n=33)$	$\Sigma(n=66)$
1	Tidak mau lepas orang tua	72	81	77
2	Tidak senang di ruang rawat	81	57	69
3	Selalu dimandikan	75	63	69
4	Lebih suka tiduran	81	54	68
5	Ekspresi sedih	69	60	65
6	Tidak tenang tanpa orang tua	63	57	60
7	BAK dibantu	60	57	59
8	Tidak gembira bersama perawat	63	45	54
9	Tidak faham instruksi	51	48	50
10	Tidak mampu mengambil minuman	54	45	50
11	Menolak menysisir rambut	48	48	48
12	Minta keluar RS	39	54	46
13	Menolak berlatih pakai baju sendiri	42	51	46
14	Tidak mau gosok gigi	51	42	46
15	Tidak suka mengisi waktu dengan membaca	30	54	42
16	Tidak mau bermain dengan teman lain atau keluarga	57	27	42
17	Tak pernah berbicara dengan orang lain	48	33	40
18	Menolak tindakan	36	42	39
19	Sering menyendiri	48	27	37
20	Menolak belajar makan sendiri	36	36	36
21	Tidak mampu duduk sendiri	30	36	33
22	Tidak kooperatif	24	36	30
23	Tamper tantrum	15	39	27
24	Tidak mau didekati petugas	15	33	24
25	Menangis terus menerus	3	33	18

Diantara pernyataan item ketidakmandirian yang disajikan dalam instrumen kemandirian anak diperoleh hasil bahwa dari 66 responden terdapat 51 responden yang tidak mau lepas dari orang tuanya (77%), 46 responden yang tampak tidak senang di ruang rawat dan selalu minta dimandikan (69%), dan 45 responden lebih suka tiduran walaupun sudah mampu turun dari tempat tidur (68%).

Tabel 5.3.2
Gambaran Peningkatan Kemandirian Responden di RSUD Banyumas dan
RSU Margono Soekarjo Purwokerto Kabupaten Banyumas
April – Mei 2011

No	Item Pernyataan	Intervensi		Peningkatan	Kontrol		Peningkatan
		Σ	%	(%)	Σ	%	(%)
1	Tidak mau lepas orang tua	16	48	24	21	63	18
2	Tidak senang di ruang rawat	8	24	57	18	54	3
3	Selalu dimandikan	22	66	9	22	66	-3
4	Lebih suka tiduran	12	36	45	18	54	0
5	Ekspresi sedih	2	6	63	14	42	18
6	Tidak tenang tanpa orang tua	11	33	30	19	57	0
7	BAK dibantu	4	12	48	17	51	6
8	Tidak gembira bersama perawat	9	27	36	16	48	-3
9	Tidak faham instruksi	10	30	21	11	33	15
10	Tidak mampu mengambil minuman	3	9	45	8	24	21
11	Menolak menyisir rambut	1	3	45	9	27	21
12	Minta keluar RS	1	3	36	14	42	12
13	Menolak berlatih pakai baju sendiri	5	15	27	17	51	0
14	Tidak mau gosok gigi	4	12	39	5	15	27
15	Tidak suka mengisi waktu dengan membaca	6	18	12	16	48	6
16	Tidak mau bermain dengan teman lain atau keluarga	3	9	48	6	18	9
17	Tak pernah berbicara dengan orang lain	12	36	12	14	42	-9
18	Menolak tindakan	2	6	30	11	33	9
19	Sering menyendiri	10	30	18	5	15	12
20	Menolak belajar makan sendiri	2	6	30	10	30	6
21	Tidak mampu duduk sendiri	3	9	21	5	15	21
22	Tidak kooperatif	7	21	3	10	30	6
23	Tamper tantrum	2	6	9	7	21	18
24	Tidak mau didekati petugas	2	6	9	7	21	12
25	Menangis terus menerus	0	0	3	1	3	30

Gambaran peningkatan kemandirian pada tabel 5.3.2 diperjelas bahwa pada kelompok intervensi 63% anak menjadi tidak sedih (pada kelompok kontrol hanya 18%), 57% lebih senang berada di ruang rawat (pada kelompok kontrol 3%) dan 43% mau bermain dengan teman lain atau keluarganya (pada kelompok kontrol hanya 9%). Secara fisik mampu anak berkemih sendiri, lebih suka bermain dari pada tiduran, mau menyisir rambutnya, dan mampu mengambil minuman sendiri.

5.4. Pengaruh *Therapeutic Peer Play* terhadap Kecemasan

Pengaruh *therapeutic peer play* terhadap kecemasan anak usia sekolah diketahui dengan analisis bivariat yang menghubungkan dua variabel dependen. Analisis dilakukan untuk mengetahui perbedaan skor kecemasan pada pengukuran pertama dan kedua, serta untuk mengetahui adanya perbedaan antara kelompok kontrol dan intervensi. Hasil analisis disajikan dalam tabel berikut.

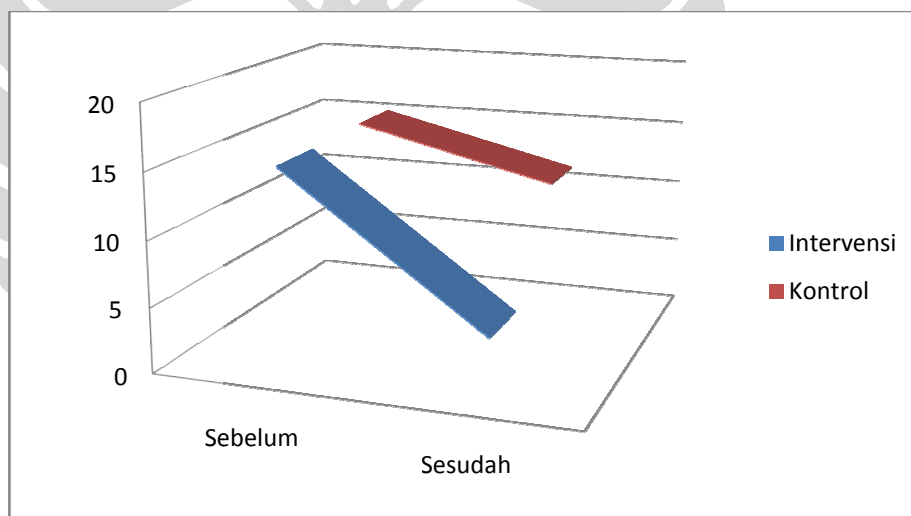
Tabel 5.4.1
Distribusi Rata-rata Skor Kecemasan Responden di RSUD Banyumas dan
RSU Margono Soekarjo Purwokerto Kabupaten Banyumas
April – Mei 2011

Variabel	Intervensi (n=33)	Kontrol (n=33)	p-value
Skor kecemasan			
Sebelum: <i>Mean</i> ± SD	15,03 ± 5,26	15,27 ± 8,37	0,000
Sesudah: <i>Mean</i> ± SD	3,97 ± 3,00	11,55 ± 7,79	
Penurunan skor cemas			
<i>Mean</i> ± SD	11,09 ± 4,57	3,73 ± 2,50	0,000

Rata-rata skor kecemasan kelompok intervensi pada pengukuran pertama adalah 15,03 (cemas sedang) dengan standar deviasi 5,26. Pada pengukuran kedua didapat rata-rata pengukuran kedua adalah 3,97 (cemas ringan) dengan standar deviasi 3,00. Terlihat nilai *mean* perbedaan antara pengukuran pertama dan kedua adalah 11,09 dengan standar deviasi 4,57. Hasil uji

statistik didapatkan nilai *p-value* 0,000, maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang sangat signifikan antara skor kecemasan anak sebelum dan sesudah intervensi dari sedang ke ringan.

Rata-rata skor kecemasan kelompok kontrol pada pengukuran pertama adalah 15,27 (cemas sedang) dengan standar deviasi 8,37. Pada pengukuran kedua didapat rata-rata pengukuran kedua adalah 11,55 (cemas ringan) dengan standar deviasi 7,79. Terlihat nilai *mean* perbedaan antara pengukuran pertama dan kedua adalah 3,73 dengan standar deviasi 2,50. Hasil uji statistik didapatkan nilai *p-value* 0,000, maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang sangat signifikan antara skor kecemasan anak pengukuran pertama dan kedua pada kelompok kontrol dari sedang ke ringan. Perbandingan skor kecemasan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol tergambar dalam grafik berikut.



Grafik 5.4. Perbandingan Skor Kecemasan Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Rata-rata skor penurunan kecemasan pada kelompok intervensi adalah 11,09 dengan standar deviasi 4,57. Pada kelompok kontrol didapat rata-rata 3,73 dengan standar deviasi 2,50. Terlihat nilai *mean* perbedaan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah -7,364 dengan standar deviasi 4,81. Hasil uji statistik didapatkan nilai *p-value* 0,000, maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang sangat signifikan antara skor penurunan kecemasan anak

pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, dengan dampak intervensi sebesar 66%. Dampak intervensi tersebut diperoleh dari penurunan skor cemas karena intervensi, dikurangi penurunan skor cemas pada kelompok kontrol, dibagi penurunan skor cemas karena intervensi, dan dikalikan 100 %.

5.5. Pengaruh *Therapeutic Peer Play* terhadap Kemandirian

Pengaruh *therapeutic peer play* terhadap kemandirian anak usia sekolah diketahui dengan analisis bivariat yang menghubungkan dua variabel dependen. Analisis dilakukan untuk mengetahui perbedaan skor kemandirian pada pengukuran pertama dan kedua, serta untuk mengetahui adanya perbedaan antara kelompok kontrol dan intervensi. Sebagaimana dijelaskan dalam definisi operasional bahwa semakin tinggi skor menunjukkan ketidakmandirian anak dan semakin rendah skor menunjukkan kemandirian anak. Hasil analisis disajikan dalam tabel berikut.

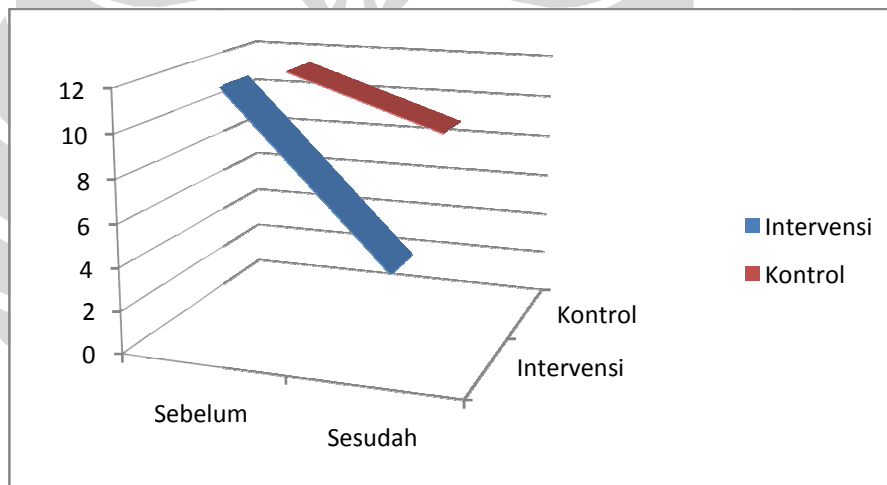
Tabel 5.5
Distribusi Rata-rata Skor Kemandirian Responden di RSUD Banyumas dan
RSU Margono Soekarno Purwokerto Kabupaten Banyumas
April – Mei 2011

Variabel	Intervensi (n=33)	Kontrol (n=33)	p-value
Skor kemandirian			
Sebelum: <i>Mean</i> ± SD	11,91 ± 5,38	11,42 ± 7,45	0,000
Sesudah: <i>Mean</i> ± SD	4,27 ± 4,05	8,91 ± 6,30	
Peningkatan kemandirian intervensi dan kontrol			
<i>Mean</i> ± SD	7,85 ± 4,22	2,58 ± 2,51	0,000

Rata-rata skor kemandirian kelompok intervensi pada pengukuran pertama adalah 11,91 (tidak mandiri) dengan standar deviasi 5,38. Pada pengukuran kedua didapat rata-rata pengukuran kedua adalah 4,27 (mandiri) dengan standar deviasi 4,05. Terlihat nilai *mean* perbedaan antara pengukuran pertama dan kedua adalah 7,85 dengan standar deviasi 4,22. Hasil uji statistik didapatkan nilai p-value 0,000, maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang

sangat signifikan antara skor kemandirian anak sebelum dan sesudah intervensi dari tidak mandiri menjadi mandiri.

Rata-rata skor kemandirian kelompok kontrol pada pengukuran pertama adalah 11,42 (kurang mandiri) dengan standar deviasi 7,45. Pada pengukuran kedua didapat rata-rata pengukuran kedua adalah 8,91 (mandiri) dengan standar deviasi 6,30. Terlihat nilai *mean* perbedaan antara pengukuran pertama dan kedua adalah 2,58 dengan standar deviasi 2,51. Hasil uji statistik didapatkan nilai *p-value* 0,000, maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang sangat signifikan antara skor kemandirian anak pengukuran pertama dan kedua pada kelompok kontrol dari tidak mandiri menjadi mandiri. Perbandingan skor kemandirian antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol tergambar dalam grafik berikut.



Grafik 5.3. Perbandingan Skor Kemandirian Anak Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Rata-rata skor penurunan kemandirian pada kelompok intervensi adalah 7,85. Pada kelompok kontrol didapat rata-rata 2,58. Terlihat nilai *mean* perbedaan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah -5,273. Hasil uji statistik didapatkan nilai *p-value* 0,000, maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang sangat signifikan antara skor penurunan ke kemandirian anak pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, dengan dampak intervensi sebesar 67% .

BAB 6

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan menyajikan pembahasan mengenai hasil penelitian yang sudah diuraikan pada bab 5. Pembahasan meliputi karakteristik responden, pengaruh *therapeutic peer play* terhadap kecemasan, dan pengaruh *therapeutic peer play* terhadap kemandirian anak usia sekolah yang sedang dirawat di rumah sakit. Karakteristik responden disajikan untuk mengetahui karakteristik anak yang dapat dilakukan intervensi *therapeutic peer play*.

6.1. Karakteristik Responden

Karakteristik responden terdiri dari usia, jenis kelamin, pengalaman dirawat, pengalaman sakit serupa, dan keluarga pendukung. Pembahasan mengenai karakteristik responden tersebut akan dibahas berikut ini.

6.1.1. Usia

Anak usia sekolah yang diambil dalam penelitian ini adalah 6 – 12 tahun. Secara fisik dan kognitif mereka mampu terlibat dalam penelitian ini. Menurut Wong et al (2009), anak usia sekolah secara fisik memiliki keseimbangan badan yang relatif berkembang baik, memiliki kecakapan motorik yang cukup, dan jiwa sosial yang cukup baik.

Secara sosial anak usia sekolah memiliki hubungan yang baik dengan teman sebaya maupun dengan orang lain disekitarnya, namun perlu adaptasi untuk mampu beradaptasi sosial dengan lebih baik. Keadaan sakit menjadikan anak tampak berkurang perhatiannya kepada lingkungan sekitar, walaupun demikian anak pada usia sekolah mampu menyesuaikan diri. Hal ini didukung oleh penelitian Knutsson, Tibbelin, dan Unge (2006) yang menyebutkan bahwa pada anak usia sekolah memiliki pertahanan yang lebih tinggi dibandingkan anak usia toddler.

Penyesuaian diri terhadap lingkungan sekitar dicapai lebih baik pada usia yang tidak jauh perbedaan usianya, sehingga dalam penelitian ini akan berlangsung jika terdapat anak usia 6 – 9 tahun atau 9 – 12 tahun pada tempat berdekatan. Hal ini menjadi pemikiran tersendiri bagi tempat penelitian untuk mempertimbangkan pembagian wilayah penempatan anak dengan usia sebaya, tanpa mengesampingkan pemilahan anak berdasarkan kriteria jenis kasus infeksi – non infeksi.

Besarnya jumlah pasien anak usia sekolah di ruang rawat anak sangat memungkinkan untuk dilaksanakannya *therapeutic peer play*. Hal ini didukung oleh homogenitas pasien anak yaitu dengan rata-rata usia pada kelompok intervensi 8,94 tahun dan pada kelompok kontrol 9,30 tahun.

Anak usia sekolah berusaha keras mencapai kemandirian dan produktifitas, sehingga ketika menghadapi hospitalisasi menyebabkan rentan terhadap penurunan kendali diri. Pemilihan teman sekamar merupakan salah satu faktor penunjang penting untuk upaya penyesuaian terhadap suatu penyakit dan hospitalisasi (Wong et al, 2009). Upaya *therapeutic peer play* membantu anak untuk dapat menyesuaikan diri dengan keadaannya.

Penelitian ini juga memberikan informasi bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara usia anak dengan penurunan kecemasan dan peningkatan kemandirian pada kelompok intervensi, namun cukup signifikan untuk kelompok kontrol terhadap peningkatan kemandirian. Pada anak usia 6 – 12 tahun memiliki faktor resiko yang sama untuk mengalami kecemasan dan ketidakmandirian selama dirawat, dan memiliki peluang yang sama untuk mampu menyesuaikan diri. Hal ini didukung dengan penelitian Li, Lopez, dan Lee (2007) yang menyebutkan bahwa tindakan invasif menimbulkan ancaman yang

sama pada anak usia sekolah yang akan menjalani pembedahan di rumah sakit.

6.1.2. Jenis kelamin

Jumlah anak laki-laki pada kelompok intervensi dan kontrol lebih besar dari pada anak perempuan. Menurut Monks, Knoers, dan Rahayu (2006), anak usia sekolah mengalami kecemasan dan kecakapan verbal lebih banyak pada anak perempuan; sedangkan agresi, aktifitas, dominasi, impulsifitas, kecakapan pengamatan ruang dan kecakapan kuantitatif lebih banyak pada laki-laki.

Reaksi anak terhadap hospitalisasi dipengaruhi oleh faktor jenis kelamin (Hockenberry & Wilson, 2009). Penelitian ini juga memberikan informasi bahwa pada kelompok intervensi anak perempuan memiliki rata-rata penurunan kecemasan dan peningkatan kemandirian yang lebih tinggi dibanding pada anak laki-laki, walaupun penurunannya tidak signifikan. Pada kelompok kontrol anak laki-laki lebih tinggi penurunan kecemasan, namun tidak signifikan pada kelompok intervensi. Penelitian oleh Battrick dan Glasper (2004) memperkuat bahwa anak laki-laki memiliki ketahanan yang lebih besar terhadap adaptasi.

Pada penelitian ini skor kecemasan dan kemandirian anak berdasarkan jenis kelamin memiliki selisih mean yang sangat kecil (1,1), walaupun benar dikatakan kecemasan anak perempuan lebih besar dan kemandirian anak laki-laki lebih baik. Kombinasi dengan sifat-sifat yang lain terkait perkembangan kognitif dan sosial menjadikan kesetaraan responden berdasarkan jenis kelamin, yang dibuktikan dengan uji homogenitas yang menunjukkan tidak adanya perbedaan karakteristik jenis kelamin antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

6.1.3. Pengalaman dirawat

Pada penelitian ini rata-rata pengalaman dirawat adalah satu kali di rumah sakit yang sama baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol, dengan rentang antara 0 - 4. Anak yang pernah dirawat di rumah sakit yang sama akan merasa lebih terbiasa dibandingkan dengan yang baru pertama kali dirawat (Hockenberry & Wilson, 2009).

Responden pada penelitian ini memiliki kesamaan pengalaman dirawat, sehingga tidak menimbulkan bias dari faktor ini untuk dilakukan intervensi *therapeutic peer play*. Pembuktian uji homogenitas pengalaman dirawat anak antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol menunjukkan angka tidak signifikan, sehingga bisa dikatakan terdapat kesetaraan pengalaman dirawat antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Pada penelitian Subardiah (2009), disebutkan bahwa responden dengan pengalaman dirawat menunjukkan tidak adanya perbedaan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, namun tidak dilakukan uji bivariat lebih lanjut sehingga tidak diketahui ada atau tidaknya hubungan dengan kecemasan anak.

6.1.4. Pengalaman sakit serupa

Rentang pengalaman sakit serupa responden dalam penelitian ini antara 0 sampai 10 kali dalam waktu satu tahun terakhir. Frekuensi terbanyak pengalaman sakit serupa sebanyak satu kali dalam satu tahun terakhir, paling sedikit 10 kali satu responden baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Anak yang pernah merasakan sakit sebelumnya akan merespon sakitnya saat ini dengan lebih positif (Hockenberry & Wilson, 2009). Menurut penelitian Harrel (2003), diinformasikan bahwa anak-anak yang pernah datang periksa gigi lebih kooperatif dibandingkan dengan anak-anak yang belum pernah periksa.

Karakteristik responden antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol berdasarkan pengalaman sakit serupa hampir sama, sehingga tidak akan menimbulkan bias dalam penelitian. Dibuktikan dengan uji homogenitas menunjukkan tidak ada perbedaan pengalaman sakit serupa antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

6.1.5. Keluarga pendukung

Keluarga pendukung anak ketika dirawat di rumah sakit dalam penelitian ini 97% oleh orang tuanya sendiri dan 3% oleh nenek/kakek/paman/bibi baik pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol. Responden yang tidak bersama orang tuanya karena kedua orang tuanya bekerja di luar kota sehingga terpaksa lebih dekat dengan anggota keluarga lain. Hasil ini menunjukkan bahwa keluarga-keluarga yang memiliki anak usia sekolah di wilayah kabupaten Banyumas memperhatikan anak-anaknya. Tidak ada perbedaan karakteristik antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Menurut Wong et al (2009), anak usia sekolah membutuhkan dan menginginkan bimbingan atau dukungan dari orang tuanya, namun itu tidak akan diungkapkan karena keinginan mandirinya. Saat dalam masa hospitalisasi reaksi negatif yang muncul adalah iritabilitas terhadap orang tua, menarik diri dari petugas, dan tidak mau berhubungan dengan teman sebaya. Reaksi positif akan muncul ketika anak merasa mandiri. Penelitian Li, Lopez, dan Lee (2007) menjelaskan bahwa saat dilakukan *therapeutic play* pada anak usia sekolah perlu melibatkan salah satu dari orang tuanya.

Keterlibatan orang tua selama anak dirawat memberikan perasaan tenang, nyaman, merasa disayang dan diperhatikan. Pengelolaan emosi yang baik dari anak memunculkan reaksi positif sehingga anak lebih percaya diri menghadapi permasalahannya. Dukungan keluarga terutama orang tua dapat memfasilitasi penguasaan anak terhadap

lingkungan asing sekitar. Penelitian Murniasih dan Rahmawati (2007) membuktikan bahwa semakin tinggi dukungan keluarga akan semakin rendah kecemasan anak. Dukungan dan perhatian orang tua tetap diperlukan selama anak dirawat, tanpa mengesampingkan kebutuhan anak bersosialisasi dengan teman sebaya dan lingkungan.

6.2. Gambaran Kecemasan Anak

Kejadian cemas anak usia sekolah yang dalam hospitalisasi dalam penelitian ini diperoleh data bahwa perasaan lemah, kekhawatiran sembuhnya lama, perasaan mudah lelah, dan perasaan sedih dialami oleh sebagian besar responden. Menurut Stuart dan Sundeen (1998) kecemasan berkaitan dengan perasaan ketidakpastian dan ketidakberdayaan, pada keadaan cemas sedang seseorang cenderung memusatkan perhatian pada hal lain atau mengesampingkan suatu hal. Terdapat kesesuaian bahwa anak usia sekolah selama hospitalisasi akibat ketidakberdayaannya menimbulkan kecemasan, anak merasa lemah, merasa mudah lelah, dan merasa sedih.

Respon kekhawatiran sembuhnya lama yang dialami sebagian besar responden dalam penelitian ini sesuai dengan pendapat Ball dan Bindler (2003) yang menyampaikan bahwa anak pada usia sekolah yang mengalami kecemasan akibat hospitalisasi diantaranya ditunjukkan dengan kehilangan kontrol fungsi tubuh, ketakutan pada perlukaan tubuh, ketakutan pada hal yang menyakitkan, dan ketakutan pada kematian (Ball & Bindler, 2003).

Perubahan frekuensi nafas, frekuensi nadi, dan tekanan darah dapat merupakan gejala fisik dari kecemasan. Pada penelitian ini diperoleh informasi bahwa frekuensi nafas terjadi penurunan yang signifikan setelah dilakukan intervensi *therapeutic peer play*, sebelum intervensi frekuensi nafas sedikit lebih tinggi dari normal dan sesudah intervensi menunjukkan nilai normal. Nilai normal frekuensi nafas untuk anak usia sekolah adalah 19-21 kali per menit (Wong et al, 2009). Rata-rata penurunan adalah ± 3 kali per

menit. Rata-rata frekuensi nafas signifikan mengalami penurunan, namun penurunannya sangat kecil (1,12 kali per menit), sehingga rata-rata frekuensi nafas pada kelompok kontrol ini sedikit lebih tinggi dari normal.

Frekuensi nadi juga mengalami penurunan yang signifikan setelah dilakukan tindakan *therapeutic peer play* dengan rata-rata penurunan ± 8 kali per menit. Rata-rata sebelum dan sesudah intervensi pada anak masih dalam kategori normal. Pada keadaan terjaga anak usia sekolah frekuensi nadi yang normal adalah 70-110 kali per menit (Wong et al, 2009). Dalam penelitian Purwandari (2009) terbukti bahwa terapi seni efektif untuk menurunkan denyut nadi yang merupakan salah satu respon fisiologis kecemasan. Rata-rata frekuensi nadi pada pengukuran pertama dan kedua menunjukkan adanya penurunan yang signifikan (dari 98,91 menjadi 94,73 kali per menit).

Rata-rata tekanan darah pada kelompok ini tidak terdapat perubahan yang signifikan baik sistolik maupun diastolik. *Therapeutic peer play* tidak memberikan pengaruh yang signifikan terhadap tekanan darah baik sistolik maupun diastolik. Menurut Muscari (2001) adalah sistolik 94 – 112 mmHg dan diastolik 56 - 60 mmHg. Rata-rata tekanan darah anak usia sekolah normal pada sistolik dan cenderung tinggi pada diastolik. Kecenderungan sedikit lebih tinggi dari normal pada diastolik ini karena terdapatnya 6 responden dengan kasus *syndrome nefrotic* (SN).

6.3. Gambaran Kemandirian Anak

Item ketidakmandirian anak yang dominan ketika dalam masa hospitalisasi dalam penelitian ini adalah anak tidak mau lepas dari orang tuanya, anak tampak tidak senang di ruang rawat, anak selalu dimandikan, dan anak lebih suka tiduran. Ketidakmandirian anak dalam hal ketergantungan dengan orang tua dan tampak tidak senangnya di ruang rawat terkait dengan kemandirian dari aspek personal sosial, yang mana hal ini dapat teratasi jika anak telah mengenal lingkungan rumah sakit. Perhatian orang tua menjadikan anak

merasa sejahtera (Wong et al, 2009). Keterlibatan orang tua menjadi faktor penting untuk meningkatkan kemandirian anak (Harrel, 2003). Hal ini dibuktikan juga selama dilaksanakan upaya *therapeutic peer play* sangat terbantu oleh keterlibatan orang tua.

Keberadaan anak yang selalu dimandikan adalah wajar karena anak dalam kondisi sakit, walaupun ada beberapa anak yang merasa lebih nyaman mandi sendiri dengan bantuan. Anak yang mulai beradaptasi dengan lingkungan rumah sakit, menjadikan mereka lebih mandiri dan lebih menyukai aktifitas bermain daripada tiduran.

6.4. Pengaruh *Therapeutic Peer Play* terhadap tingkat kecemasan anak

Intervensi *therapeutic peer play* merupakan salah satu dari kegiatan bermain terapeutik yang dilakukan bersama dengan teman sebaya. Permainan bersama teman sebaya ini sesuai dengan karakteristik dan tahap perkembangan anak usia sekolah yang membutuhkan hubungan dengan teman sebaya (Wong et al, 2009).

6.4.1. Penurunan kecemasan sebelum dan sesudah intervensi

Rata-rata skor kecemasan anak kelompok intervensi pada pengukuran pertama sebesar 15,03, sedangkan pada pengukuran kedua setelah intervensi rata-rata skor kecemasan sebesar 3,97. Hal ini menunjukkan penurunan kecemasan yang sangat signifikan. Keadaan cemas anak usia sekolah sebelum terjadi tergolong cemas sedang dan setelah intervensi menjadi cemas ringan, anak mulai mampu beradaptasi dengan lingkungan rumah sakit. Terbukti bahwa permainan terapeutik mampu menurunkan kecemasan, sebagaimana penelitian Subardiah (2009) yang menunjukkan bahwa permainan terapeutik mampu menurunkan kecemasan.

Menurut Stuart dan Sundeen (1998), pada tingkat kecemasan sedang memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada satu hal penting dan mengesampingkan hal lain dan pada cemas ringan berhubungan dengan ketegangan biasa dalam kehidupan sehari-hari yang menyebabkan seseorang tetap waspada. Anak yang dirawat tersebut semula berada pada fokus keadaan sakitnya dan lingkungan asing, namun setelah dilakukan intervensi anak mulai terbiasa dengan lingkungannya dan mau bermain dengan teman sebayanya. Pemahaman terhadap keadaan dirinya saat ini menjadi lebih mudah dikuasai. Permainan terapeutik sesuai perkembangan anak dapat memperbaiki gangguan emosional dan mengatasi kondisi fisik yang sakit (Mahon, 2009). Penelitian lain oleh Harrel (2003) memperkuat bahwa tindakan-tindakan medis yang dilakukan akan lebih mudah diterima jika dilakukan secara terapeutik dan anak telah melalui adaptasi dengan lingkungannya.

6.4.2. Penurunan kecemasan pada kelompok kontrol

Rata-rata penurunan skor kecemasan kelompok kontrol 3,72. Pada kelompok kontrol juga menunjukkan penurunan kecemasan yang signifikan. Penurunan kecemasan pada kelompok kontrol ini menunjukkan adanya keterkaitan dengan teori adaptasi.

Hasil pada kelompok kontrol tersebut membuktikan terdapat kebenaran pada teori Roy (1991) yang menyebutkan bahwa pada dasarnya setiap orang memiliki kemampuan adaptasi dan adaptasi ini memerlukan waktu yang sangat tergantung pada kondisi anak untuk dapat menyesuaikan diri dengan situasi baru. Perkembangan sosial anak usia sekolah akan melalui proses adaptasi yang dipengaruhi oleh keadaan sekeliling anak, jenis kelamin anak, sifat dan tingkah laku anak (Dani & Murtihardjana, 2009).

Respon adaptasi yang diperoleh anak-anak usia sekolah tersebut dari stimuli respon nyeri yang dirasakan, tindakan invasif yang dialami, lingkungan sekitar yang sudah dipelajarinya, orang-orang sekitar yang sering berinteraksi dan dukungan penuh dari orang tuanya. Namun respon adaptasi yang diperoleh tersebut tidak sebesar efek dari intervensi.

6.4.3. Penurunan kecemasan kelompok intervensi dan kontrol

Penurunan skor kecemasan pada kelompok intervensi dengan kontrol menunjukkan perbedaan yang sangat signifikan. Pada kelompok intervensi rata-rata penurunan skor kecemasannya 11,09; sedangkan pada kelompok kontrol hanya turun 3,73 (dampak intervensi 66%). Ini menunjukkan bahwa *therapeutic peer play* bisa menjadi salah satu pilihan intervensi bermain untuk anak usia sekolah yang dirawat di rumah sakit. Melalui kegiatan bermain anak dapat memperoleh kesenangan (Hurlock, 1991; Foster, 1998; Whaley & Wong, 1991). Kesenangan yang diperoleh anak ini terbukti dapat menurunkan kecemasan pada anak.

Kesenangan yang dirasakan anak mempengaruhi kesiapan anak ketika dilakukan tindakan keperawatan dan memberikan kesembuhan bagi anak-anak yang mengalami gangguan emosi (Mahon, 2009). Untuk memberikan ketenangan dan kesenangan pada anak perawat bisa mengkondisikan dengan permainan terapeutik ketika melakukan tindakan keperawatan maupun dalam kontrak waktu tertentu. Intervensi *therapeutic peer play* menjadi alternatif bagi rumah sakit untuk dilakukan karena disesuaikan dengan kebutuhan anak usia sekolah dan sesuai dengan perkembangan anak.

Intervensi *therapeutic peer play* menjadi pertimbangan bagi rumah sakit untuk mengelompokkan anak usia sekolah di tempat yang

berdekatan dengan tetap memperhatikan jenis penyakit pasien. Kadang-kadang tidak bisa dihindari terpisahnya salah satu anak diluar sebayanya sehingga untuk sementara tidak bisa dilakukan permainan terapeutik bersama teman sebaya. Hambatan ini dapat diatasi dengan permainan terapeutik yang bersifat individu terlebih dahulu kemudian setelah mampu baru bisa dengan teman sebaya, atau teman sebaya lain yang mendekati pasien tersebut. Hal ini menunjukkan reaksi positif pada anak untuk menurunkan kecemasannya.

6.5. Pengaruh *Therapeutic Peer Play* terhadap tingkat kemandirian anak

Kemandirian menjadi tahapan perkembangan yang penting untuk meningkatkan kepercayaan diri pada anak usia sekolah (Ali & Asrori, 2004). Walaupun anak dalam keadaan sakit kemandirian diperlukan untuk meningkatkan kepercayaan dirinya sehingga lebih mudah menyesuaikan diri dengan keadaan dan lingkungan sekitar.

6.5.1. Peningkatan kemandirian sebelum dan sesudah intervensi

Kemandirian anak dalam penelitian ini mengalami peningkatan setelah dilakukan intervensi *therapeutic peer play*. Rata-rata skor kemandirian dari 11,91 menjadi 4,27 menunjukkan peningkatan kemandirian yang sangat signifikan. Sebelum tindakan *therapeutic peer play* anak kurang mandiri dan setelah dilakukan tindakan *therapeutic peer play* anak menjadi lebih mandiri.

Peningkatan kemandirian pada anak tersebut menjadikan anak lebih kooperatif terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan. Permainan dengan teman sebaya memberikan pengaruh kuat pada anak usia sekolah untuk memperoleh kemandirian dan pengalaman berharga diperoleh melalui interaksi dengan teman sebaya. anak menjadi lebih mudah menyesuaikan diri, menghargai orang lain dan bersosialisasi dengan lingkungan sekitar (Wong et al, 2009). Hal ini didukung oleh

penelitian Handayani dan Pupitasari (2010) yang menyampaikan bahwa anak-anak memiliki perilaku kooperatif saat dilakukan tindakan keperawatan setelah mendapatkan terapi bermain.

6.5.2. Peningkatan kemandirian kelompok kontrol

Penurunan skor kemandirian pada kelompok kontrol adalah 2,51 (dari skor 11,42 pada observasi pertama menjadi 8,91 pada observasi kedua) yang menunjukkan adanya peningkatan kemandirian pada anak yang dirawat. Observasi pertama dilakukan pada hari pertama perawatan dan pengukuran kedua pada hari keempat. Selama selisih waktu tiga hari tersebut terjadi peningkatan kemandirian karena waktu dan perbaikan kondisi anak, dimana anak berinteraksi dengan lingkungan sekitar.

Terdapatnya penurunan kemandirian pada anak yang sakit atau dirawat di rumah sakit adalah suatu hal yang biasa. Mereka membutuhkan adaptasi interdependensi yang merupakan keseimbangan antara ketergantungan dan kemandirian. Anak usia sekolah membutuhkan penghargaan terhadap kemandiriannya namun mereka juga membutuhkan perhatian dari orang tuanya atau orang yang berada disekitarnya, sehingga terjadi interaksi untuk saling memberi dan menerima (Roy, 1991).

Peningkatan kemandirian yang cukup signifikan pada kelompok kontrol tidak lepas dari faktor usia anak dengan rata-rata usia lebih dari 9 tahun. Menurut Piaget dalam Dany dan Murtihardjana (2009), berpendapat bahwa hubungan dengan sosial akan bertambah pada usia yang lebih matang. Hal ini cukup mendukung positifnya hubungan usia dengan kemandirian anak pada kelompok kontrol, walaupun tidak signifikan pada kelompok intervensi.

6.5.3. Perbandingan kemandirian kelompok intervensi dan kontrol

Perbandingan rata-rata skor kemandirian antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol mencapai 5,27. Pada penelitian ini terbukti bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi *therapeutic peer play* berpengaruh terhadap tingkat kemandirian anak usia sekolah yang dirawat di rumah sakit, dengan dampak intervensi sebesar 67%.

6.6. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini terdapat beberapa kelemahan yang dapat menjadi pertimbangan untuk penelitian berikutnya, sehingga khasanah keilmuan keperawatan menjadi lebih lengkap. Kelemahan dalam penelitian ini antara lain:

6.6.1. Terlalu banyaknya responden yang *drop out* selama masa dilakukannya intervensi *therapeutic peer play* pada kelompok intervensi. Keluarnya anak-anak tersebut dari responden penelitian karena tidak memungkinkan untuk dilakukan permainan teman sebaya akibat perbedaan jenis kasus berdasar penyakit infeksi – non infeksi. Sesuai dengan prosedur tetap ruang rawat anak, jenis kasus infeksi – non infeksi tidak bisa digabung. Pada saat pasien datang, tidak ada pasien masuk yang sama jenis kasus (infeksi – non infeksi) dengan usia sebaya.

6.6.2. Terbatasnya alternatif jenis permainan yang disediakan oleh peneliti untuk anak usia 9-12 tahun yaitu dua jenis permainan (permainan anatomi tubuh dan permainan cerita bersambung), kadang menimbulkan kebosanan pada anak dikarenakan anak menyukai suatu jenis permainan tertentu (misalnya permainan kartu tangram dan puzzle). Hal ini memerlukan kreatifitas peneliti dan asisten peneliti untuk merencanakan permainan terapeutik yang disukai anak-anak.

- 6.6.3. Kadang ditemukan kesulitan untuk menyatukan anak-anak dalam permainan bersama teman sebaya, sehingga memerlukan bantuan orang tua dan kreatifitas peneliti atau asisten peneliti.

6.7. Implikasi terhadap Pelayanan, Pendidikan, dan Penelitian

6.7.1. Implikasi terhadap pelayanan

6.7.1.1. Intervensi *therapeutic peer play* merupakan alternatif kegiatan bermain yang dapat diterapkan kepada anak usia sekolah. Melalui permainan bersama teman sebaya ini anak-anak dapat mengungkapkan konflik dirinya dan memperoleh kesenangan yang dapat menurunkan kecemasan dan meningkatkan kemandiriannya.

6.7.1.2. Perkembangan keilmuan dan ketrampilan bidang keperawatan dapat meningkatkan pelayanan keperawatan paripurna sesuai dengan visi dan misi ruang rawat anak yang bersangkutan. Melalui intervensi *therapeutic peer play* anak dan keluarga merasakan kepuasan terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan. Disamping pernyataan lisan, nampak tergambar pada sikap dan ekspresi bahwa anak dan orang tua merasakan kebahagiaan dengan perhatian yang diberikan oleh perawat.

6.7.1.3. Menjadi pemikiran bagi rumah sakit khususnya ruang rawat anak untuk mempertimbangkan usia anak dalam penempatan tempat tidur pasien, sehingga dapat memfasilitasi intervensi *therapeutic peer play* dan dapat memberikan kebahagiaan anak sebagai bentuk implementasi yang memperhatikan perkembangan anak.

6.7.1.4. Menjadi pemikiran bagi rumah sakit khususnya ruang rawat anak untuk meningkatkan fasilitas alat permainan yang dapat

digunakan sebagai wujud kreativitas perawat dalam mengimplementasikan intervensi *therapeutic peer play*.

6.7.1.5. Dengan dikenalkannya intervensi *therapeutic peer play* merubah *image* perawat bahwa program permainan terapeutik tidak hanya untuk anak usia *toddler* dan pra sekolah saja, anak usia sekolah juga membutuhkan kegiatan bermain untuk mengoptimalkan perkembangannya dan memberikan kebahagiaan pada anak serta mencegah kebosanan anak.

6.7.2. Implikasi terhadap pendidikan

Intervensi *therapeutic peer play* menjadi bahan kajian untuk pendidikan keperawatan khususnya mahasiswa keperawatan, sebagai salah satu tindakan bermain terapeutik untuk anak usia sekolah yang dirawat di rumah sakit.

6.7.3. Implikasi terhadap penelitian

Penelitian ini dapat menjadi pertimbangan bagi para peneliti selanjutnya untuk mengembangkan penelitian tentang *therapeutic peer play* dengan variabel yang lain.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan diuraikan simpulan dan saran terhadap penelitian yang telah dilakukan.

7.1. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

- 7.1.1. Karakteristik anak usia sekolah yang dirawat dengan rata-rata usia 9 tahun; jenis kelamin anak laki-laki lebih banyak; pengalaman dirawat rata-rata 1 kali; pengalaman sakit serupa rata-rata 1 kali; dan didampingi oleh orang tua 97%.
- 7.1.2. Gambaran kecemasan anak usia sekolah yang dominan dalam penelitian ini adalah perasaan lemah, kekhawatiran sembuhnya lama, perasaan mudah lelah, dan perasaan sedih. Secara fisik diperoleh informasi bahwa intervensi *therapeutic peer play* berpengaruh pada frekuensi nafas dan nadi, dan tidak berpengaruh pada tekanan darah.
- 7.1.3. Gambaran tingkat kemandirian anak yang dominan adalah anak tidak mau lepas dari orang tuanya, anak tampak tidak senang di ruang rawat, anak selalu dimandikan, dan anak lebih suka tiduran.
- 7.1.4. Hubungan karakteristik responden yang cukup berpengaruh terhadap kecemasan anak yaitu karakteristik jenis kelamin pada kelompok kontrol ($p\text{-value}=0,025$) dan karakteristik usia pada kelompok kontrol terhadap kemandirian ($p\text{-value}=0,045$).

7.1.5. Tingkat kecemasan pada anak usia sekolah yang dirawat di rumah sakit sebelum dilakukan intervensi tergolong sedang dan setelah dilakukan intervensi *therapeutic peer play* masuk dalam tingkat cemas ringan. Terdapat pengaruh yang signifikan intervensi *therapeutic peer play* terhadap penurunan tingkat kecemasan anak usia sekolah yang dirawat di rumah sakit sebesar 66%.

7.1.6. Tingkat kemandirian pada anak usia sekolah yang dirawat di rumah sakit sebelum dilakukan intervensi tergolong tidak mandiri dan setelah dilakukan intervensi *therapeutic peer play* menjadi mandiri. Terdapat pengaruh yang signifikan intervensi *therapeutic peer play* terhadap peningkatan kemandirian anak usia sekolah yang dirawat di rumah sakit sebesar 67%.

7.2. Saran

7.2.1. Bagi pelayanan keperawatan

7.2.1.1. Rumah sakit perlu menyediakan fasilitas peralatan bermain yang cukup untuk anak-anak yang dirawat di rumah sakit.

7.2.1.2. Perawat hendaknya menerapkan intervensi *therapeutic peer play* pada anak usia sekolah, sebagai salah satu alternatif bermain bagi anak usia sekolah yang dirawat.

7.2.1.3. Perawat hendaknya mempertimbangkan penempatan pasien anak berdasarkan usia, sebagai upaya untuk mempercepat proses sosialisasi dengan lingkungan sehingga meminimalkan reaksi negatif dari hospitalisasi, dengan tetap memperhatikan pemilahan berdasarkan kasus penyakit infeksi-non infeksi.

7.2.1.4. Perawat perlu melibatkan orang tua saat menerapkan *therapeutic peer play* dalam upaya mengurangi kecemasan dan meningkatkan kemandirian selama dirawat di rumah sakit, sehingga anak lebih cepat menyesuaikan diri dengan lingkungan.

7.2.2. Bagi Pendidikan

Institusi pendidikan hendaknya menginformasikan kepada peserta didik bahwa intervensi *therapeutic peer play* dapat menjadi alternatif kegiatan untuk menurunkan kecemasan dan meningkatkan kemandirian anak usia sekolah yang dirawat di rumah sakit, sesuai dengan tahap perkembangannya.

7.2.3. Bagi penelitian selanjutnya

7.2.3.1. Peneliti selanjutnya hendaknya melakukan penelitian tentang jenis permainan terapeutik yang dapat diterapkan pada anak sesuai usia dan tahap perkembangannya.

7.2.3.2. Peneliti lain hendaknya melakukan pengembangan penelitian *therapeutic peer play* dengan variabel konsep diri, mekanisme coping anak yang dirawat, dan persepsi anak terhadap hospitalisasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, M., & Asroni, M. (2004). *Psikologi remaja: Perkembangan peserta didik*. New Jersey: Prentice Hall.
- Arikunto, S. (2002). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktek*. Yogyakarta: Rineka Cipta.
- Ball, J.W., & Bindler, R.C. (2003). *Pediatric nursing: Caring for children*. New Jersey: Prentice Hall.
- Battrick, C., & Glasper, E.A. (2004). The view of children and their families on being in hospital. *British Journal of Nursing*, 13 (6), 328-336.
- Benson, N.C., & Grove, S. (2000). *Mengenal psikologi*. Bandung: Mizan
- Bredecamp, S., & Copple, C. (2009). *Developmentally appropriate practices in early childhood programs serving children from birth through age 8 (3rd ed)*. Washington: NAEYC.
- Chaplin, C.P. (1995). *Kamus lengkap psikologi*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Cho, S.H., & Kim, H.R. (2006). Family and paid caregivers of hospitalized patients in Korea. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 946-953.
- Dahlan, M.S. (2009). *Besar sampel dan cara pengambilan sampel: Dalam penelitian kedokteran dan kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Dany, H., & Murtihardjana, L. (2009). *Memaksimalkan produktifitas anak*. Jakarta : Prestasi Pustaka.
- Departemen Kesehatan. (2001). *Data profil kesehatan Kabupaten / Kota Provinsi Jawa Tengah*.
- Departemen Kesehatan RI. (2002). *Undang-undang RI nomor 23 tahun 2002 tentang perlindungan anak*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. (2009). *Profil kesehatan Indonesia 2008*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. (2009). *Undang-undang RI nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan*. Jakarta.

- Handayani, R.D., & Puspitasari, N.P.D. (2010). Pengaruh terapi bermain terhadap tingkat kooperatif selama menjalani perawatan pada anak usia Pra sekolah (3 – 5 tahun) di rumah sakit Panti Rapih Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Surya Medika Yogyakarta*. Diakses pada tanggal 20 Nopember 2010 dari <http://www.skripsistikes.wordpress.com>.
- Harrel, S.N. (2003). Managing slightly uncooperative pediatric patients. *The Journal of The American Dental Association*, 134, 1613–1614.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Jakarta: FKM UI.
- Hendon, C., & Bohon, L.M. (2007). Hospitalized children's mood differences during play and music therapy. *Journal of Child Care, Health & Development*, 34 (2), 141–144.
- Hipwell, A.E., Murray, L., Ducournau, P., & Stein, A. (2005). The effect of maternal depression and parental conflict on children's peer play. *Journal of Child Care, Health & Development*, 31 (1), 11–23.
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2009). *Essentials of paediatric nursing*. St. Louis: Mosby.
- Jamil, S. (2009). *101 games cerdas dan kreatif*. Jakarta: Penebar Plus.
- Knutsson, J., Tibbelin, A., & Unge, M.V. (2006). Post operative pain after paediatric adenoidectomy and differences between the pain score made by the recovery room staff the parent and child. *Journal Acta Oto Laryngologica*, 126, 1029 – 1083.
- Li, H.C.W., Lopez, V., & Lee, T.L.I. (2007). Effects of preoperative therapeutic play on outcomes of school-age children undergoing day surgery. *Research in Nursing & Health*, 30, 320 – 332.
- Machfoedz, I. (2008). *Teknik membuat alat ukur penelitian*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Mahon, L.M. (2009). *The handbook of play therapy and therapeutic play (2nd ed)*. London: Wiley Inter Science.
- March, J.S., Sullivan, K., & Parker, J. (1999). Test-retest reliability of the multidimensional anxiety scale for children. *Journal of Anxiety Disorder*, 13, 349 – 358.
- Monks, F.J., Knoers, A.M.P., & Haditono, S.R. (2006). *Psikologi perkembangan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.

- Murniasih, E., & Rahmawati, A. (2007). Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan akibat hospitalisasi pada anak usia prasekolah di bangsal L RSUP Dr.Soeradji Tirtonegoro Klaten. *Jurnal Kesehatan Surya Medika Yogyakarta*. Diakses pada tanggal 25 April 2010 dari <http://www.skripsistikes.wordpress.com>.
- Murti, B. (2003). *Prinsip dan metode riset epidemiologi*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Muscary, M.E. (2000). *Advanced pediatric clinical assessment: Skills and procedures*. Philadelphia: Lippincott.
- Nursalam. (2009). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice (6rd ed)*. St. Louis: Mosby.
- Pemerintah Kabupaten Banyumas. (2009). *Kumpulan prosedur tetap bidang keperawatan rumah sakit umum Banyumas*. RSUD Banyumas.
- Pemerintah Kabupaten Banyumas. (2011). *Rekam medik rumah sakit umum Banyumas*. RSUD Banyumas
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing research*. Philadelphia: Lippincot Williams& Walkins
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2006). *Essential of nursing research: Method, appraisal and utilization (6rd ed)*. Philadelphia: Lippincot Williams& Walkins
- Purwandari, H. (2009). Pengaruh terapi seni terhadap kecemasan anak usia sekolah selama hospitalisasi di RSMS. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Riduwan. (2002). *Skala pengukuran variabel-variabel penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Riduwan. (2009). *Metode dan teknik menyusun proposal penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Sabri, L., & Hastono, S.P. (2009). *Statistik kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Saryono. (2010). *Kumpulan instrumen penelitian kesehatan*. Yogyakarta: Mulia Medika.

- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2008). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Edisi ke-3. Jakarta: Sagung Seto.
- Stuart, G.W., & Sundeen, S.J. (1998). *Keperawatan jiwa*. Jakarta : EGC.
- Subardiyah, I.P. (2009). *Pengaruh permainan terapeutik terhadap kecemasan, kehilangan kontrol, dan ketakutan anak prasekolah selama dirawat di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Sugiyono. (2007). *Statistika untuk penelitian*. Bandung: Alfabeta
- Sugiyono. (2010). *Metode penelitian kuantitatif kualitatif*. Bandung: Alfabeta
- Tim Pascasarjana FIK-UI. (2008). *Pedoman penulisan tesis*. Jakarta. Tidak dipublikasikan
- Tomey, A.M., & Alligood, M.R. (2006), *Nursing theory and their work*. Missouri: Mosby.
- Wilkinson, D., & Birmingham, P. (2003). *Using research instruments: A guide for researcher*. London: Routledge Falmer.
- Wilson, K., & Ryan, V. (2005). *Play therapy: A non directive approach for children and adolescents*. Philadelphia: Elsevier.
- Wong, D.L. (2004). *Pedoman klinis keperawatan pediatrik*. Jakarta : EGC.
- Wong, D.L., Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M.L., & Schwartz, P. (2009). *Buku ajar keperawatan pediatrik edisi 6 volume 1*. Jakarta: EGC
- Wong, D.L., Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M.L., & Schwartz, P. (2009). *Buku ajar keperawatan pediatrik edisi 6 volume 2*. Jakarta: EGC

JADUAL PENELITIAN

No	Kegiatan	Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli	
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	
1	Penyusunan proposal	■	■	■	■	■	■	■	■														
2	Ujian proposal								■														
3	Perbaikan proposal dan uji etik penelitian									■													
4	Ijin penelitian									■													
5	Uji validitas dan reliabilitas									■													
6	Pengumpulan data									■	■	■	■	■	■	■	■						
7	Analisis data																■						
8	Pembuatan laporan penelitian																■	■					
9	Ujian hasil penelitian																		■				
10	Perbaikan hasil penelitian																		■				
11	Ujian sidang tesis																			■			
12	Perbaikan tesis																			■	■		
13	Pengumpulan laporan tesis																					■	

PENJELASAN PENELITIAN

Saya Umi Solikhah, mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Anak Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dengan NPM 0906505161, bermaksud melakukan penelitian dengan tujuan untuk mengetahui pengaruh *therapeutic peer play* terhadap tingkat kecemasan dan kemandirian anak usia sekolah yang dirawat di rumah sakit.

Manfaat penelitian ini adalah untuk menerapkan metode yang dapat menurunkan kecemasan dan meningkatkan kemandirian anak selama dirawat di rumah sakit.

Kegiatan yang akan dilakukan selama penelitian ini adalah :

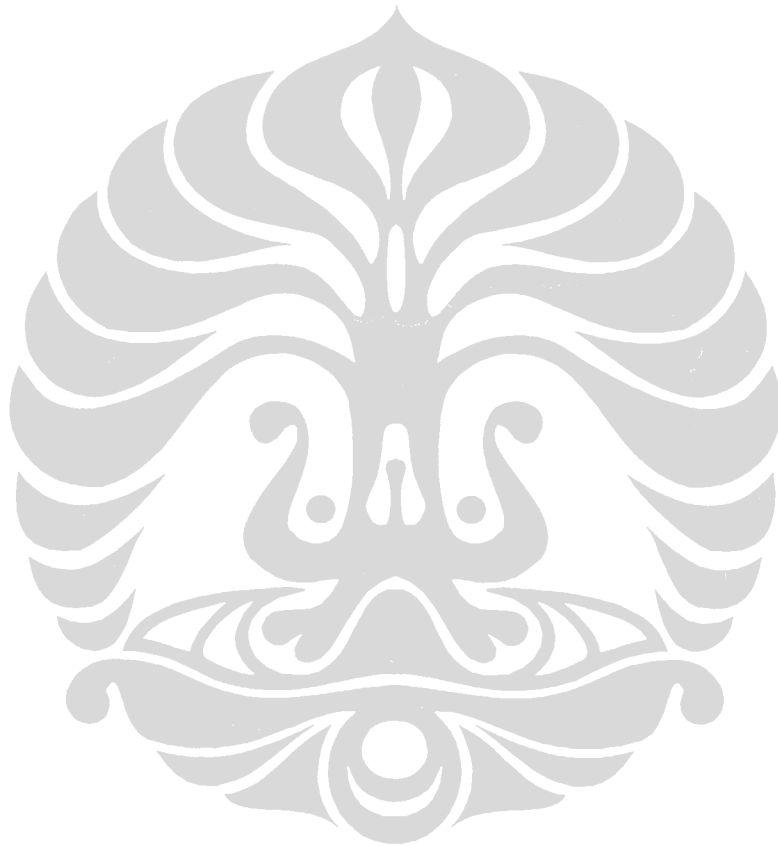
1. Pada hari rawat pertama anak (pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol) akan di pandu mengisi daftar pernyataan terkait kecemasan (instrumen diisi oleh peneliti dengan menanyakan pada anak) dan observer akan mengamati kemandiriannya pada 24 jam pertama dirawat.
2. Pada hari rawat kedua dan ketiga anak (pada kelompok intervensi) akan bermain dengan teman sebayanya dengan permainan yang bisa dilakukan sesuai dengan keadaan anak. Permainan dengan panduan dilakukan antara pukul 09.00 s/d10.00 atau pukul 15.00 s/d 16.00, selain pada waktu tersebut anak diberi kebebasan menggunakan alat permainan yang disediakan.
3. Pada hari rawat keempat anak (pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol) akan dipandu kembali mengisi daftar pernyataan kecemasan dan akan diamati kemandiriannya.
4. Pada hari rawat keempat setelah pengisian daftar pernyataan yang kedua, kelompok kontrol akan bermain dengan teman sebayanya dan diberi kebebasan menggunakan alat permainan selama perawatan.

Peneliti akan menjaga segala hal yang menyangkut kerahasiaan anak selama dan setelah penelitian dilakukan. Apabila bapak/ibu menyetujui, maka saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan yang telah disiapkan. Atas kerjasamanya saya menyampaikan terima kasih.

Depok, April 2011

Peneliti,

Umi Solikhah



SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN BERPARTISIPASI

Judul Penelitian :

Pengaruh *Therapeutic Peer Play* terhadap Tingkat Kecemasan dan Kemandirian Anak Usia Sekolah yang Dirawat di Rumah Sakit Banyumas.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Wali dari :

Alamat :

Menyatakan telah memahami penjelasan tentang tujuan, manfaat, dan kegiatan dalam penelitian ini dan saya bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian ini.

..... 2011
Saksi, Orang tua / wali,

.....



INSTRUMEN PENELITIAN

PENGARUH *THERAPEUTIC PEER PLAY* TERHADAP TINGKAT KECEMASAN DAN KEMANDIRIAN ANAK USIA SEKOLAH YANG DIRAWAT DI RUMAH SAKIT

Instrumen A : Biodata responden

Instrumen B : Penilaian kecemasan anak usia sekolah yang dirawat di RS

Instrumen C : Penilaian kemandirian anak usia sekolah yang dirawat di RS

Peneliti :

**UMI SOLIKHAH
0906505161**

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN ANAK
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
DEPOK, APRIL TAHUN 2011
INSTRUMEN A
BIODATA RESPONDEN**

Kode Responden

Diisi oleh peneliti

Tanggal pengisian:

Inisial nama :

Petunjuk :

Orang tua dari anak usia sekolah yang dirawat diminta untuk mengisi instrumen ini, dengan cara mengisi titik-titik atau memberi tanda check (\checkmark) pada kolom yang tersedia.

1	Umur anak tahun bulan
2	Jenis kelamin anak	() laki-laki () perempuan
3	Pengalaman dirawat di RS kali, dalam bulan/tahun terakhir
4	Pengalaman sakit serupa kali, dalam bulan/tahun terakhir
5	Keluarga yang menjaga anak di RS	() Ibu () ayah () paman/bibi () kakek/nenek () pengasuh
7	Hubungan anak dengan keluarga	() baik () tidak baik

Inisial nama:

Kode Responden

INSTRUMEN B
KUESIONER KECEMASAN ANAK

RR=..... Nadi =..... TD=

(Petunjuk: diisi oleh peneliti dengan menanyakan kepada responden)

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Saya merasa dada saya berdebar-debar		
2	Saya jarang sakit kepala		
3	Saya merasa sulit konsentrasi		
4	Saya merasa gemetar		
5	Saya merasa sering sakit perut		
6	Saya merasa lemah		
7	Saya merasa ketakutan tanpa sebab		
8	Saya merasa tidak berdaya		
9	Saya merasa sering ingin kencing		
10	Saya merasa sulit tidur tadi malam		
11	Saya merasa gembira		
12	Saya sering mimpi buruk		
13	Saya tidak suka lingkungan di RS		
14	Saya merasa ingin menangis		
15	Kadang saya nyeri dada		
16	Saya merasa santai		
17	Saya merasa tidak nafsu makan		
18	Saya takut pada luka saya		
19	Saya tidak takut disuntik		
20	Saya takut sembuhnya lama		
21	Saya merasa ingin marah		
22	Saya senang jika perawat datang		
23	Saya mudah tersinggung		
24	Saya merasa gelisah		
25	Saya merasa sesak nafas		
26	Saya merasa mudah lelah		
27	Kadang saya nyeri punggung		
28	Saya merasa tenang		

Inisial nama:

Kode Responden

INSTRUMEN C
OBSERVASI KEMANDIRIAN ANAK

No	Komponen Pengamatan	Ya	Tidak
1	Anak menolak belajar makan sendiri		
2	Anak tidak mau didekati petugas kesehatan		
3	Anak menangis terus menerus		
4	Anak menolak dilakukan tindakan keperawatan		
5	Anak tampak senang di ruang rawat		
6	Anak kooperatif ketika dilakukan tindakan keperawatan		
7	Anak tidak mau lepas dari orang tuanya		
8	Anak temper tantrum		
9	Anak sering minta keluar dari rumah sakit		
10	Anak tenang walaupun orang tua tidak disampingnya		
11	Anak sering menyendiri		
12	Anak sering berbicara dengan orang lain		
13	Anak tampak gembira bersama perawat		
14	Anak tidak memahami intruksi perawat saat tindakan		
15	Anak selalu dimandikan		
16	Anak menolak berlatih memakai baju sendiri		
17	Anak tidak mau menggosok giginya		
18	Anak lebih suka tiduran		
19	Anak tidak mampu duduk sendiri		
20	Anak mengisi waktu luang dengan membaca		
21	Anak tidak mampu mengambil minuman		
22	Ekspresi sedih		
23	Anak menolak menyisir rambutnya		
24	Anak tidak mampu berkemih sendiri		
25	Anak tidak mau bermain dengan teman yang lain atau keluarganya yang menunggu.		

PEDOMAN PROSEDUR

THERAPEUTIC PEER PLAY

Petunjuk penelitian terkait penggunaan pedoman prosedur:

1. Prosedur *therapeutic peer play* dilakukan setelah anak diukur tingkat kecemasan dan kemandiriannya pada hari pertama masuk rumah sakit
2. Intervensi *therapeutic peer play* dilakukan pada hari kedua dan ketiga oleh peneliti atau asisten peneliti.
3. Setiap periode permainan dilakukan satu prosedur permainan.
4. Pada hari kedua intervensi hendaknya menggunakan jenis *therapeutic peer play* yang lain.
5. Intervensi *therapeutic peer play* ini dipandu oleh peneliti atau asisten peneliti.

PEDOMAN PROSEDUR
THERAPEUTIC PEER PLAY

- Nama : Permainan Anatomi Tubuh (PAT)
- Kelompok usia : 9 – 12 tahun
- Jumlah peserta : minimal 2 anak
- Waktu : 30 menit
- Tujuan : 1. Melatih ketrampilan anak-anak dalam merepon pesan yang diberikan
2. meningkatkan pengetahuan tentang anatomi tubuh manusia
3. melatih keberanian anak-anak di depan umum dan bersosialisasi
- Alat : papan dan gambar organ tubuh manusia
- Antisipasi keamanan : tidak menggunakan papan terlalu besar
- Petunjuk kegiatan : 1. Responden dipersilahkan di tempat tidur masing-masing, boleh sambil tiduran atau duduk dan memperhatikan
2. pemandu mempersiapkan beberapa gambar anatomi manusia
3. pemandu siap memulai acara pada posisi yang bisa dilihat peserta dengan jelas
4. Pemandu tunjuk gambar dan bertanya kepada peserta permainan
5. Setelah mendapatkan jawaban, peserta menyebutkan jawaban dan menunjukkan lokasi pada tubuhnya
6. pemandu memberi nilai (misal : nilai 10 untuk 1 jawaban)
7. Pemandu menciptakan suasana gembira

PEDOMAN PROSEDUR
THERAPEUTIC PEER PLAY

Nama	: Permainan Cerita Bersambung (PCB)
Kelompok usia	: 6 – 12 tahun
Jumlah peserta	: minimal 4 anak (dibagi dalam 2 kelompok)
Waktu	: 30 menit
Tujuan	: 1. melatih anak-anak bekerjasama dalam kelompok 2. meningkatkan kecerdasan anak-anak dalam memahami masalah 3. meningkatkan imajinasi dan kreatifitas anak-anak dalam membuat cerita 4. pengenalan lingkungan rumah sakit
Alat	: kartu gambar yang mengandung cerita
Antisipasi keamanan	: menggunakan bahan kartu yang aman (tidak melukai dan tidak membahayakan)
Petunjuk kegiatan	: 1. responden dibagi dalam kelompok 2. pemandu akan membagikan 5 gambar secara acak 3. peserta akan menyusun gambar tersebut menjadi sebuah cerita 4. peserta masing-masing kelompok diberi waktu 3 menit untuk menceritakan rangkaian gambarnya secara sederhana 5. Pemandu menciptakan suasana gembira

PEDOMAN PROSEDUR
THERAPEUTIC PEER PLAY

- Nama : Permainan Bercerita
- Kelompok usia : 6 – 9 tahun
- Jumlah peserta : minimal 2 anak
- Waktu : 30 menit
- Tujuan : 1. melatih kemampuan anak-anak dalam memelihara koping
2. meningkatkan sosialisasi anak di lingkungan rumah sakit
3. melatih keberanian dan kemandirian anak-anak selama sakit
- Alat : buku cerita yang berisi pesan-pesan moral dan boneka
- Antisipasi keamanan : memastikan bahwa bahan kertas tidak membahayakan anak
- Petunjuk kegiatan : 1. responden dipersilahkan di tempat tidur masing-masing, boleh sambil tiduran atau duduk
2. pemandu mempersiapkan buku bergambar, menjelaskan jenis permainan, dan membagikan buku pada masing-masing anak untuk dibaca
3. pemandu memberi waktu pada anak-anak untuk membaca dan memperhatikan, pemandu mendampingi peserta
4. setelah selesai pemandu meminta peserta untuk menceritakan dengan sederhana kepada peserta lain.
6. Pemandu menciptakan suasana gembira

PEDOMAN PROSEDUR
THERAPEUTIC PEER PLAY

- Nama : Permainan Kartu Tangram
- Kelompok usia : 6 – 9 tahun
- Jumlah peserta : minimal 2 anak
- Waktu : 30 menit
- Tujuan : 1. melatih sosialisasi anak di lingkungannya
2. melatih konsentrasi anak
3. melatih kecepatan berfikir dan mengambil keputusan
- Alat : kartu tangram
- Antisipasi keamanan : bahan kartu tangram tidak membahayakan
- Petunjuk kegiatan : 1. responden dipersilahkan duduk di tempat tidur masing-masing
2. pemandu membagikan kartu tangram dan menjelaskan permainannya kepada masing-masing peserta
3. peserta berlomba menyelesaikan susunan kartu tangram
4. Pemandu menciptakan suasana gembira

PEDOMAN PROSEDUR
THERAPEUTIC PEER PLAY

- Nama : Permainan Puzzle
- Kelompok usia : 6 – 9 tahun
- Jumlah peserta : minimal 2 anak
- Waktu : 30 menit
- Tujuan : 1. melatih sosialisasi anak di lingkungannya
2. melatih konsentrasi anak
3. melatih kecepatan berfikir dan mengambil keputusan
- Alat : Puzzle
- Antisipasi keamanan : bahan puzzle tidak membahayakan (dari karton)
- Petunjuk kegiatan : 1. responden dipersilahkan duduk di tempat tidur masing-masing
2. pemandu membagikan puzzle dan menjelaskan permainannya kepada masing-masing peserta
3. peserta berlomba menyelesaikan susunan puzzle
4. Pemandu menciptakan suasana gembira

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Umi Solikhah
Tempat, tanggal lahir : Batang, 22 Agustus 1974
Agama : Islam
Alamat : Jl. Sunan Kalijaga IV Rt 4 Rw 2 Berkoh Purwokerto
Institusi : Universitas Muhammadiyah Purwokerto
Alamat : Kampus I (Jl. Raya Dukuh Waluh Purwokerto)
Kampus II (Jl Let.Jend. Soepardjo Roestam Km.7 Sokaraja
Purwokerto)

1. Riwayat Pendidikan

No	Pendidikan	Jurusan	Tahun Lulus
1	SDN 2 Proyonanggan Batang		1986
2	SMPN 2 Batang		1989
3	SMAN Batang	Biologi	1992
4	AKPER Telogorejo Semarang	Keperawatan	1995
5	Universitas Negeri Semarang	Psikologi Pendidikan dan Bimbingan	2000
6	UGM Yogyakarta	Keperawatan	2006

2. Riwayat Pekerjaan

No	Tempat Bekerja	Tahun
1	RSUI Harapan Anda Tegal	1995-1996
2	AKPER IIQ Wonosobo	1996-1998
3	Universitas Muhammadiyah Purwokerto	1998-sekarang

3. Publikasi

No	Judul	Tahun
1	Analisis perbedaan waktu ambulasi dini pada ibu post SC dengan anestesi general dan regional	2007
2	Rupture uteri dan dehiscence post SC	2008
3	Studi analisis penerapan teknologi 'DSS model' di ruang rawat anak	2010