

**Pengaruh Terapi Bermain Game Edukasi Berbasis Smartphone Terhadap Penurunan
Tingkat Agresi Pada Anak Pra Sekolah (usia 4-6 tahun) yang Menjalani Hospitalisasi di
Rumah Sakit Umum Daerah Kanjuruhan Kabupaten Malang**

TUGAS AKHIR

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan**



Oleh:

Alifia Rahma Hidayatullah

NIM. 145070200111021

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MALANG

2018

DAFTAR ISI

	Halaman
Judul	i
Halaman Persetujuan.....	ii
Kata Pengantar	iii
Abstrak	v
Daftar Isi	vii
Daftar Tabel	xii
Daftar Gambar	xiii
Daftar Lampiran	
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.4.1 Manfaat Praktis.....	6
1.4.2 Manfaat Akademik	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Hospitalisasi	7
2.1.1 Definisi Hospitalisasi	7
2.1.2 Dampak Hospitalisasi	8
2.1.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Dampak Hospitalisasi pada Anak	
.....	12
2.1.4 Reaksi Hospitalisasi pada Anak Menurut Tahapan Usia	13

2.2 Konsep Anak Prasekolah	15
2.2.1 Definisi Anak prasekolah	15
2.2.2 Perkembangan Anak Prasekolah	16
2.2.2.1 Perkembangan Fisik.....	16
2.2.2.2 Perkembangan Psikososial	16
2.2.2.3 Perkembangan Emosional.....	17
2.2.2.4 Perkembangan Moral	17
2.3 Konsep Agresi.....	18
2.3.1 Definisi Agresi	18
2.3.2 Teori Perilaku Agresi	19
2.3.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Tindakan Agresi .	19
2.3.4 Jenis-Jenis Perilaku Agresi.....	21
2.3.5 Alat Ukur Agresi	24
2.4 Konsep Terapi Bermain	27
2.4.1 Definisi Terapi Bermain	27
2.4.2 Manfaat Terapi Bermain	27
2.4.3 Prinsip Bermain di Rumah Sakit.....	28
2.5 Konsep <i>Game</i> Edukasi Dalam Smartphone	28
2.5.1 Definisi <i>Game</i> Edukasi Dalam Smartphone.....	28
2.5.2 Manfaat <i>Game</i> Edukasi Dalam Smartphone.....	29
2.5.3 Dampak Poitif <i>Game</i> Edukasi Dalam Smartphone Pada Anak.....	30
2.5.4 Dampak Negatif <i>Game</i> Edukasi Dalam Smartphone Pada Anak.....	31
2.6 Aplikasi <i>Smartphone</i> Pada Anak Usia Prasekolah.....	31

BAB 3	KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN	
3.1	Kerangka Konsep Penelitian	32
3.2	Hipotesis Penelitian	33
BAB 4	METODE PENELITIAN	
4.1	Rancangan Penelitian	34
4.2	Populasi dan Sampel	35
4.2.1	Populasi	35
4.2.2	Sampel	35
4.2.2.1	Kriteria Inklusi	36
4.2.2.2	Kriteria Eksklusi	36
4.2.3	Prosedur dan Teknik Sampling	36
4.2.4	Jumlah Sampel	37
4.3	Variabel Penelitian	38
4.3.1	Variabel Dependen	38
	Variabel Independen	38
4.3.2		4.3.2
4.4	Lokasi dan Waktu Penelitian	39
4.4.1	Lokasi Penelitian	39
4.4.2	Waktu Penelitian	39
4.5	Bahan dan Alat/Instrumen Penelitian	39
4.5.1	Alat Ukur Penelitian	39
4.6	Definisi Operasional	40
4.7	Prosedur Penelitian	43
4.8	Pelaksanaan Kegiatan	45
4.8.1	Persiapan	45

4.8.2 Pelaksanaan.....	45
4.8.3 Evaluasi	46
4.9 Alur Kerja	47
4.10 Validitas dan Reliabilitas	48
4.10.1 Validitas.....	48
4.10.2 Reliabilitas.....	49
4.11 Entry Data	50
4.12 Analisa Data	51
4.12.1 Analisa Univariat	51
4.12.2 Analisa Bivariat.....	51
4.13 Etika Penelitian	52

BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA

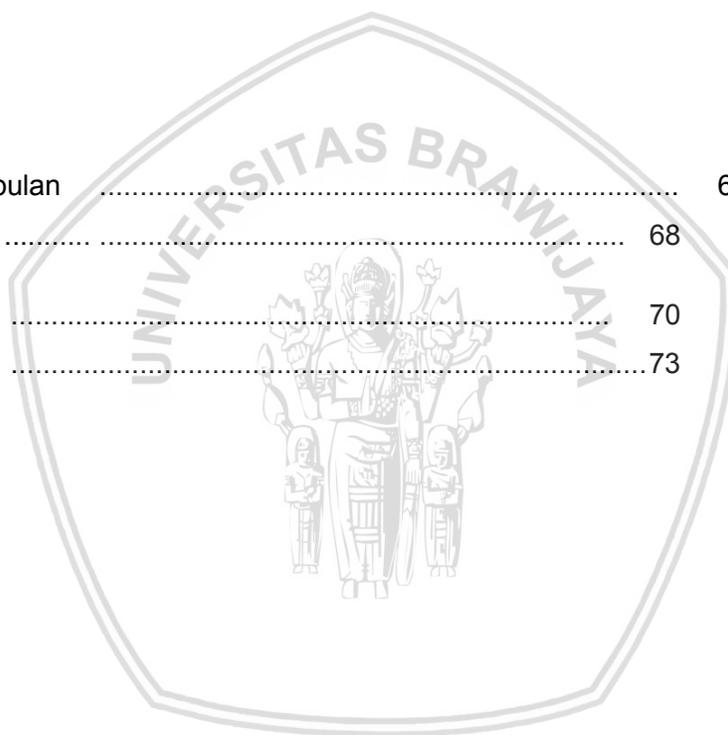
5.1 Data Umum Karakteristik Responden	54
5.1.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia.....	54
5.1.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	55
5.2 Analisa Univariat	56
5.2.1 Data Tingkat Agresi Pada Kelompok Kontrol	56
5.2.1.1 Data Pretest Tingkat Agresi Pada Kelompok Kontrol ..	56
5.2.1.2 Data Posttest Tingkat Agresi Pada Kelompok Kontrol ..	57
5.2.2 Data Tingkat Agresi Pada Kelompok Intervensi	57
5.2.2.1 Data Pretest Tingkat Agresi Pada Kelompok Intervensi	57
5.2.2.2 Data Posttest Tingkat Agresi Pada Kelompok Intervensi	58
5.3 Analisa Bivariat	58
5.3.1 Uji Normalitas	58
5.3.2 Uji Homogentias	59
5.3.3 Uji Dependent	59
5.3.4 Uji Independent	61

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1 Interpretasi Hasil Penelitian dan Diskusi	62
6.1.1 Tingkat Agresi Pada kelompok Kontrol	62
6.1.2 Tingkat Agresi pada Kelompok Intervensi	64
6.1.3 Perbandingan Tingkat Agresi Pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi	65
6.2 Implikasi Keperawatan	67
6.3 Keterbatasan Penelitian	67

BAB 7 PENUTUP

7.1 Kesimpulan	68
7.2 Saran	68
Daftar Pustaka	70
Lampiran	73



HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

PENGARUH TERAPI BERMAIN GAME EDUKASI BERBASIS SMARTPHONE
TERHADAP PENURUNAN TINGKAT AGRESI PADA ANAK PRASEKOLAH (USIA 4-6
TAHUN) YANG MENJALANI HOSPITALISASI DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KANJURUHAN KABUPATEN MALANG

Oleh:

Alifia Rahma Hidayatullah

145070200111021

Telah diuji pada:

Hari : Senin

Tanggal : 21 Mei 2018

dan dinyatakan lulus oleh:

Penguji-I

Ns. Lilik Supriati, S.Kep. M.Kep.

NIP. 198305052010122006

Penguji-II/Pembimbing-I

Ns. Septi Dew Rachmawati, S.Kep. MNg

NIP. 198109142006042001

Pembimbing-II/Penguji-III

Ns. Ikhda Ulya, S.Kep. M.Kep

NIP. 20122088505172001

Mengetahui,

Ketua Jurusan Ilmu Keperawatan

Dr. Ahsan, S.Kp. M.Kes

NIP. 196408141984011001



ABSTRAK

Hidayatullah, Alifia, Rahma. 2018. ***Pengaruh Terapi Bermain Game Edukasi Berbasis Smartphone Terhadap Penurunan Tingkat Agresi Pada Anak Pra Sekolah (usia 4-6 tahun) yang Menjalani Hospitalisasi di Rumah Sakit Umum Daerah Kanjuruhan Kabupaten Malang.*** Tugas Akhir. Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) Ns. Septi Dewi Rachmawati, S.Kep., MNg (2) Ns. Ikhdia Ulya, S.Kep, M.Kep.

Hospitalisasi adalah kondisi krisis anak saat sakit dan dirawat di rumah sakit yang dapat berdampak menimbulkan stress dan kecemasan pada anak dengan prevalensi mencapai 61,8%. Apabila tingkat kecemasan ataupun stress itu dibiarkan, maka kemungkinan dapat menyebabkan disfungsi perkembangan, baik dari somatik, motorik, maupun emosionalnya. Salah satu contoh dampaknya adalah agresi, sehingga dibutuhkan terapi yang dapat menurunkan tingkat stress dan cemas tersebut agar tidak menimbulkan agresi. Terapi yang dapat digunakan adalah terapi bermain berbasis *smartphone*. Penelitian ini bertujuan untuk menjelaskan pengaruh terapi bermain *game* berbasis *smartphone* terhadap penurunan tingkat agresi pada anak pra sekolah (usia 4-6 tahun) yang menjalani hospitalisasi. Penelitian yang dilakukan adalah penelitian kuantitatif *quasi experimental* dengan *pretest-posttest non equivalent control group design* yang terbagi menjadi kelompok kontrol dan intervensi. Pengambilan sampel dengan purposive sampling sebanyak 44 anak usia 4-6 tahun yang menjalani hospitalisasi di RSUD. Kapanjen Malang (n= 22). Berdasarkan analisis univariat, kelompok kontrol didapatkan hasil bahwa sebagian besar anak mengalami agresi sedang saat pretest (14 anak) maupun saat post test (17 anak). Pada kelompok intervensi, sebagian besar hasil menunjukkan anak mengalami agresi ringan saat pretest (13 orang) maupun post test (22 orang). Sedangkan, pada analisis bivariat didapatkan hasil bahwa data berdistribusi normal dengan $p= 0,79$ (pretest) dan $p= 0,87$ pada kelompok kontrol, $p= 0,98$ (pretest) dan $p= 0,92$ (post test) pada kelompok intervensi dan ragam homogen dengan $p= 0,52$ (pretest) ($p > 0,05$). Selanjutnya uji dependent dengan uji paired t-test didapatkan kelompok kontrol tidak berbeda signifikan $p= 0,083$ ($p > 0,05$) dan intervensi berbeda signifikan dengan $p= 0,000$ ($p < 0,05$). Pada uji independent t-test didapatkan terdapat perbedaan signifikan dengan $p= 0,000$ ($p < 0,05$). Dapat disimpulkan bahwa terapi bermain game berbasis *smartphone* berpengaruh terhadap penurunan tingkat agresi pada anak pra sekolah (usia 4-6 tahun) yang menjalani hospitalisasi di RSUD. Kapanjen Kabupaten Malang.

Kata Kunci: Terapi game bermain, smartphone, agresi, anak prasekolah usia 4-6 tahun

ABSTRACT

Hidayatullah, Alifia, Rahma. 2018. *The Influence of Game-Based Smartphone Education-Based Therapy Against Aggression Rate Decrease In Pre-School Children (page 4-6 years) Who Underwent Hospitalization at General Hospital of Kepanjen District, Malang Regency*. Thesis. Faculty of Medicine, Universitas Brawijaya. Counselor: (1) Ns. Septi Dewi Rachmawati, S.Kep., MNg (2) Ns. Ikhda Ulya, S.Kep, M.Kep

Hospitalization is a condition of child crisis during illness and hospitalization that can impact stress and anxiety in children with a prevalence of 61.8%. If the level of anxiety or stress is allowed, then it may cause developmental dysfunction, either from somatic, motor, or emotional. One example of the impact is aggression, so it takes therapy that can reduce the level of stress and anxiety so as not to cause aggression. Therapy that can be used is a smartphone-based play therapy. This study aims to explain the effect of smartphone-based game play therapy on decreasing aggression rates in pre-school children (ages 4-6 years) who underwent hospitalization. The research is quasi-experimental quasi-experimental research with pretest-posttest non equivalent control group design which is divided into control and intervention group. Sampling with purposive sampling as many as 44 children aged 4-6 years who underwent hospitalization in hospitals. Kepanjen Malang (n = 22). Based on univariate analysis, the control group showed that most children had moderate aggression during pretest (14 children) and post test (17 children). In the intervention group, most of the results showed the child had mild aggression during pretest (13 people) and post test (22 people). In the bivariate analysis, the results showed that the data were normally distributed with $p = 0.79$ (pretest) and $p = 0.87$ in the control group, $p = 0.98$ (pretest) and $p = 0.92$ (post test) in the group intervention and homogeneous variety with $p = 0.52$ (pretest) ($p > 0.05$). Furthermore, dependent test with paired t-test obtained control group did not differ significantly $p = 0,083$ ($p > 0,05$) and intervention significantly different with $p = 0,000$ ($p < 0,05$). In the independent t-test there was significant difference with $p = 0.000$ ($p < 0,05$). It can be concluded that game play therapy based on smatphone has an effect on decreasing aggression level in pre school children (age 4-6 years) who undergo hospitalization in RSUD. Kepanjen Malang Regency.

Keywords: Game play therapy, smartphone, agression, preschool children 4-6 years old

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah alaa kulli syaiin, syukur kepada Allah SWT atas segala nikmat, ridho dn rahmat-Nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan penyusunan tugas akhir dengan judul “Pengaruh Terapi Bermain Berbasis Smartphone Terhadap Penurunan Tingkat Agresi Pada Anak Pra Sekolah (usia 4-6 tahun) yang Menjalani Hospitalisasi di Rumah Sakit Kanjuruhan, Kapanjen Malang”.

Ketertarikan peneliti akan topik ini berdasarkan banyaknya prevalensi anak dengan tindakan agresi saat hospitalisasi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tentang pengaruh terapi bermain berbasis *smartphone* terhadap penurunan tingkat agresi pada anak pra sekolah (usia 4-6 tahun) di Rumah Sakit Kanjuruhan, Kapanjen Malang.

Peneliti menyadari dalam pelaksanaan penelitian ini memerlukan bantuan, bimbingan, serta kerjasama dengan berbagai pihak. Sehingga peneliti mengucapkan terimakasih dengan hormat kepada :

1. Dr. dr. Sri Andarini, M.Kes. selaku dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang.
2. Dr. Ahsan, S.Kp., M.Kes. selaku Ketua Jurusan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya
3. Ns. Septi Dewi Rachmawati, S.Kep., M.Ng selaku pembimbing satu yang telah banyak membantu peneliti selama proses pengerjaan tugas akhir ini.
4. Ns. Ikda Ulya, S.Kep., M.Kep selaku pembimbing dua yang dengan sabar membimbing dan memberi semangat sehingga peneliti dapat menyelesaikan tugas akhir ini.

5. Ibuku Hidayati, Bapakku Ali Erfan, serta dua adikku Berliana Nurlaili Putri dan Baswara Fadhil Rizqulloh, yang selalu mendoakan, mendukung, dan memberi semangat dengan caranya masing-masing.
6. Penghuni Omah Malang, Mas Alfien Tinantono, Mbak Iin Sumantika, dan Mbak Alfani Nurul Istiqlal yang sudah banyak mensupport peneliti.
7. Rumah Sakit Kanjuruhan Kepanjen Malang sebagai lokasi pengambilan data.
8. Rekan hebat calon perawat hebat Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang angkatan 2014 yang telah bersama-sama berjuang dari awal hingga akhir perkuliahan.
9. Ryka Widyaningtyas dan Velinda Claudia, sahabat rasa saudara kandung yang telah membantu peneliti baik dalam moril maupun materiil. Waktu, motivasi, dukungan, serta bantuan tanpa pamrih.
10. Semua rekan dalam Himkajaya Victory dan Korps Sukarela Universitas Brawijaya yang telah membentuk karakter peneliti menjadi lebih baik.
11. Semua pihak yang turut berperan dalam penyelesaian penelitian ini.

Peneliti menyadari bahwa tugas akhir ini masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun.

Semoga tugas ini nantinya dapat bermanfaat bagi masyarakat pada umumnya dan penyusun pada khususnya sebagaimana yang diharapkan Aamiin.

Malang, 21 Mei 2018

Peneliti

DAFTAR ISI

	Halaman
Judul	i
Halaman Persetujuan	ii
Kata Pengantar	iii
Abstrak.....	v
Daftar Isi	vii
Daftar Tabel	xii
Daftar Gambar	xiii
Daftar Lampiran	
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat Praktis	5
1.4.2 Manfaat Akademik	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Hospitalisasi	8
2.1.1 Definisi Hospitalisasi	8



2.1.2 Dampak Hospitalisasi	8
2.1.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Dampak Hospitalisasi pada Anak	11
2.1.4 Reaksi Hospitalisasi pada Anak Menurut Tahapan Usia	13
2.2 Konsep Anak Prasekolah.....	15
2.2.1 Definisi Anak prasekolah	15
2.2.2 Perkembangan Anak Prasekolah	16
2.2.2.1 Perkembangan Fisik.....	16
2.2.2.2 Perkembangan Psikososial	17
2.2.2.3 Perkembangan Emosional	17
2.2.2.4 Perkembangan Moral	18
2.3 Konsep Agresi	18
2.3.1 Definisi Agresi	18
2.3.2 Teori Perilaku Agresi	19
2.3.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Tindakan Agresi	20
2.3.4 Jenis-Jenis Perilaku Agresi.....	23
2.3.5 Alat Ukur Agresi	25
2.4 Konsep Terapi Bermain	29
2.4.1 Definisi Terapi Bermain	29
2.4.2 Manfaat Terapi Bermain	29
2.4.3 Prinsip Bermain di Rumah Sakit.....	30

2.5 Konsep <i>Game</i> Edukasi Dalam Smartphone.....	30
2.5.1 Definisi <i>Game</i> Edukasi Dalam Smartphone.....	30
2.5.2 Manfaat <i>Game</i> Edukasi Dalam Smartphone.....	31
2.5.3 Dampak Poitif <i>Game</i> Edukasi Dalam Smartphone Pada Anak.....	32
2.5.4 Dampak Negatif <i>Game</i> Edukasi Dalam Smartphone Pada Anak.....	33
2.6 Aplikasi <i>Smartphone</i> Pada Anak Usia Prasekolah.....	33
BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN	
3.1 Kerangka Konsep Penelitian	34
3.2 Hipotesis Penelitian	35
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Rancangan Penelitian	36
4.2 Populasi dan Sampel	37
4.2.1 Populasi	37
4.2.2 Sampel	37
4.2.2.1 Kriteria Inklusi	37
4.2.2.2 Kriteria Eksklusi	38
4.2.3 Prosedur dan Teknik Sampling	38
4.2.4 Jumlah Sampel	39
4.3 Variabel Penelitian	40



4.3.1 Variabel Dependen	40
4.3.2 Variabel Independen	40
4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	40
4.4.1 Lokasi Penelitian	40
4.4.2 Waktu Penelitian	41
4.5 Bahan dan Alat/Instrumen Penelitian	41
4.5.1 Alat Ukur Penelitian	41
4.6 Definisi Operasional	42
4.7 Prosedur Penelitian	45
4.8 Pelaksanaan Kegiatan	47
4.8.1 Persiapan.....	47
4.8.2 Pelaksanaan	47
4.8.3 Evaluasi	48
4.9 Alur Kerja	49
4.10 Validitas dan Reliabilitas	50
4.10.1 Validitas	50
4.10.2 Reliabilitas	50
4.11 Entry Data	52
4.12 Analisa Data.....	53
4.12.1 Analisa Univariat	53
4.12.2 Analisa Bivariat	53
4.13 Etika Penelitian	54



BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA

5.1	Data Umum Karakteristik Responden	56
5.1.1	Karakteristik Responden Berdasarkan Usia	56
5.1.2	Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.....	57
5.2	Analisa Univariat	58
5.2.1	Data Tingkat Agresi Pada Kelompok Kontrol	58
5.2.1.1	Data Pretest Tingkat Agresi Pada Kelompok Kontrol ..	58
5.2.1.2	Data Posttest Tingkat Agresi Pada Kelompok Kontrol ..	59
5.2.2	Data Tingkat Agresi Pada Kelompok Intervensi	59
5.2.2.1	Data Pretest Tingkat Agresi Pada Kelompok Intervensi	60
5.2.2.2	Data Posttest Tingkat Agresi Pada Kelompok Intervensi	60
5.3	Analisa Bivariat	61
5.3.1	Uji Normalitas	61
5.3.2	Uji Homogentias	61
5.3.3	Uji Dependent	62
5.3.4	Uji Independent	63

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1	Interpretasi Hasil Penelitian dan Diskusi	64
6.1.1	Tingkat Agresi Pada kelompok Kontrol	64
6.1.2	Tingkat Agresi pada Kelompok Intervensi	67
6.1.3	Perbandingan Tingkat Agresi Pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi	69
6.2	Implikasi Keperawatan	71
6.3	Keterbatasan Penelitian	72

BAB 7 PENUTUP

7.1	Kesimpulan	73
7.2	Saran	73



Daftar Pustaka	74
Lampiran	76



DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Kerangka Konsep 30

Gambar 4.9 Alur Kerja 47

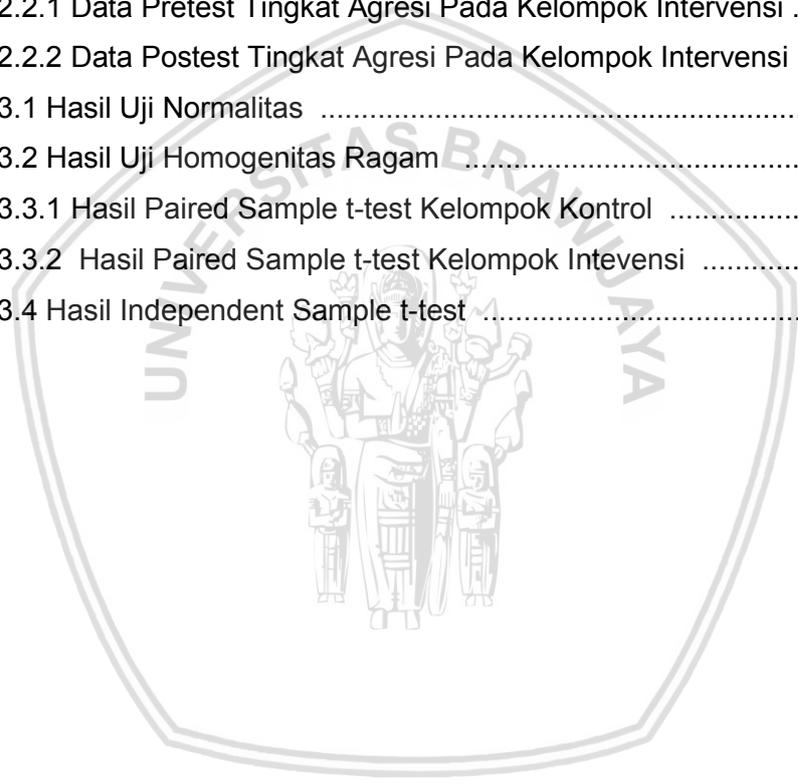
Gambar 5.1.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia Pada Kelompok
Kontrol dan Kelompok Intervensi 54

Gambar 5.1.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Pada
Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi 55



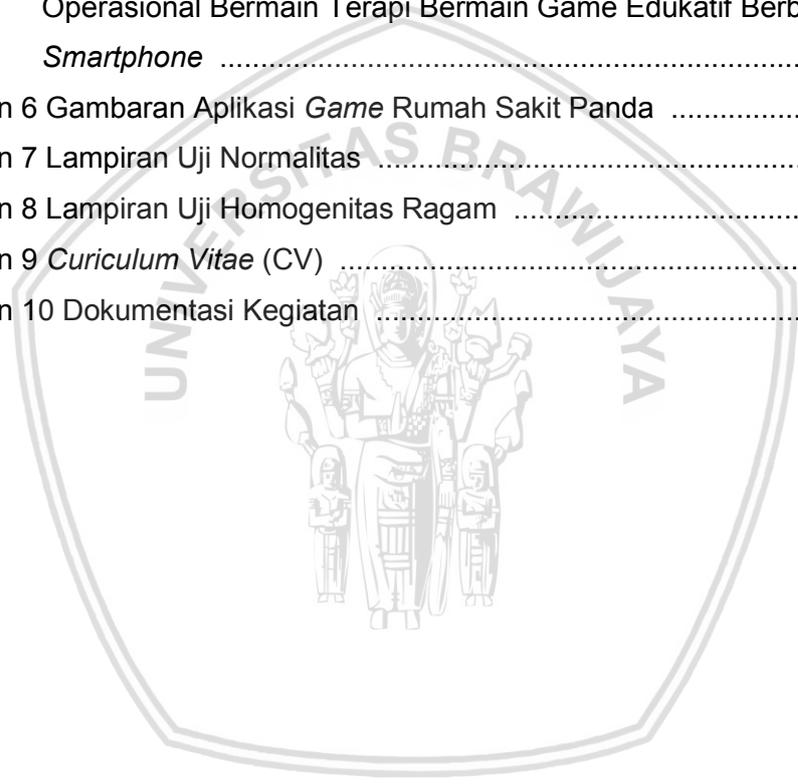
DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Rancangan Penelitian	36
Tabel 4.2 Definisi Operasional Variabel Penelitian	42
Tabel 5.2.1 Data Tingkat Agresi Pada Kelompok Kontrol	58
Tabel 5.2.1.1 Data Pretest Tingkat Agresi Pada Kelompok Kontrol	58
Tabel 5.2.1.2 Data Posttest Tingkat Agresi Pada Kelompok Kontrol	59
Tabel 5.2.2 Data Tingkat Agresi Pada Kelompok Intervensi	59
Tabel 5.2.2.1 Data Pretest Tingkat Agresi Pada Kelompok Intervensi	60
Tabel 5.2.2.2 Data Posttest Tingkat Agresi Pada Kelompok Intervensi	60
Tabel 5.3.1 Hasil Uji Normalitas	61
Tabel 5.3.2 Hasil Uji Homogenitas Ragam	61
Tabel 5.3.3.1 Hasil Paired Sample t-test Kelompok Kontrol	62
Tabel 5.3.3.2 Hasil Paired Sample t-test Kelompok Intevensi	63
Tabel 5.3.4 Hasil Independent Sample t-test	63



LAMPIRAN

Lampiran 1 Pernyataan Keaslian Tulisan	76
Lampiran 2 Penjelasan Untuk Mengikuti Penelitian	79
Lampiran 3 Pernyataan Persetujuan Untuk Berpartisipasi Dalam Penelitian	80
Lampiran 4 Kisi-Kisi Kuisisioner	85
Lampiran 5 Standar Operasional Bermain (SOB) Terapi Bermain Standar Operasional Bermain Terapi Bermain Game Edukatif Berbasis <i>Smartphone</i>	
Lampiran 6 Gambaran Aplikasi <i>Game</i> Rumah Sakit Panda	87
Lampiran 7 Lampiran Uji Normalitas	88
Lampiran 8 Lampiran Uji Homogenitas Ragam	90
Lampiran 9 <i>Curriculum Vitae</i> (CV)	91
Lampiran 10 Dokumentasi Kegiatan	92



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hospitalisasi adalah sebuah proses perawatan yang dialami individu karena penyakit yang diderita, sehingga dalam prosesnya individu tersebut dapat mengalami perubahan perilaku normal dan menjadi pengalaman yang kurang menyenangkan bagi setiap orang, salah satunya pada anak. Menurut RISKESDAS (2013), jumlah anak usia (prasekolah 3-5 tahun) yang mengalami hospitalisasi di Indonesia sebesar 35,9% dari total jumlah penduduk Indonesia. Berdasarkan data tersebut, sebanyak 2,8% anak (usia 0-4 tahun), dan 1,3% anak (usia 5-14 tahun) mengalami hospitalisasi. Hospitalisasi mengharuskan anak untuk beradaptasi terhadap lingkungan rumah sakit (Asmadi, 2008; Wong, 2009). Anak yang dirawat di rumah sakit akan mengalami hal-hal baru yang harus dihadapinya, seperti mengatasi suatu perpisahan, penyesuaian dengan lingkungan yang tidak familiar, penyesuaian dengan banyak orang yang mengurusinya, dan kerap kali harus berhubungan dan bergaul dengan anak-anak yang sakit (Supartini, 2004). Akibatnya, anak akan mengalami stress. Respon yang diakibatkan stress, salah satunya adalah dengan agresi (Hidayat, 2006).

Agresi merupakan sebuah sikap individu yang ditujukan untuk melukai atau mencelakakan individu lain yang tidak menginginkan tingkah laku dari individu tersebut (Robert, 2003). Perilaku agresif biasanya ditunjukkan untuk menyerang, menyakiti atau melawan orang lain, baik secara fisik maupun verbal yang dapat berupa pukulan, tendangan, dan perilaku fisik lainnya (Moeller, 2001). Menurut penelitian yang pernah dilakukan di Instalasi Rawat Inap Badan

RSUD dr. M. Ashari Kabupaten Pemalang dengan jumlah responden 68 orang didapatkan hasil 43 orang (61,8%) menyatakan anak yang hospitalisasi mengalami agresi saat di rumah sakit sedangkan 26 orang (32,8%) menyatakan tidak mengalami agresi akibat perawatan yang dialaminya. Dari kejadian agresi terbanyak pada anak, sebagian besar terjadi pada anak usia prasekolah, yaitu 4-6 tahun sebanyak 10 anak (RS. EBSD, 2013).

Menurut Hurlock (2001), mengatakan bahwa usia prasekolah adalah usia 4-6 tahun dan merupakan kurun yang disebut sebagai masa keemasan (*the golden age*). Di usia ini anak mengalami banyak perubahan, baik fisik dan mental dengan karakteristik perkembangan konsep diri, egosentris, rasa ingin tahu, imajinasi, belajar menimbang rasa, muncul kontrol internal (tubuh), belajar dari lingkungan, cara berfikir yang berkembang, kemampuan berbahasa berkembang, dan munculnya perilaku (Wong, 2008). Sehingga, dibutuhkan teknik perawatan yang dapat mengurangi tingkat agresi pada anak yang mengalami hospitalisasi, salah satunya melalui terapi perawatan. Terapi yang dibutuhkan oleh anak yang mengalami hospitalisasi adalah terapi yang dapat membuat anak merasa nyaman dengan lingkungan rumah sakit, prosedur medis yang diberikan, sehingga dapat mengurangi sikap agresi kepada orang lain.

Perawat dapat menerapkan beberapa terapi untuk menurunkan tingkat agresi pada anak selama hospitalisasi. Beberapa pendekatan non farmakologis yang dapat diterapkan adalah terapi bermain. Menurut Ron (1993), bermain dapat digunakan sebagai cara untuk mengurangi agresi selama hospitalisasi. Penelitian yang pernah dilakukan oleh Inten (2017) tentang *pet therapy* dengan jumlah sampel 10 anak menunjukkan hasil bahwa pemberian intervensi terapi hewan dapat memberikan perubahan yang signifikan terhadap tingkat agresi

pada anak usia prasekolah (4-6 tahun) yang menjalani hospitalisasi. Tingkat agresi dapat diturunkan dengan berbagai pendekatan non farmakologis, yaitu menggambar, mewarnai, bercerita dengan boneka, terapi bermain yang sedang digemari oleh anak adalah dengan menggunakan *smartphone*. Bermain dengan menggunakan *smartphone* yang disukai oleh anak akan menginisiasi pelepasan dua substansi kimia yaitu, neurotransmitter serotonin dan hormon endorfin. Kedua substansi kimia ini akan merangsang sistem saraf parasimpatis, sehingga terjadilah perubahan pada sistem kardiovaskular berupa penurunan total resistensi perifer dan *cardiac output*. Hasil dari *cardiac output* yang menurun adalah penurunan dari tekanan darah, sehingga akan menurunkan sikap agresi dari anak yang sedang menjalani hospitalisasi.

Smartphone atau yang biasa disebut *gadget* adalah sebuah istilah dalam bahasa Inggris yang mengartikan sebuah alat elektronik kecil yang berkembang pesat dengan berbagai macam fungsi khusus (Osland, 2013). Pengenalan *smartphone* pada anak usia pra sekolah tidak lepas dari kesalahan orang dewasa atau orang tua yang memperlihatkan video atau *game* agar anak tidak rewel atau berhenti menangis. Berawal dari pengenalan tersebut, maka akan membuat anak memiliki rasa ingin tahu terhadap *smartphone* (Rahma, 2014).

Berdasarkan penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya, diketahui bahwa telah terjadi peningkatan penggunaan *smartphone* pada anak yaitu 38% pada tahun 2011 dan meningkat menjadi 72% pada tahun 2013 (Zero, 2013). Perkembangan teknologi yang sangat pesat menjadi salah satu faktor yang mendasari meningkatnya presentase anak pra sekolah yang menggunakan *smartphone*. Seiring dengan kemajuan teknologi, *smartphone* kini tampil dengan sistem *touch screen* yang memudahkan semua orang menggunakannya,

termasuk anak pra sekolah yang belum dapat membaca dan menulis sekalipun (Iswidharmanjaya, 2014). Keuntungan menggunakan *smartphone* pada anak adalah *smartphone* merupakan media pembelajaran yang menarik, dapat mempelajari bahasa inggris dengan mudah, serta meningkatkan logika melalui *game* interaktif yang edukatif. Hal ini dapat terjadi bila pengawasan, penegasan, serta pendekatan orangtua dilakukan dengan cara yang tepat (Iswidharwanjaya, 2014).

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka peneliti ingin meneliti lebih lanjut mengenai pengaruh terapi bermain berbasis *smartphone* terhadap penurunan tingkat agresi pada anak pra sekolah (usia 4-6 tahun) di Rumah Sakit Umum Daerah Kanjuruhan Kabupaten Malang.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah terapi Bermain Game Edukatif Berbasis Smartphone berpengaruh Terhadap Penurunan Tingkat Agresi Pada Anak Pra Sekolah (usia 4-6 tahun) yang Menjalani Hospitalisasi di Rumah Sakit Umum Daerah Kanjuruhan Kabupaten Malang.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menjelaskan pengaruh terapi Bermain Berbasis Smartphone Terhadap Penurunan Tingkat Agresi Pada Anak Pra Sekolah (usia 4-6 tahun) yang Menjalani Hospitalisasi di Rumah Sakit Umum Daerah Kepanjen Kabupaten Malang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis perbedaan tingkat agresi sebelum dan sesudah pada kelompok kontrol
2. Menganalisis perbedaan tingkat agresi sebelum dan sesudah pada kelompok perlakuan
3. Menganalisis pengaruh terapi bermain berbasis smartphone terhadap penurunan tingkat agresi pada anak pra sekolah (usia 4-6 tahun) yang menjalani hospitalisasi.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Praktisi

1. Institusi Rumah Sakit
Hasil penelitian ini diharapkan dapat diaplikasikan dalam pelayanan keperawatan anak sakit, sehingga mampu meningkatkan mutu pelayanan khususnya bagi pasien anak
2. Pengguna Layanan Kesehatan
Menambah kepuasan pelayanan keperawatan bagi pasien dan keluarga.

1.4.2 Manfaat Akademisi

1. Bagi Peneliti
Menambah wawasan bagi peneliti tentang pengaruh terapi bermain berbasis smartphone terhadap penurunan tingkat agresi pada anak pra sekolah (usia 4-6 tahun) yang menjalani hospitalisasi.

2. Bagi Penelitian Selanjutnya
 - a. Sebagai bahan pertimbangan dan perbaikan untuk metodologi penelitian yang selanjutnya
 - b. Sebagai gambaran informasi bagi peneliti berikutnya



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP HOSPITALISASI

2.1.1 DEFINISI HOSPITALISASI

Hospitalisasi merupakan suatu proses karena suatu alasan yang berencana atau darurat, mengharuskan klien untuk tinggal di rumah sakit, menjalani terapi dan perawatan hingga dapat pulang ke rumah. Selama proses hospitalisasi, setiap pasien dapat mengalami berbagai pengalaman yang sangat traumatic dan penuh dengan stress (Supartini, 2004). Menurut WHO, hospitalisasi merupakan pengalaman yang dapat memberikan ancaman ketika anak menjalani hospitalisasi karena stressor yang dihadapi dapat menimbulkan perasaan tidak aman (Utami, 2014).

Hospitalisasi adalah suatu peristiwa yang tidak menyenangkan akibat dirawat di rumah sakit untuk menerima perawatan secara khusus akibat dari masalah kesehatan yang dihadapi. Hospitalisasi dapat terjadi akibat dari tindakan atau trauma selama dilakukan perawatan di rumah sakit, yang menimbulkan stressor tersendiri baik bagi pasien dan keluarga (Ball & Bindler, 2003). Perasaan tersebut dapat timbul karena menghadapi sesuatu yang baru dan belum pernah dialami sebelumnya, rasa tidak aman dan tidak nyaman, perasaan kehilangan sesuatu yang biasa dialaminya dan sesuatu yang dirasakan menyakitkan. Tidak hanya anak, orang tua juga mengalami hal yang sama. Berbagai perasaan yang sering muncul pada anak, yaitu : cemas, marah, sedih, takut, dan rasa bersalah (Wong, 2000, dalam Supartini, 2004).

2.1.2 DAMPAK HOSPITALISASI

Menurut Asmadi (2008) secara umum hospitaisasi menimbulkan dampak pada lima aspek, yaitu privasi, gaya hidup, otonomi diri, peran, dan ekonomi.

a. Privasi

Privasi dapat diartikan sebagai refleksi perasaan nyaman pada diri seseorang dan bersifat pribadi. Bisa dikatakan,privasi adalah suatu hal yang sifatnya pribadi. Sewaktu dirawat di rumah sakit klien kehilangan sebagian privasinya.

b. Gaya Hidup

Klien yang dirawat di rumah sakit seringkali mengalami perubahan pola gaya hidup. Hal ini disebabkan oleh perubahan situasi antara rumah sakit dan rumah tempat tinggal klien. Juga oleh perubahan kondisi kesehatan klien. Aktifitas hidup yang klien jalani sewaktu sehat tentu berbeda aktifitas yang dijalannya di rumah sakit. Apalagi jika yang dirawat adalah seorang pejabat.

c. Otonomi

Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya,individu yang sakit dan dirawat di rumah sakit berada dalam posisi ketergantungan. Artinya ia akan “pasrah” terhadap tindakan apa pun,yang dilakukan oleh petugas kesehatan demi mencapai keadaan sehat. Ini menunjukkan bahwa klien yang dirawat di rumah sakit,akan mengalami perubahan otonomi.

d. Peran

Peran dapat diartikan sebagai seperangkat perilaku yang diharapkan oleh individu sesuai dengan status sosialnya. Jika ia

seorang perawat, peran yang diharapkan adalah peran sebagai perawat, bukan sebagai dokter. Perubahan terjadi akibat hospitalisasi ini tidak hanya berpengaruh pada individu, tetapi juga pada keluarga. Perubahan yang terjadi antara lain :

1) Perubahan peran

Jika salah seorang anggota keluarga sakit, akan terjadi perubahan peran dalam keluarga.

2) Masalah keuangan

Keuangan keluarga akan terpengaruh oleh hospitalisasi, keuangan yang sedianya ditujukan untuk memenuhi kebutuhan hidup keluarga akhirnya digunakan untuk keperluan klien yang dirawat.

3) Kesepian

Suasana rumah akan berubah jika ada salah seorang anggota keluarga dirawat. Keseharian keluarga yang biasanya dihiasi dengan keceriaan, kegembiraan, dan senda gurau, anggotanya tiba-tiba diliputi oleh kesedihan.

4) Perubahan kebiasaan sosial

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat. Karenanya, keluarga pun mempunyai kebiasaan dalam lingkup sosialnya. Sewaktu sehat, keluarga mampu berperan serta dalam kegiatan sosial. Akan tetapi, saat salah seorang anggota keluarga sakit, keterlibatan keluarga dalam aktivitas sosial dimasyarakat pun mengalami perubahan.

Hospitalisasi yang dialami oleh anak akan memberikan dampak tersendiri baik bagi anak maupun bagi orang tua atau keluarganya. Dampak yang timbul akibat hospitalisasi anak adalah :

a. Dampak Hospitalisasi bagi Anak

Perubahan perilaku merupakan salah satu dampak hospitalisasi pada anak. Anak bereaksi terhadap stres pada saat sebelum, selama dan setelah proses hospitalisasi. Perubahan perilaku yang dapat diamati pada anak setelah pulang dari rumah sakit adalah merasa kesepian, tidak mau lepas dari orangtua, menuntut perhatian dari orang tua dan takut perpisahan (Supartini, 2004). Dampak negatif hospitalisasi juga berhubungan dengan lamanya rawat inap, tindakan invasif yang dilakukan serta kecemasan orang tua. Respon yang biasa muncul pada anak akibat hospitalisasi antara lain regresi, cemas karena perpisahan, apatis, takut, dan gangguan tidur terutama terjadi pada anak yang berusia kurang dari 7 tahun (Wong *et al*, 2009).

Akibat hospitalisasi yang dialami akan menjadikan anak merasa takut dengan keadaannya. Ketakutan-ketakutan yang ditimbulkan dapat menjadikan anak mengalami mimpi buruk, menolak untuk tidur (sering terjaga), hiperaktif, tempertantrum, terlalu lekat dengan boneka atau selimut, dan reaksi regresi. Sedangkan pada anak yang usianya lebih tua, anak akan mengalami perubahan emosional, seperti anak menjadi tergantung pada orang lain, marah kepada orang sekitar, dan timbulnya rasa kecemburuan (Hockenbery & Wilson, 2007).

b. Dampak Hospitalisasi bagi Keluarga (Orang Tua)

Perawatan anak di rumah sakit tidak hanya menimbulkan masalah bagianak, namun juga bagi orang tua. Berbagai macam perasaan muncul

pada orang tua yaitu takut, rasa bersalah, stres dan cemas akibat anaknya yang dirawat di rumah sakit. Perasaan orang tua tidak boleh diabaikan karena apabila orang tua stres, hal ini akan membuat orang tua tidak dapat merawat anaknya dengan baik dan akan menyebabkan anak menjadi semakin stres (Supartini, 2004).

Perasaan takut, cemas dan frustrasi merupakan perasaan yang banyak diungkapkan oleh orang tua. Takut dan cemas dapat berkaitan dengan keseriusan penyakit dan prosedur medis yang dilakukan. Sering kali kecemasan yang paling besar berkaitan dengan trauma dan nyeri yang terjadi pada anak. Perasaan frustrasi sering berhubungan dengan prosedur dan pengobatan, ketidaktahuan tentang peraturan rumah sakit, rasa tidak diterima oleh petugas, prognosis yang tidak jelas, atau takut mengajukan pertanyaan tentang kondisi anak selama dirawat di rumah sakit (Wong et al, 2009).

2.1.3 FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI DAMPAK HOSPITALISASI PADA ANAK

Hospitalisasi yang dialami oleh seseorang dapat menimbulkan stres atau krisis tersendiri baik pada pasien atau keluarga. Menurut Wong (2002) dalam Aizah & Wati (2014) ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi stres anak ketika menjalani hospitalisasi, yaitu:

1. Cemas Karena Perpisahan

Respon perilaku anak akibat perpisahan ketika menjalani hospitalisasi dibagi dalam 3 tahapan, yaitu:

a) Tahap Protes (*phase of protest*)

Tahap ini ditandai dengan anak akan menangis kuat, menjerit, dan memanggil ibunya atau menggunakan tingkah laku agresif, seperti menendang, menggigit, memukul, mencubit, mencoba untuk membuat orang tuanya tetap tinggal, dan menolak perhatian oranglain.

b) Tahap Putus Asa (*phase of despair*)

Tahap ini anak tampak tegang, tangisnya mulai berkurang, tidak aktif, kurang berminat untuk bermain atau aktivitas, nafsu makan menurun, menarik diri, tidak mau berkomunikasi dengan orang lain, sedih, apatis, dan munculnya reaksi regresi seperti mengompol, menghisap jari dan lainnya.

c) Tahap Keintiman Kembali (*phase of detachment*)

Tahap ini secara samar-samar anak mulai dapat menerima adanya perpisahan, mulai tertarik dengan apa yang ada di sekitarnya, mulai membina hubungan dengan orang lain, dan anak mulai merasa gembira.

2. Kehilangan Kendali

Kehilangan kendali yang dirasakan anak saat dirawat di rumah sakit merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya stres anak. Kurangnya kendali akan meningkatkan persepsi ancaman yang dirasakan dan dapat mempengaruhi mekanisme coping anak (Hockenbery & Wilson, 2007). Kontrol diri pada anak bersifat menetap karena anak berada diluar lingkungan normalnya. Kehilangan kontrol dapat menyebabkan perasaan tidak berdaya sehingga dapat memperdalam kecemasan dan ketakutan pada anak terutama saat berada di Rumah Sakit (Ramdaniati, 2011).

3. Cidera Tubuh dan Rasa Nyeri

Nyeri dan ketidaknyamanan secara fisik yang dialami anak saat hospitalisasi merupakan salah satu kondisi yang mungkin akan dihadapi selain perpisahan dengan rutinitas dan orang tua, lingkungan yang asing, serta kehilangan kontrol (Pilliteri, 2010). Konsep nyeri dan penyakit yang dimiliki oleh seorang anak akan berbeda, hal itu tergantung dari tingkat perkembangan anak dan respons nyeri. Perkembangan kognitif anak menentukan pola pikir dan konsep terhadap sakit dan rasa nyeri (Wong et al, 2009). Anak usia prasekolah berada pada fase praoperasional dalam kemampuan kognitifnya, sehingga anak akan mengalami kesulitan dalam membedakan antara diri sendiri dan dunia luar.

2.1.4 REAKSI HOSPITALISASI PADA ANAK MENURUT TAHAPAN USIA

Selama hospitalisasi anak akan menunjukkan berbagai perilaku sebagai reaksi terhadap hospitalisasi yang dialami. Reaksi yang ada bersifat individual dan sangat bergantung pada tahapan usia perkembangan anak. Berikut ini reaksi anak terhadap hospitalisasi yang dialaminya sesuai dengan tahap usianya, yaitu:

1. Masa Bayi (0-1 tahun)

Akibat menjalani hospitalisasi menjadikan anak mengalami perpisahan dengan orang tuanya sehingga akan terjadi gangguan pembentukan rasa percaya dan kasih sayang. Anak usia lebih dari 6 bulan yang sudah mulai mengenal orang tuanya akan mengalami *stranger anxiety* (cemas pada orang yang tidak dikenal). Reaksi yang sering muncul pada anak adalah menangis, marah, dan pergerakan yang berlebihan. Namun, untuk bayi usia

dibawah 6 bulan masih sulit untuk memahami reaksi bayi ketika dirawat, karena bayi belum dapat mengungkapkan apa yang dirasakannya.

2. Masa Toddler (1-3 tahun)

Anak toddler belum mampu berkomunikasi dengan baik dan pengertian terhadap realita masih terbatas. Hubungan anak dengan orang tua (ibu) sangat dekat sehingga ketika anak menjalani hospitalisasi dapat menyebabkan timbulnya rasa kehilangan dengan orang terdekat dan lingkungan yang dikenal sebelumnya. Anak akan mengalami *analitic depression*, yaitu kecemasan akibat perpisahan. Reaksi yang ditunjukkan oleh anak adalah menangis dengan keras, menjerit, menggunakan perilaku agresi, tidak mau ditinggal orang tuanya, menarik diri, tidak nafsu makan, dan lainnya. Akibat hospitalisasi anak akan kehilangan kebebasannya dan pandangan egosentrisnya dalam mengembangkan otonominya, sehingga akan menimbulkan reaksi regresi.

3. Masa Prasekolah (3-6 tahun)

Akibat hospitalisasi, anak akan merasa kehilangan kontrol diri karena adanya pembatasan aktivitas dan kehilangan kekuatan diri. Anak pra sekolah membayangkan bahwa dirawat di rumah sakit adalah suatu hukuman, dipisahkan, merasa tidak aman, dan kemandiriannya dihambat. Anak akan berespon dengan menolak makan, malu, apatis, takut, dan lainnya. Anak menganggap bahwa prosedur yang dilakukan selama di rumah sakit dapat mengancam integritas tubuhnya. Anak akan menunjukkan reaksi agresi, menangis, ekspresif verbal, dan dependensi. Akibat dari hospitalisasi yang dialaminya, ada beberapa anak yang akan menolak masuk rumah sakit dan secara terbuka menangis tidak mau dirawat.

Ekspresiverbal yang ditampilkan seperti mengucapkan kata-katamarah, tidak mau bekerja sama dengan perawat, dan ketergantungan pada orang tua.

4. Masa Sekolah (6-12 tahun)

Anak usia prasekolah yang menjalani hospitalisasi akan merasa khawatir akan perpisahan dengan sekolah dan teman sebaya, takut kehilangan keterampilan, merasa kesepian dan sendiri. Anak pada usia ini sudah mampu mengungkapkan perasaannya, berusaha independen dan produktif. Akibat hospitalisasi menyebabkan anak merasa kehilangan kontrol dan kekuatan, selain itu juga menimbulkan rasa takut pada anak.

5. Masa Remaja (12-18 tahun)

Kecemasan yang timbul pada usia remaja karena hospitalisasi adalah akibat perpisahan dengan teman sebayanya dan kelompok. Ketakutan yang dirasakan anak adalah takut kehilangan status dan hubungan dengan teman sekelompoknya, selain itu adalah kecemasan akibat sakit yang dirasakan. Hospitalisasi merupakan ancaman terhadap identitas diri, perkembangan dan kemampuan anak. Reaksi yang timbul bila anak remaja dirawat, ia akan merasa kebebasannya terancam sehingga anak tidak kooperatif, menarik diri, marah atau frustrasi.

(Dachi, 2006; Supartini, 2004; dan Wong, 2003)

2.2 KONSEP ANAK PRA SEKOLAH

a. DEFINISI ANAK PRA SEKOLAH

Menurut Wong (2000), mengemukakan anak secara umum terdiri dari tahapan prenatal (usia 0-28 hari), periode bayi (28 hari-12 bulan), masa anak-anak awal (usia 1-3 tahun disebut toddler dan usia 3-6 tahun disebut prasekolah), masa kanak-kanak pertengahan (6-12 tahun), dan masa kanak-kanak akhir (12-18

tahun). Setiap individu berbeda dalam proses pertumbuhan dan perkembangannya karena pertumbuhan dan perkembangan anak dipengaruhi oleh beberapa faktor baik secara herediter, lingkungan dan internal.

Periode masa kanak-kanak awal terdiri atas dua periode yaitu periode anak usia 1-3 tahun yang disebut dengan toddler dan anak pada usia 3-6 tahun yang disebut dengan periode prasekolah. Anak usia prasekolah sudah mulai memiliki kemampuan interaksi sosial yang lebih luas dan mempersiapkan diri untuk memasuki dunia sekolah, dan perkembangan konsep diri telah dimulai pada periode anak usia prasekolah (Supartini, 2004). Menurut Hockbenberry & Wilson (2011) karakteristik anak pra sekolah menjelaskan alasan sakit atau hospitalisasi adalah hukuman bagi kesalahan baik yang nyata atau khayalan. Selain itu anak usia prasekolah juga memiliki pemikiran magis dan egosentris yang membatasi kemampuan mereka untuk memahami berbagai peristiwa dari sudut pandang mereka sendiri (egosentris) dan memandang peristiwa secara berlebihan, aneh dan menakutkan dari pada kejadian sebenarnya.

b. PERKEMBANGAN ANAK PRA SEKOLAH

1. PERKEMBANGAN FISIK

Perkembangan fisik atau biologis anak usia prasekolah lebih lambat dan relatif menetap. Pertumbuhan tinggi dan berat badan melambat tetapi pasti dibanding dengan masa sebelumnya. Sistem tubuh harusnya sudah matang dan sudah terlatih dengan *toiletting*. Keterampilan motorik, seperti berjalan, berlari, melompat menjadi lebih luwes, tetapi otot dan tulang belum begitu sempurna (Supartini, 2004).

2. PERKEMBANGAN PSIKOSOSIAL

Pertumbuhan dan perkembangan psikososial pada anak usia prasekolah yaitu inisiatif versus rasa bersalah, yaitu anak mengembangkan keinginan dengan cara eksplorasi terhadap apa yang ada disekitarnya. Hasil akhir yang diperoleh adalah kemampuan untuk menghasilkan sesuatu sebagai prestasinya. Perasaan bersalah akan muncul pada anak apabila anak tidak mampu berprestasi sehingga merasa tidak puas atas perkembangan yang tidak tercapai (Supartini, 2004). Pada usia prasekolah anak mengembangkan perasaan bersalah ketika orang tua membuat anak merasa bahwa imajinasi dan aktifitasnya tidak dapat diterima. Kecemasan dan ketakutan terjadi ketika pemikiran dan aktifitas anak tidak sesuai dengan harapan orang tua (Muscari, 2005).

3. PERKEMBANGAN EMOSIONAL

Pada usia prasekolah anak mulai menyadari posisi dirinya. Kesadaran ini diperoleh dari pengalaman bahwa tidak semua keinginannya dapat dipenuhi orang lain. Bersama dengan itu berkembang pula perasaan harga diri. Jika lingkungannya tidak mengakui tidak mengakui harga dirinya seperti memperlakukan anak dengan keras, atau kurang menyayangnya maka dalam diri anak akan berkembang sikap-sikap keras kepala, menentang, atau menyerah dengan terpaksa. Beberapa emosi umum yang berkembang pada masa anak yaitu :

1. Takut (perasaan terancam)
2. Cemas (takut karena khayalan), marah (perasaan kecewa)
3. Cemburu (merasa tersisihkan)
4. Kegembiraan (kebutuhan terpenuhi)
5. Kasih sayang (menyenangi lingkungan)

6. Phobi (takut yang bersifat abnormal), ingin tahu (ingin mengenal)

4. PERKEMBANGAN MORAL

Anak-anak dibawah usia 6 tahun memperlihatkan kurangnya kesadaran akan suatu aturan. Anak usia prasekolah berada pada tahap prakonvensional dalam perkembangan moral. Pada tahap ini, perasaan bersalah muncul, dan apa adanya pengendalian eksternal. Standar moral anak adalah apa yang ada pada orang lain, dan anak mengamati mereka untuk menghindari hukuman atau mendapatkan penghargaan (muscari, 2005 dalam Arifin, 2015).

2.3 KONSEP AGRESI

2.3.1 DEFINISI AGRESI

Agresi merupakan suatu bentuk perilaku yang dimaksudkan untuk menyebabkan penderitaan atau menyakiti orang lain. Agresi adalah suatu respon terhadap kemarahan, kekecewaan, perasaan dendam atau ancaman yang memancing amarah yang dapat membangkitkan suatu perilaku kekerasan. Agresi merupakan suatu cara untuk melawan atau menolak yang berupa tindakan menyerang, merusak, hingga menyakiti. Tindakan agresi merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai atau menyakiti seseorang secara fisik maupun psikologis (Stuart&Sundeen, 1995, dalam Muhith, 2015). Perilaku agresi adalah suatu bentuk sikap membela diri dengan cara melanggar hak orang lain. Perilaku agresi sering bersifat menghukum, kasar, menyalahkan, atau menuntut. Hal ini

termasuk mengancam, melakukan kontak fisik, berkata-kata kasar, komentar menyakitkan dan juga menjelek-jelekan orang lain. Agresi merupakan perilaku yang menyertai marah namun masih dapat dikontrol oleh individu (Muhith, 2015).

Anak usia 2-5 tahun dapat menunjukkan tindakan agresi seperti menunjukkan watak pemarah dan teriakan yang menyakitkan orang lain atau merusak mainan dan peralatan yang ada disekitarnya. Agresi verbal meningkat pada usia antara 2-4 tahun, dan setelah usia 3 tahun, dendam dan balas dendam menjadi lebih menyolok sebagai penentu agresi (Behrman, 1999). Pada usia prasekolah agresi cenderung dilakukan secara fisik, seperti memukul, menggigit, mencubit, menendang. Pada usia prasekolah tindakan ini sering dilakukan tanpa disengaja, karena anak usia prasekolah secara alami bersifat egosentris, jadi sulit untuk memberikan pengertian kepada mereka untuk menghargai perasaan dan kebutuhan orang lain (Borba, 2010).

2.3.2 TEORI PERILAKU AGRESI

Teori perilaku agresi menurut Keliat (1996) meliputi :

1. *Instinct theory*

Teori ini menyatakan bahwa perilaku agresi merupakan insting naluriah setiap manusia. Menurut teori ini, setiap manusia memiliki insting kematian yang diekspresikan lewat sikap agresivitas pada diri sendiri maupun orang lain (Muhith, 2015).

2. *Drive theory*

Menurut teori ini dorongan sikap agresivitas pada manusia dipicu oleh faktor pencetus eksternal untuk bertahan dalam mempertahankan eksistensi ataupun harga diri (Muhith, 2015).

3. *Social Learning theory*

Teori ini menyatakan bahwa perilaku agresi merupakan hasil pembelajaran seseorang sejak masa kanak-kanak yang kemudian menjadi pola perilaku. Dalam perkembangan konsep teori ini mengasumsikan juga bahwa pola respon agresi seseorang memerlukan stimulus berupa kondisi sosial lingkungan (faktor psikososial) untuk memunculkan agresi (Muhith, 2015).

2.3.3 FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TINDAKAN AGRESI

Penyebab perilaku agresi dapat digolongkan dalam beberapa faktor berikut ini :

1. Faktor Psikologis

Agresi berasal dari naluri alamiah manusia, agresi dapat menyebabkan bahaya fisik buat orang lain yang diakibatkan oleh naluri berkelahi yang dimiliki manusia. Agresi juga merupakan respon yang ditunjukkan berdasarkan pengalaman-pengalaman di masa lampau. Dalam proses pembelajaran perilaku agresi terlibat pula berbagai kondisi sosial atau lingkungan yang mendorong perwujudan perilaku agresi

(Anantasari, 2006)

2. Faktor Lingkungan

Terlalu banyak rangsangan indra dan kognitif membuat dunia menjadi sangat impersonal. Seseorang cenderung menjadi tidak mempunyai identitas diri akan cenderung berperilaku semaunya sendiri. Lingkungan yang tidak menyenangkan akibat suasana baru, lingkungan baru, dan adanya kehadiran orang lain akan diekspresikan anak dengan bersembunyi, menghindari orang lain. Selain itu, lingkungan baru juga menyebabkan anak menjadi takut dan anak akan menunjukkan ekspresi menjerit, melarikan diri, menghindar (Anantasari, 2006).

3. Faktor Situasional

Rasa sakit atau rasa nyeri yang dialami manusia dapat mendorong seseorang untuk menunjukkan perilaku agresi (Anantasari, 2006)

4. Faktor Biologis

Terdapat tiga faktor biologis yang mempengaruhi perilaku agresi menurut Anantasari (2006), yaitu :

- a. Gen berpengaruh pada pembentukan sistem neural otak yang mengatur perilaku agresi.
- b. Sistem otak yang tidak terlibat dalam agresi nyata dapat memperkuat atau menghambat sirkuit neural yang mengendalikan agresi, orang yang sering mengalami kesenangan dan kegembiraan akan lebih

sedikit memperlihatkan tindakan agresi.

- c. Kimia darah(khususnya hormon seks yang sebagian ditentukan faktor keturunan) juga dapat mempengaruhi perilaku agresi

5. Jenis Kelamin

Seseorang dengan kromosom XXY cenderung memiliki perilaku agresif. Selain itu, perilaku agresi pada laki-laki cenderung lebih tinggi dibandingkan perempuan karena adanya pengaruh hormon seks testosteron yang lebih tinggi pada laki-laki. Perilaku agresif pada anak laki-laki relatif tetap sejak masa prasekolah sampai masa remaja, anak laki-laki dengan tingkat perilaku agresif yang tinggi sejak usia 3-6 tahun cenderung meneruskan perilaku ini sampai remaja (Anantasari, 2006)

6. Usia

Menurut teori belajar sosial menyatakan bahwa agresi itu diperkuat selama masa anak-anak dan masa remaja. Anak usia 2-5 tahun dapat menunjukkan kisaran ledakan agresif dari watak pemarah dan teriakan yang menyakitkan orang lain atau merusak peralatan disekitarnya. Pada masa prasekolah, agresi lebih mungkin dilakukan pada saudara atau teman sebaya. Agresi verbal meningkat pada usia antara 2 dan 4 tahun (Behrman, 1999).

2.3.4 JENIS-JENIS PERILAKU AGRESI

Menurut Buss dan Perry (dalam Mu'arifah, 2005) membagi agresi menjadi

4 bagian yaitu :

1. *Physical Aggression* (Agresi Fisik)

Agresi fisik merupakan tindakan agresi yang bertujuan untuk menyakiti, mengganggu, atau membahayakan orang lain melalui respon motorik dalam bentuk fisik seperti memukul, menendang, dan bentuk tindakan fisik lain.

2. *Verbal Aggression* (Agresi Verbal)

Verbal Aggression yaitu tindakan agresi yang bertujuan untuk menyakiti, mengganggu, atau membahayakan orang lain dalam bentuk penolakan dan ancaman melalui respon vokal dalam bentuk verbal.

3. *Anger* (Kemarahan)

Anger merupakan emosi negatif yang disebabkan oleh harapan yang tidak terpenuhi dan bentuk ekspresinya dapat menyakiti orang lain serta dirinya sendiri. Beberapa bentuk *anger* adalah perasaan marah, kesal, dan sebal.

4. *Hostility* (Permusuhan)

Hostility yaitu tindakan mengekspresikan kebencian, permusuhan, antagonisme, ataupun kemarahan yang sangat kepada pihak lain. *Hostility* adalah suatu bentuk agresi yang tergolong agresi *covert* (tidak kelihatan).

Menurut Atkinson (dalam Kulsum, 2014) ada beberapa jenis perilaku agresi yaitu:

1. Agresi Instrumental

Agresi yang ditujukan untuk membuat penderitaan kepada korbannya dengan menggunakan alat-alat baik benda ataupun orang atau ide yang dapat menjadi alat untuk mewujudkan rasa agresinya. Menggunakan alat untuk melukai orang sekitar. Agresi jenis ini dilakukan untuk mencapai tujuan tertentu seperti mendapatkan kembali objek, hak atau kekuasaan.

2. Agresi verbal

Agresi yang dilakukan terhadap sumber agresi secara verbal baik secara aktif maupun pasif. Agresi verbal aktif ini dapat berupa kata-kata kotor atau kata-kata yang dianggap mampu menyakiti atau menyakitkan, melukai, menyinggung perasaan atau membuat orang lain menderita, seperti menangis, menjerit, berteriak dan mengumpat (mengucapkan kata-kata kotor, memburuk-burukkan seseorang, dan mengutuk karena mendapatkan tindakan yang tidak menyenangkan). Agresi jenis ini juga dapat ditunjukkan melalui verbal pasif berupa menolak berbicara dengan orang lain, dan menolak menjawab pertanyaan orang lain.

3. Agresi fisik

Agresi yang dilakukan dengan fisik sebagai

pelampiasan marah oleh individu yang mengalami agresi tersebut seperti mendorong, menggigit, mencubit, memukul, dan menendang yang merupakan bentuk pelampiasan emosi melalui tindakan. Agresi fisik juga dapat diungkapkan melalui pasif yaitu menolak melakukan perintah oranglain

4. Agresi emosional

Agresi yang dilakukan sebagai pelampiasan marah dan agresi ini sering dialami orang yang tidak memiliki kemampuan untuk melakukan agresi secara terbuka. Agresi ini disebabkan oleh perasaan tersinggung atau kemarahan, tetapi agresi ini hanya sebagai keinginan-keinginan (bersifat terpendam).

5. Agresi konseptual

Agresi yang juga bersifat penyaluran agresi yang disebabkan oleh ketidakberdayaan untuk melawan baik verbal maupun fisik. Biasanya agresi ini disampaikan melalui saran-saran yang berupa hasutan atau ide-ide yang menyesatkan sehingga membuat orang lain menjadi marah, terpukul, kecewa ataupun menderita.

2.3.5 ALAT UKUR AGRESI

1. PHBQ (*Post Hospitalization Behavior Questionnaire*)

Post Hospitalization Behavior Questionnaire (PHBQ) merupakan salah satu alat ukur yang digunakan untuk menilai

pola dan kebiasaan anak saat dan setelah proses hospitalisasi. Kuesioner ini berisi 27 item pertanyaan, terdiri dari gangguan pola tidur, gangguan makan, kecemasan, perilaku agresif dan tempertantrum, dan lain-lain. 25 pertanyaan tersebut dikelompokkan menjadi 5 sub-skala, yaitu :

- a. Regresi dan kecemasan umum,
- b. Kecemasan karena perpisahan,
- c. Kecemasan yang menyebabkan gangguan tidur,
- d. Gangguan makan,
- e. Agresi dan tempertantrum (Karling, 2006).

Pertanyaan-pertanyaan tersebut juga mencakup 4 manifestasi regresi, yaitu peningkatan ketergantungan pada orang tua (terdapat pada pertanyaan nomor 1-10), gangguan makan (terdapat pada pertanyaan nomor 11-13), gangguan toliet training (terdapat pada nomor 14-15), dan tempertantrum (terdapat pada nomor 16-21) (Karling, 2006).

Untuk setiap item pertanyaan, orang tua pasien diminta untuk membandingkan kondisi dan kebiasaan (*behavoieur*) anak saat ini (pasca rawat inap/proses hospitalisasi) dengan perilaku sebelum sakit (sebelum menjalani proses hospitalisasi). Setiap pertanyaan memiliki 5 respon pilihan jawaban, yaitu:

- a. Jarang
- b. Kadang-kadang
- c. Biasa

d. Sering

e. Selalu

Setiap jawaban memiliki skor 1-5. Total nilai dihitung dengan menambahkan semua hasil jawaban, lalu kemudian dilakukan skoring dan analisa hasil (Karling, 2006).

2. CBCL (*Children Behaviour Checklist*)

CBCL (*Children Behaviour Checklist*) merupakan kuesioner yang diisi orang tua tentang tingkat emosional dan kebiasaan anak-anak. Kuesioner ini pertama kali dibuat oleh Thomas M dan Achenbach pada tahun 1992, dan sekarang telah dikembangkan dan dan terstandisasi untuk mengukur tingkat psikologi anak dan mengevaluasi respon maladaptive dan dan emosi anak prasekolah (usia 2-3 tahun) dan untuk anak usia 4-18 tahun. Kuesioner ini berisi tentang pertanyaan-pertanyaan terkait kecemasan, depresi, agresif, hiperaktif, penarikan diri, tindakan bergantung pada orang lain dan tindakan yang tidak terkontrol pada anak (Earls, 2002).

Kuesioner ini telah dikembangkan mejadi 3 gelombang, yaitu *Wave 1*, *Wave 2* dan *Wave 3*. Pada kuesioner CBCL *Wave 1* berisitentang seluruh elemen tentang masalah sikap dan kebiasaan anak. Pada kuesioner CBCL *Wave 2* berisi elemen lenkap tentang masalah sikap dan kebiasaan anak. Sebagian pertanyaan pada CBCL *Wave 2* sudah dimunculkan pada CBCL *Wave 1*, perbedaanya terdapat beberapa tamabahan pertanyaan

pada kuesioner CBCL *Wave 2*. Pada kuesioner CBCL *Wave 3* adalah pengembangan terbaru dari kuisiner CBCL, isi dari kuesioner ini hampir sama dengan kuesioner CBCL

Wave 2. Namun pada kuesioner CBCL *Wave 3*, terdapat pertanyaan berisi tentang tindakan anak yang kasar pada hewan (Earls, 2002).

Kuisiner CBCL *Wave 3* berisi 61 butir pertanyaan terkait dengan masalah kebiasaan, emosi dan psikologi anak. Setiap pertanyaan memiliki 3 pilihan jawaban, dan memiliki skor masing-masing tiap jawaban, yaitu :

1. Tidak pernah : skor 0
2. Kadang-kadang : skor 1
3. Sering : skor 2

Total nilai dihitung dengan menambahkan semua hasil jawaban, lalu kemudian dilakukan skoring dan analisa hasil (Earls, 2002).

2.4 KONSEP TERAPI BERMAIN

2.4.1 DEFINISI TERAPI BERMAIN

Terapi bermain adalah suatu kegiatan bermain yang dilakukan untuk membantu dalam proses penyembuhan anak dan sarana dalam melanjutkan pertumbuhan dan perkembangan anak secara optimal. Tujuan bermain bagi anak adalah menghilangkan rasa nyeri ataupun sakit yang dirasakannya dengan cara mengalihkan perhatian anak pada permainan sehingga anak akan lupa terhadap perasaan cemas maupun takut yang dialami, selama anak menjalani perawatan di rumah sakit (Sujatmiko, 2013). Terapi bermain juga merupakan salah satu cara untuk mengurangi kecemasan dan meningkatkan kooperatif anak selama menjalani perawatan di rumah sakit (Handayani, 2008).

Terapi bermain adalah suatu aktivitas bermain yang dijadikan sarana untuk menstimulasi tumbuh kembang anak, mendukung proses penyembuhan dan membantu anak lebih kooperatif dalam program pengobatan serta perawatan selama hospitalisasi. Bermain dapat digunakan sebagai media terapi untuk anak usia prasekolah, karena selama bermain perilaku anak akan lebih bebas dan mengekspresikan keinginannya (Tedjasaputra, 2001).

2.4.2 MANFAAT BERMAIN

Menurut Adriana (2013) ada beberapa manfaat atau keuntungan dari bermain bagi anak untuk tumbuh kembangnya, diantaranya:

1. Membuang energi ekstra
2. Mengoptimalkan pertumbuhan seluruh bagian tubuh
3. Aktivitas yang dilakukan dapat meningkatkan nafsu makan anak dan gangguan tidur yang dialami oleh anak
4. Anak dapat belajar untuk mengontrol diri
5. Membantu meningkatkan daya kreativitas anak

6. Cara untuk mengatasi atau mengalihkan amarah anak, rasa takut, dan kekhawatiran yang dialami oleh anak
7. Kesempatan untuk belajar mengikuti atau mematuhi aturan yang ada selama bermain
8. Dapat membantu mengembangkan kemampuan intelektual anak

2.4.3 Prinsip Bermain di Rumah Sakit

Menurut Ridha (2014), prinsip bermain pada anak usia prasekolah yang dapat diterapkan di rumah sakit adalah:

1. Tidak membutuhkan banyak energi
2. Waktu bermain singkat
3. Mudah dilakukan oleh anak
4. Aman bagi anak dan tidak berbahaya
5. Bermain yang diberikan pada anak sesuai dengan kelompok umur anak atau tumbuh kembang anak
6. Tidak bertentangan dengan terapi yang dilakukan oleh anak
7. Melibatkan keluarga untuk mendampingi dan mengawasi anak selama bermain

2.5 KONSEP GAME EDUKASI DALAM SMARTPHONE

2.5.1 DEFINISI GAME EDUKASI DALAM SMARTPHONE

Smartphone merupakan salah satu alat teknologi yang berisi aneka macam aplikasi dan informasi mengenai semua hal yang ada di dunia. *Smartphone* merupakan salah satu media komunikasi yang menjadi sorotan karena memiliki kecanggihan dalam berbagai hal serta fungsinya yang efektif dan efisien yang dapat digunakan kapan saja dan dimana saja (Iswidharmanjaya & Agency, 2014).

Game edukasi adalah game yang memiliki unsur pendidikan yang bertujuan untuk meningkatkan minat belajar anak sehingga dengan perasaan senang anak bisa cepat memahami materi pelajaran yang disajikan (Jason, 2009). Game edukasi bukan semata hanya untuk hiburan tapi bisa digunakan sebagai alat bantu pembelajaran yang bersifat edukasi (Satriyananta, 2012). Menurut Andang (2006) education games adalah suatu kegiatan yang membuat anak senang dan bersifat mendidik atau yang mengandung unsur pendidikan.

Bagi anak-anak, game merupakan hal yang menyenangkan untuk sebuah hiburan, akan tetapi sekarang banyak permainan yang dapat mengganggu kegiatan belajar anak karena permainannya yang bersifat tidak edukatif. Sebagai orangtua harus pintar memilih dan mengawasi permainan yang dimainkan anak. Jika orangtua pintar memilih game edukatif untuk anak maka akan dapat membantu perkembangan anak (Samuel, 2010).

Menurut Jovita Ferliana, M.Psi, psikolog dari Royal Taruma, anak usia kurang dari 6 tahun boleh bermain smartphone namun harus diawasi orangtua dan memperhatikan durasi pemakaian smartphone. Usia kurang dari 6 tahun disarankan pemakaian smartphone tidak lebih dari 30 menit dan game yang dimainkan harus bersifat edukatif seperti pengenalan angka atau perhitungan, warna, huruf, bentuk, dan suara, karena pada usia itu anak akan mengalami perkembangan yang optimal jika diberikan rangsangan sensorik secara langsung. Jika anak usia kurang dari 6 tahun bermain smartphone tanpa didampingi orangtua maka anak akan menjadi kurang mengenal dunia luar (Amelilola, 2013).

2.5.2 MANFAAT GAME EDUKASI DALAM SMARTPHONE

Penggunaan *smartphone* akan membantu memberikan pengalaman yang bermakna kepada anak, karena dapat mempermudah anak untuk

memahami sesuatu yang abstrak menjadi lebih konkret. Menurut Andang (2006), game edukasi dalam *smartphone* memiliki beberapa keuntungan yaitu :

1. Meningkatkan motivasi kreativitas anak dalam ketrampilan, semangat dalam belajar lebih konsisten, daya ingat dalam belajar.
2. Memperjelas dan mempermudah penyajian pesan
3. Mengatasi keterbatasan ruang, waktu, dan daya indera baik
4. Mengembangkan kemampuan anak dalam berinteraksi langsung dengan lingkungan dan sumber belajar
5. Memungkinkan siswa belajar secara mandiri sesuai dengan kemampuan dan minat anak
6. Memungkinkan anak untuk mengukur dan mengevaluasi sendiri dari hasil belajarnya

2.5.3 DAMPAK POSITIF GAME EDUKASI DALAM SMARTPHONE PADA ANAK

Menurut Handrianto (2013) dalam Al-Ayouby (2017), pemakaian *smartphone* memiliki banyak manfaat apalagi digunakan dengan cara yang benar dan semestinya diperbolehkan orang tua mengenalkan *gadget* (*smartphone*) pada anak usia dini memang perlu tetapi harus diingat terdapat dampak positif dan dampak negatif pada penggunaan *smartphone*.

Dampak positif *smartphone*

1. Berkembangnya imajinasi (melihat gambar kemudian menggambarinya sesuai imajinasinya yang melatih daya pikir tanpa dibatasi oleh kenyataan)
2. Melatih kecerdasan (dalam hal ini anak dapat terbiasa dengan tulisan, angka, gambar yang membantu melatih proses belajar)
3. Meningkatkan rasa percaya diri (saat anak memenangkan suatu permainan akan termotivasi untuk menyelesaikan permainan)

4. Mengembangkan kemampuan dalam membaca, matematika, dan pemecahan masalah (dalam hal ini anak akan timbul sifat dasar rasa ingin tahu akan suatu hal yang membuat anak akan muncul kesadaran kebutuhan belajar dengan sendirinya tanpa perlu dipaksa)

2.5.4 DAMPAK NEGATIF GAME EDUKASI DALAM SMARTPHONE PADA ANAK

1. Penurunan konsentrasi saat belajar
2. Malas menulis dan membaca
3. Penurunan dalam kemampuan bersosialisasi (misalnya anak kurang bermain dengan teman dilingkungan sekitarnya, tidak memperdulikan keadaan disekelilingnya)
4. Kecanduan (anak akan sulit dan akan ketergantungan dengan gadget karena sudah menjadi suatu kebutuhan)
5. Dapat menimbulkan gangguan kesehatan (gangguan mata karena paparan radisasi yang ada *smartphone*)
6. Dapat mempengaruhi perilaku anak (seperti contoh anak bermain *game* yang memiliki unsur kekerasan, hal itu dapat mempengaruhi pola perilaku dan karakter anak)

2.6 Aplikasi Smartphone Pada Anak Usia Prasekolah

Smartphone yang merupakan wujud nyata dari teknologi baru yang berisi aneka aplikasi dan program yang menyenangkan seolah-olah telah menjadi sahabat bagi anak, bahkan bisa menyihir anak-anak untuk duduk manis berjam-jam dengan bermain *smartphone*. Penggunaan *smartphone* pada anak usia dini biasanya dipakai untuk bermain *game* dari total keseluruhan pemakaian. Sedangkan yang cukup banyak juga dikalangan anak usia dini adalah pemakaian gadget untuk menonton animasi atau serial kartun anak-anak. Sedangkan hanya

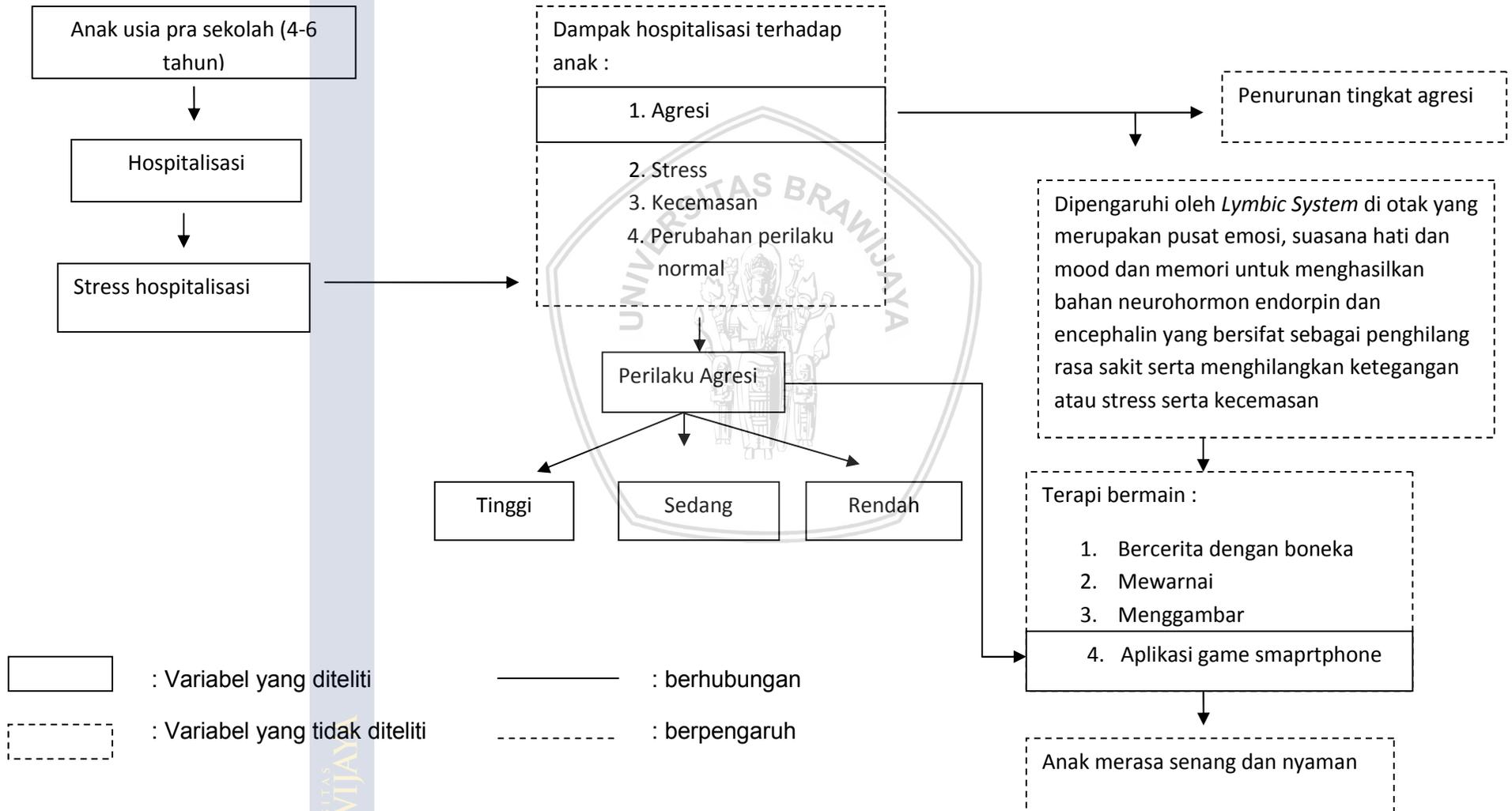
sedikit sekali yang menggunakannya untuk berkomunikasi dengan orang tua mereka atau untuk melihat video pembelajaran (Rideout, 2013).



BAB III

KERANGKA DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



3.2 Hipotesis Penelitian

Ada pengaruh terapi bermain berbasis *smartphone* terhadap penurunan tingkat agresi pada hospitalisasi anak usia pra sekolah (4-6 tahun).



BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian yang dilakukan oleh peneliti adalah penelitian kuantitatif dengan jenis rancangan penelitian dengan menggunakan desain penelitian *quasi experimental design* dengan jenis rancangan penelitian *pretest-posttest non equivalent control group design*. Desain penelitian dengan menggunakan *pretest-posttest non equivalent control group design* yaitu desain melibatkan dua kelompok subjek, hanya saja pada desain pemilihan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol tidak dilakukan random (tidak diacak). Rancangan penelitian ini dilakukan *pretest* dan *posttest* pada kedua kelompok.

Perlakuan atau intervensi dalam penelitian ini yang dilakukan oleh peneliti adalah dengan pemberian terapi bermain *game* edukasi berbasis *smartphone*, sedangkan pada kelompok kontrol adalah dengan pemberian intervensi yang biasa dilakukan atau diberikan oleh perawat di rumah sakit.

Tabel 4.1 Rancangan Penelitian

Subjek Penelitian	<i>Pretest</i>	Intervensi	<i>Posttest</i>
Kelompok Intervensi	X_0	K1	Y_0
Kelompok Kontrol	X_0	K2	Y_0

Keterangan:

X_0 : Pengukuran regresi sebelum dilakukan intervensi (*pretest*)

K1 : Pemberian intervensi terapi bermain *game* berbasis *smartphone*

K2 : Pemberian intervensi yang telah dilakukan oleh perawat di rumah sakit

Y_o : Pengukuran regresi setelah dilakukan intervensi (*posttest*)

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah sejumlah subyek tertentu yang mempunyai karakteristik tertentu yang telah ditetapkan oleh peneliti (Notoatmodjo dkk, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah semua anak usia prasekolah (4-6 tahun) yang menjalani hospitalisasi di Rumah Sakit Umum Daerah Kapanjen Kabupaten Malang.

4.2.2 Sampel

Sample adalah bagian dari populasi yang dipilih sesuai dengan ciri-ciri atau karakteristik dari populasi dan diharapkan dapat mewakili dan menggambarkan populasi yang ditetapkan oleh peneliti. Sample dari penelitian ini adalah anak usia prasekolah (4-6 tahun) yang menjalani hospitalisasi di rumah sakit yang memenuhi kriteria inklusi yang telah ditetapkan oleh peneliti.

4.2.2.1 Kriteria Inklusi

1. Pasien anak yang menjalani hospitalisasi di Rumah Sakit Umum Daerah Kapanjen Kanjuruhan Malang pada Ruang Rawat Emputantular usia 4-6 tahun
2. Pasien anak yang telah menjalani hospitalisasi minimal 2 hari

3. Pasien anak dengan kondisi kesadaran penuh dan bisa berkomunikasi secara verbal dan non verbal
4. Pasien anak yang mengikuti proses pemberian terapi dari awal sampai akhir penelitian
5. Pasien yang sudah terpapar smartphone sebelum menjalani hospitalisasi
6. Orang tua/wali anak bersedia jika anak menjadi subjek penelitian

4.2.2.2. Kriteria Eksklusi

1. Pasien anak yang tidak mampu duduk di tempat tidurnya
2. Pasien anak dalam isolasi
3. Pasien anak dengan penyakit kronis
4. Pasien anak dengan berkebutuhan khusus

4.2.3 Prosedur dan Teknik Sampling

Teknik sampling yang digunakan oleh peneliti dalam pengambilan sample penelitian adalah dengan menggunakan teknik *nonprobability sampling*. Pada penelitian dengan teknik *nonprobability sampling*, peneliti menggunakan teknik *purposive sampling (judgement sampling)*. *Purposive sampling* adalah suatu tehnik penetapan sample dengan cara memilih sample diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti, sehingga sample tersebut dapat mewakili karakteristik dari populasi. Teknik *purposive sampling* menggunakan keseluruhan sample

pada populasi yang ada sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi dalam penelitian.

4.2.4 Jumlah Sampel

Pada penelitian ini diperlukan 2 kelompok yaitu kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Perhitungan jumlah sample yang akan digunakan oleh peneliti dalam melakukan penelitian, peneliti menggunakan rumus sebagai berikut :

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + z^2 p \cdot q} = \frac{2 \cdot 1(1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5)}{(0,5)^2 \cdot (2 \cdot 1 - 1) + (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5)} = \frac{2 \cdot 0,1684}{1,0104} = 19,96$$

$n = 20$ responden, ditambahkan 2 menjadi 22 responden untuk antisipasi *droupout*

keterangan :

n = perkiraan besar sampel

N = perkiraan besar populasi

z = nilai standar normal untuk $\alpha = 0,05$ (1,96)

p = perkiraan proporsi, jika tidak diketahui dianggap 50%

$q = 1 - p$ (100%- p)

d = tingkat kesalahan yang dipilih ($d=0,05$)

Sesuai dengan perhitungan jumlah sample, maka jumlah sample yang dibutuhkan pada penelitian ini adalah minimal 20 anak pada masing-masing kelompok. Namun, untuk mencegah adanya anak yang drop out maka peneliti menambahkan 2 orang anak pada masing-masing kelompok, sehingga jumlah sample pada masing-masing kelompok adalah 22 anak.

4.3 Variabel Penelitian

Variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh satuan penelitian tentang sesuatu konsep pengertian tertentu, misalnya umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, pengetahuan, pendapatan, penyakit dan sebagainya.

4.3.1 Variabel Tergantung/Dependen

Variabel Dependent atau variable tergantung adalah variable yang nilainya ditentukan oleh variable lain. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah tingkat agresi.

4.3.2 Variabel Bebas/Independen

Variabel Independent atau variable bebas adalah variable yang nilainya menentukan variable lain. Variable bebas biasanya dimanipulasi, diamati dan diukur untuk diketahui hubungan atau pengaruhnya terhadap variable lain. Variabel independen dalam penelitian ini adalah terapi bermain berbasis smartphone.

4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

4.4.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di Ruang Emputantular Rumah Sakit Umum Daerah Kanjuruhan Kabupaten Malang.

4.4.2 Waktu Penelitian

Waktu penelitian untuk memperoleh data dan informasi dilaksanakan pada bulan Maret sampai April 2018.

4.5 Bahan dan Alat/Instrumen Penelitian

4.5.1 Alat Ukur Penelitian

Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuisisioner yang berisi pertanyaan mengenai perilaku yang mengarah kepada agresi. Pembuatan kuisisioner ini merupakan hasil modifikasi oleh peneliti yang mengacu dari modifikasi Preschool Behavior Questionnaire (PBQ) oleh Behar & Samuel (1974), Post Hospitalization Behavior Questionnaire (PHBQ), dan Child Behavior Checklist (CBCL) oleh Achenbaach & L. Rescola (2000). Kuisisioner ini berisi pertanyaan untuk menilai tingkat agresi pada anak sebelum dan sesudah dilakukan intervensi. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuisisioner yang terdiri atas :

1. Kuisisioner bagian A berupa isian tentang data demografi :
 - a. Umur
 - b. Jenis kelamin

4.6 Definisi Istilah/ Operasional

Tabel 4.2 Definisi Operasional Variabel Penelitian

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Terapi bermain <i>game</i> edukasi berbasis <i>smartphone</i>	Suatu terapi bermain yang diberikan kepada anak yang menjalani hospitalisasi di Ruang Emputantular Rumah Sakit Umum Daerah Kapanjen Kanjuruhan Malang dengan cara memainkan suatu permainan edukasi tentang kedokteran yang ada pada <i>smartphone</i> yaitu aplikasi <i>game panda doctor</i> (permainan yang	Terapi diberikan selama 3 hari dan dilakukan 1 kali pemberian intervensi untuk 1 kali pertemuan. Terapi diberikan selama 20 menit.	Satuan acara kegiatan pemberian terapi bermain <i>game</i> edukasi berbasis <i>smartphone</i> (terlampir)	-	-

		memperkenalkan anak dengan tindakan yang diberikan oleh tenaga medis saat mereka sakit sampai mempersiapkan kebutuhan mereka sampai pulang). Permainan yang digunakan adalah Dokter Panda.				
2.	Agresi	Kondisi mengenai status mental dan emosional anak yang dicirikan dengan emosi secara verbal, dan secara fisik yang dilakukan anak sebagai respon marah,	Verbal Menangis Berteriak Menjerit Mencaci Berkata kasar Menolak menjawab pertanyaan Fisik	Kuesioner yang diisi oleh orang tua/wali anak yang menjadi sample penelitian (terlampir). Kuisisioner dimodifikasi oleh peneliti berdasarkan PBQ, PHBQ dan CBCL. Total skor agresi pada masing-masing responden	Agresi ringan , jika total skor akhir = 15-30 Agresi sedang , jika total skor akhir = 31-45 Agresi berat , jika total skor akhir = 46-60	Interval

		dan penolakan terhadap tindakan yang tidak diinginkan	Merusak barang Memukul Menendang Menggigit	dengan rentang penggolongan dengan total nilai skor		
--	--	---	---	---	--	--



4.7 Prosedur Penelitian

Dalam melakukan penelitian, peneliti melakukan hal-hal sebagai berikut diantaranya:

1. Peneliti menyusun proposal penelitian
2. Mengajukan surat perizinan untuk melakukan penelitian ke Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya dan Bankesbangpol Kabupaten Malang
3. Peneliti mengajukan proposal penelitian ke RSUD Kanjuruhan Kepanjen Malang dan melakukan studi pendahuluan
4. Peneliti melakukan uji validitas kuesioner
5. Mengajukan proposal *ethical clearence* ke komisi etik Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya
6. Peneliti meminta izin kepada pihak RSUD Kanjuruhan Kepanjen Malnag dan menemui kepala ruangan/perawat jaga untuk meminta izin melakukan penelitian
7. Peneliti mencari sample penelitian sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan
8. Peneliti membagikan/menetapkan responden menjadi dua kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol
9. Peneliti memberikan penjelasan tujuan, manfaat penelitian dan jaminan kerahasiaan kepada orang tua/wali responden. Selanjutnya orang tua/wali responden diminta ketersediaannya menjadi responden dengan mengisi lembar persetujuan menjadi responden
10. Peneliti memberikan kuesioner kepada orang tua/wali responden baik di kelompok intervensi maupun kelompok kontrol sebelum dilakukan pemberian terapi (*pretest*). Dan setelah pengisian peneliti memeriksa kembali kuesioner yang telah dibagikan

11. Pada kelompok intervensi diberikan terapi bermain *game* edukasi berbasis *smartphone* selama 20 menit dalam satu kali pemberian dan terapi diberikan selama 2 hari. Sedangkan pada kelompok kontrol tidak diberikan terapi bermain *game* edukatif berbasis *smartphone*
12. Setelah pemeberian terapi selesai, peneliti melakukan pengukuran kembali dengan memberikan kuesioner baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol (*posttest*). Dan setelah pengisian selesai peneliti kembali memeriksa kuesioner yang dibagikan.



4.8 Pelaksanaan Kegiatan

4.8.1 Persiapan

1. Peneliti menjelaskan kepada orangtua/wali dari anak yang akan dijadikan sebagai subjek penelitian mengenai tujuan dan manfaat yang akan didapatkan. Jika orangtua/wali menyetujui untuk berpartisipasi dalam penelitian, maka akan diberikan informed consent oleh peneliti sebagai bukti persetujuan.
2. Pelaksanaan terapi bermain *game* edukatif berbasis *smartphone* dilakukan di dalam ruangan atau di atas tempat tidur, namun jika terdapat ruang bermain dan kondisi anak mendukung untuk bermain maka terapi dapat dilakukan di tempat tersebut.

4.8.2 Pelaksanaan

Pada tahap pelaksanaan penelitian, peneliti melakukan beberapa tindakan kepada anak yang menjadi responden dalam penelitian ini, diantaranya:

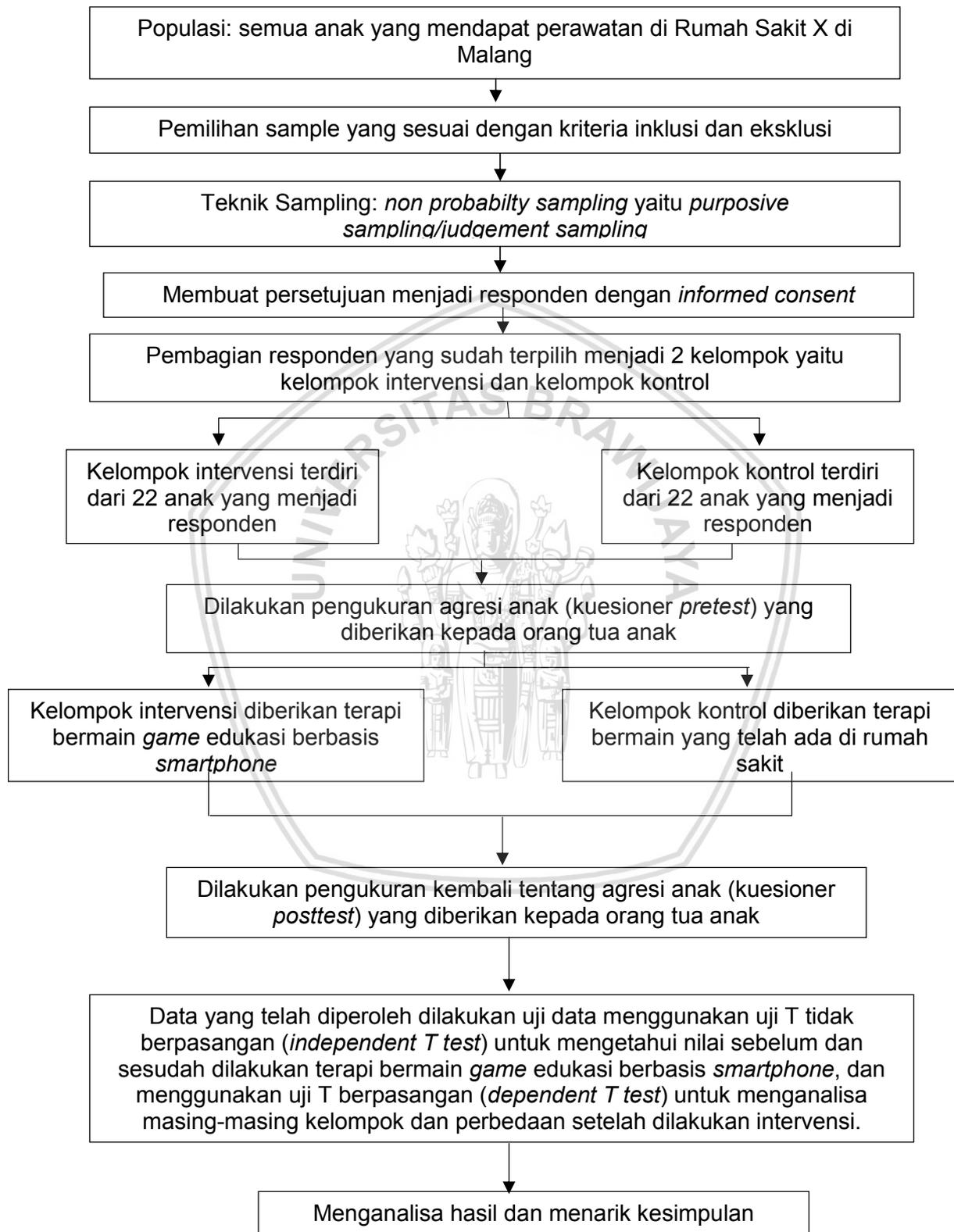
1. Hari pertama sebelum dilaksanakan terapi bermain *game* edukasi berbasis *smartphone* kepada anak yang menjalani hospitalisasi, peneliti melakukan pengukuran terlebih dahulu mengenai agresi anak selama di rumah sakit. Peneliti memberikan lembar kuesioner *pretest* kepada orang tua/wali anak. Lembar kuesioner berisikan pertanyaan-pertanyaan terkait dengan agresi yang ditunjukkan oleh anak.
2. Kemudian setelah melakukan *pretest* peneliti memberikan terapi bermain *game* edukasi berbasis *smartphone* kepada kelompok intervensi selama 20 menit, sedangkan pada kelompok kontrol diberikan terapi bermain yang telah ada di rumah sakit.

3. Peneliti melakukan penelitian selama 3 hari dengan pemberian intervensi yang sama setiap harinya.
4. Setelah pemberian intervensi pada hari ke 3, peneliti kembali melakukan pengukuran tentang agresi pada anak yang menjadi responden.

4.8.3 Evaluasi

Pada hari ketiga, peneliti melakukan pengukuran tingkat agresi menggunakan kuesioner yang diisi oleh orang tua/wali pasien. Post test dilakukan saat anak telah mendapatkan terapi bermain berbasis smartphone pada hari ketiga. Pengukuran dilakukan terhadap kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Setelah kuesioner terkumpul, peneliti melakukan analisa

4.9 Alur Kerja



Gambar 4.9 Alur Kerja

4.10 Validitas dan Reliabilitas

4.10.1 Validitas

Pengujian validitas instrumen penelitian yang digunakan oleh peneliti menggunakan korelasi *pearson product moment* pada *statistical product and service solution* (SPSS) dengan tingkat signifikansi sebesar 5% (0,05) dengan kriteria apabila probabilitas lebih dari 0,05 maka instrumen dinyatakan valid (Arikunto, 2010).

Dalam melakukan uji validitas, peneliti menggunakan 10 sample yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditentukan. Uji validitas dilakukan di rumah sakit X pada bulan Y. Selanjutnya untuk melihat valid dan tidaknya instrumen penelitian, maka dilakukan perbandingan antara nilai r_{hitung} dan r_{tabel} . Kuesioner penelitian yang digunakan oleh peneliti dapat dikatakan valid apabila nilai $r_{hitung} > r_{tabel}$, sedangkan apabila nilai $r_{hitung} < r_{tabel}$ maka kuesioner tidak valid (Hidayat, 2007).

4.10.2 Reliabilitas

Uji Reabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukuran dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini berarti menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama (Budiman, 2013). Uji reabilitas pada penelitian ini menggunakan *alpha cronbach*. Apabila nilai perhitungan didapatkan kurang dari 0,6 maka dianggap memiliki reabilitas kurang, dan jika nilai reabilitas 0,7 maka dapat diterima dan jika nilai reabilitas 0,8 maka dianggap baik. Hasil pengujian reabilitas terhadap

semua pertanyaan yang terdapat pada instrumen penelitian. Uji reabilitas dilakukan dengan menentukan nilai *cronbach alpha* dengan menggunakan program analisis data SPSS.



4.11 Entry Data

Dalam proses pengolahan data, peneliti menggunakan langkah-langkah pengolahan data menurut Hidayat (2008) diantaranya:

1. *Editing*

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. Editing dapat dilakukan sendiri oleh peneliti di tempat penelitian agar apabila jika ada kekurangan data dapat segera dilengkapi.

2. Coding

Coding merupakan pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori. Pemberian kode ini sangat penting bila pengolahan dan analisis data menggunakan komputer.

3. Scoring (Penetapan skor)

Setelah data terkumpul dan kelengkapannya diperiksa kemudian dilakukan tabulasi dan diberi skor sesuai dengan kategori dari data serta jumlah item pertanyaan dari setiap variabel.

4. Entry Data

Entry data adalah kegiatan memasukan data dari kuisisioner kedalam paket program komputer agar dapat dianalisis, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau bisa juga dengan membuat tabel kontingensi.

5. Cleaning Data

Pembersihan data merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah dimasukkan ke dalam komputer untuk memastikan data telah bersih dari kesalahan sehingga data siap dianalisa.

4.12 Analisa Data

1. Analisa Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik dari variable penelitian (Notoatmodjo, 2012). Semua variable dianalisis, karakteristik responden seperti pekerjaan, jenis kelamin, usia diubah dalam bentuk prosentase dalam tabel. Analisa univariate juga digunakan untuk menggambarkan nilai mean yang digunakan untuk data yang tidak dikelompokkan atau data yang sudah dikelompokkan, nilai median yang merupakan nilai yang berada di tengah dari suatu nilai atau pengamatan yang disusun, serta nilai modus yang digunakan untuk menyatakan fenomena yang paling banyak terjadi (Hidayat 2007). Tujuan dari analisis univariate adalah untuk menjelaskan karakteristik variable yang diteliti, dalam penelitian ini yaitu penurunan tingkat agresi pada anak usia prasekolah (4-6 tahun) yang menjalani hospitalisasi.

2. Analisa Bivariat

Analisis bivariat yaitu analisis yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2010). Dalam penelitian ini menggunakan uji T test. Uji tersebut digunakan untuk mengetahui pengaruh sebelum dan sesudah diberikan terapi bermain *game* edukatif berbasis smartphone terhadap penurunan tingkat agresi pada anak usia prasekolah (4-6 tahun) yang menjalani hospitalisasi. Interpretasi dari uji T test yaitu dengan menggunakan taraf signifikan ($\alpha = 0,05$). Kaidah keputusan analisa datanya yaitu apabila $p \text{ value} > 0,05$ maka H_0 diterima artinya tidak ada pengaruh pemberian terapi bermain berbasis smartphone terhadap penurunan tingkat agresi pada anak usia prasekolah dan sebaliknya $p \text{ value} \leq 0,05$ maka H_0 ditolak artinya ada pengaruh pemberian terapi bermain berbasis smartphone terhadap penurunan tingkat agresi pada anak usia prasekolah (Priyatno 2012).

4.13 Etika Penelitian

Etika penelitian disusun untuk melindungi hak-hak responden, menjamin kerahasiaan responden, dan peneliti dalam kegiatan penelitian. Penelitian ini bersifat sukarela dan responden berhak untuk mengundurkan diri dari proses penelitian bila dikehendaki. Menurut Hidayat (2007) etika penelitian yang harus diperhatikan oleh setiap peneliti antara lain:

1. Prinsip Menghormati Harkat dan Martabat Manusia (*Respect for Persons*)

Subjek penelitian memiliki hak untuk menentukan apakah bersedia menjadi responden atau tidak (*autonomy*). Apabila bersedia, responden menandatangani lembar persetujuan menjadi responden (*informed consent*) yang diberikan dan diisi oleh orang tua/wali responden. *Informed consent* yaitu surat persetujuan yang ditujukan kepada responden yang diberikan setelah peneliti menjelaskan tentang penelitian yang akan dilakukan kepada responden. Responden juga berhak mendapatkan informasi terbuka dan lengkap tentang pelaksanaan penelitian meliputi tujuan, manfaat, prosedur penelitian, dan keuntungan yang mungkin diperoleh. Pada penelitian ini, seluruh responden hanya dimintai inisial nama untuk menjaga kerahasiaan identitas responden (*anonimity*) dan seluruh data atau informasi tentang responden akan dijaga kerahasiannya (*confidentiality*).

2. Prinsip Berbuat Baik (*Beneficence*)

Jika penelitian ini memiliki resiko yang lebih besar dibandingkan manfaatnya terhadap subjek. Pada penelitian ini tidak memiliki resiko karena peneliti hanya ingin mengetahui tentang pengaruh pemberian terapi bermain *game* edukatif terhadap respons regresi responden selama menjalani hospitalisasi (rawat inap) di rumah sakit.

3. Prinsip Tidak Merugikan (*Nonmaleficence*)

Jika peneliti menggunakan informasi yang diperoleh responden untuk merugikan responden. Pada penelitian ini prinsip tidak merugikan baik bagi responden dan keluarga yang diperoleh dengan adanya lembar persetujuan atau *informed consent* dan penjelasan

prosedur penelitian, dan peneliti tidak melakukan tindakan-tindakan yang dapat merugikan responden. Dalam pengisian kuesioner peneliti hanya membutuhkan waktu singkat. Penelitian dilakukan pada saat responden tidak dalam proses pemberian intervensi rumah sakit dan waktu istirahat responden, sehingga tidak mengganggu waktu istirahat responden.

4. Prinsip Keadilan (*Justice*)

Jika peneliti memperlakukan antar responden secara tidak adil. Pada penelitian ini, peneliti bertindak adil pada responden karena peneliti melakukan perlakuan yang sama kepada responden baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Seluruh responden mendapatkan ucapan terimakasih yang sama berupa jam tangan anak-anak. Pada penelitian ini terdapat kelompok intervensi dan kontrol, setelah dilakukan penelitian dan pengukuran kembali tentang respon agresi pada responden, peneliti memberikan terapi bermain yang sama kepada kelompok kontrol. Hal ini untuk memperlakukan responden secara adil.

Etika penelitian diatas yang menjadi prinsip dasar melakukan penelitian. Sebelum penelitian dilakukan, peneliti mengajukan proposal penelitian dan meminta surat permohonan izin dari bagian pengurusan etik di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya untuk melakukan penelitian.

BAB V

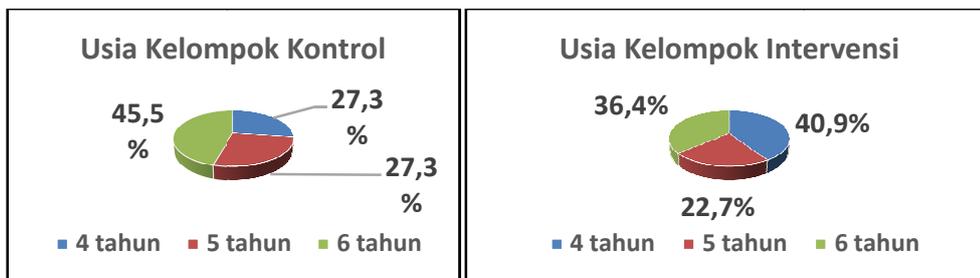
HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA

Bab ini menjelaskan tentang hasil penelitian dan analisa data “Pengaruh Terapi Bermain Game Edukatif Berbasis Smartphone berpengaruh Terhadap Penurunan Tingkat Agresi Pada Anak Pra Sekolah (usia 4-6 tahun) yang Mengalami Hospitalisasi di Rumah Sakit Kanjuruhan Kepanjen Malang” yang dilaksanakan pada bulan Maret hingga April 2018 dengan jumlah responden sebanyak 22 responden untuk kelompok kontrol dan 22 responden untuk kelompok intervensi. Karakteristik demografi dan penilaian tingkat agresi pada anak diperoleh dengan cara memberikan kuesioner kepada orang tua / wali responden. Hasil pengolahan data yang disajikan terdiri dari analisa univariat dan analisa bivariat, dari hasil penelitian akan diuraikan mengenai gambaran umum, karakteristik responden, serta data khusus, hasil pengukuran sebelum dan sesudah intervensi, yaitu sebagai berikut :

5.1 Data Umum Karakteristik Responden

5.1.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Berdasarkan data hasil penelitian mengenai karakteristik usia responden di Rumah Sakit Kanjuruhan Kepanjen Malang, disajikan sebagai berikut :



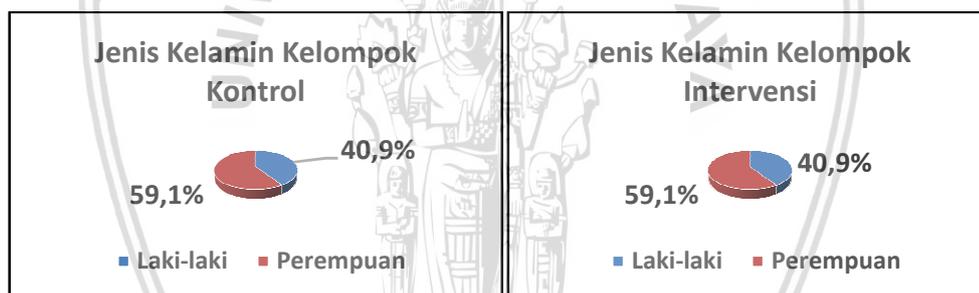
Gambar 5.1.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia Pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi



Data di atas menunjukkan karakteristik responden berdasarkan usia pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Berdasarkan data dari penelitian di atas, dapat disimpulkan kelompok kontrol diperoleh 6 anak berusia 4 tahun, 6 anak berusia 5 tahun, dan 10 anak berusia 6 tahun, pada kelompok intervensi diperoleh 9 anak berusia 4 tahun, 5 anak berusia 5 tahun, dan 8 anak berusia 6 tahun.

5.1.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Berdasarkan data hasil penelitian mengenai karakteristik jenis kelamin responden di Rumah Sakit Kanjuruhan Kepanjen Malang, disajikan sebagai berikut :



Gambar 5.1.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi

Data di atas menunjukkan karakteristik responden berdasarkan usia pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Berdasarkan data dari penelitian di atas, dapat disimpulkan jenis kelamin kelompok kontrol diperoleh 9 anak laki-laki dan 13 anak perempuan, pada kelompok intervensi diperoleh 9 anak laki-laki dan 13 anak perempuan.

5.2 Analisa Univariat

5.2.1 Data Tingkat Agresi Pada Kelompok Kontrol

Tabel 5.2.1 Data Tingkat Agresi Pada Kelompok Kontrol

	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>
Pretest	22	43.59	4.97
Posttest	22	42,45	4.27
Selisih	22	1,13	2,93

Dari hasil data di atas didapatkan selisih nilai mean sebesar 1,13 dan *Std. Deviation* sebesar 2,93

5.2.1.1 Data Pretest Tingkat Agresi Pada Kelompok Kontrol

Tabel 5.2.1.1 Data Pretest Tingkat Agresi Pada Kelompok Kontrol

Agresivitas	Pre test	
	Jumlah	Persentase
Ringan	-	-
Sedang	14	63,6%
Berat	8	36,4%
Total	22	100,0%

Berdasarkan tabel 5.2.1.1 diperoleh data bahwa tingkat agresi pada anak usia prasekolah yang mengalami hospitalisasi pada kelompok kontrol saat dilakukan pretest adalah sebagian besar anak termasuk kategori tingkat agresi sedang yaitu sebanyak 14 orang (63,6%) dari jumlah total 22 responden.

5.2.1.2 Data Postest Tingkat Agresi Pada Kelompok Kontrol

Tabel 5.2.1.2 Data Postest Tingkat Agresi Pada Kelompok Kontrol

Agresivitas	Post test	
	Jumlah	Persentase
Ringan	-	-
Sedang	17	90,9%
Berat	5	9,1%
Total	22	100,0%

Berdasarkan tabel 5.2.1.2 diperoleh data bahwa tingkat agresi pada anak usia prasekolah yang mengalami hospitalisasi pada kelompok kontrol saat dilakukan postest adalah sebagian besar anak termasuk kategori tingkat agresi sedang yaitu sebanyak 17 orang (90,9%) dari jumlah total 22 responden.

5.2.2 Data Tingkat Agresi Pada Kelompok Intervensi

Tabel 5.2.2 Data Tingkat Agresi Pada Kelompok Intervensi

	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>
Pretest	22	41,09	4,41
Postest	22	23,09	2,79
Selisih	22	18,00	5,96

Dari hasil data di atas didapatkan hasil selisih nilai mean sebesar 18,00 dan *Std. Deviation* sebesar 5,96

5.2.2.1 Data Pretest Tingkat Agresi Pada Kelompok Intervensi

Tabel 5.2.2.1 Data Pretest Tingkat Agresi Pada Kelompok Intervensi

Agresivitas	Pre test	
	Jumlah	Persentase
Ringan	13	59,1%
Sedang	9	40,9%
Berat	-	-
Total	22	100,0%

Berdasarkan tabel 5.2.2.1 diperoleh data bahwa tingkat agresi pada anak usia prasekolah yang mengalami hospitalisasi pada kelompok intervensi saat dilakukan pretest adalah sebagian besar anak termasuk kategori tingkat agresi ringan yaitu sebanyak 13 orang (59,1%) dari jumlah total 22 responden.

5. 2.2.2 Data Posttest Tingkat Agresi Pada Kelompok Intervensi

Tabel 5.2.2.2 Data Posttest Tingkat Agresi Pada Kelompok Intervensi

Agresivitas	Post test	
	Jumlah	Persentase
Ringan	22	100,0%
Sedang	-	-
Berat	-	-
Total	22	100,0%

Berdasarkan tabel 5.2.2.2 diperoleh data bahwa tingkat agresi pada anak usia prasekolah yang mengalami hospitalisasi pada kelompok intervensi saat dilakukan posttest adalah sebagian besar anak termasuk kategori tingkat agresi ringan yaitu sebanyak 22 orang (100,0%) dari jumlah total 22 responden

5.3 Analisa Bivariat

5.3.1 Uji Normalitas

Berikut disajikan hasil uji prasyarat yang digunakan sebelum menggunakan uji-t yaitu uji normalitas

Tabel 5.3.1 Hasil Uji Normalitas

Agresivitas	Pre test	Post test
	Sig	Sig
Kelompok Kontrol	0,79	0,87
Kelompok Intervensi	0,98	0,92

Sumber: Data Penelitian Diolah (2018)

Hasil uji normalitas terhadap variabel penelitian agresivitas sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi dengan menggunakan uji Kolmogorov-Smirnov diperoleh nilai signifikansi dari masing-masing kelompok data adalah lebih dari alpha 0,05 sehingga data yang digunakan berdistribusi normal.

5.3.2 Uji Homogenitas

Berikut disajikan hasil uji prasyarat yang digunakan sebelum menggunakan uji-t yaitu uji homogenitas ragam

Tabel 5.3.2 Hasil Uji Homogenitas Ragam

Agresivitas	Pre test	
	Sig	Ket
Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi	0.52	Ragam homogen

Sumber: Data Penelitian Diolah (2018)

Hasil uji homogenitas ragam terhadap variabel penelitian agresivitas sebelum perlakuan pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi

diperoleh nilai signifikansi lebih dari alpha 0,05 sehingga data yang digunakan memiliki ragam homogen antar kelompok perlakuan.

5.3.3 Uji Dependent

5.3.3.1 Kelompok Kontrol

Uji Paired T-Test digunakan untuk menguji hipotesis pada kelompok kontrol tentang tingkat agresi akibat hospitasisasi pada anak usia prasekolah ditampilkan pada tabel berikut:

Tabel 5.3.3.1 Hasil Paired Sample t-test Kelompok Kontrol

	Mean	t-hitung	Sig
Pretest	43,59	1,81	0,083
Posttest	42,45		

Sumber: Data Penelitian Diolah (2018)

Hasil uji paired sample t-test terhadap variabel penelitian agresi sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok kontrol diperoleh nilai t-hitung sebesar 1,81 dan nilai signifikansi sebesar 0,083. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan signifikan ($p > 0,05$) terhadap agresi antara sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok kontrol.

5.3.3.2 Kelompok Intervensi

Uji Paired T-Test digunakan untuk menguji hipotesis pada kelompok intervensi tentang tingkat agresi akibat hospitasisasi pada anak usia prasekolah ditampilkan pada tabel berikut:

Tabel 5.3.3.2 Hasil Paired Sample t-test Kelompok Intervensi

	Mean	t-hitung	Sig
Pre test	41,091		
Post test	23,091	14,146	0,000

Sumber: Data Penelitian Diolah (2018)

Hasil uji paired sample t-test terhadap variabel penelitian agresi sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok Intervensi diperoleh nilai t-hitung sebesar 14,146 dan nilai signifikansi sebesar 0,000. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan signifikan ($p < 0,05$) terhadap agresi antara sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok Intervensi.

5.3.4 Uji Independet

Berikut disajikan hasil uji independent sample t-test terhadap variabel penelitian agresi sesudah perlakuan antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

Tabel 5.3.4 Hasil Independent Sample t-test

	Selisih Mean	T-hitung	Sig
Kelompok kontrol	1,13		
Kelompok intervensi	18,00	11,89	0,000

Data Penelitian Diolah (2018)

Hasil uji independent sample t-test terhadap variabel penelitian agresi sesudah perlakuan antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi diperoleh nilai t-hitung sebesar 11,89 dan nilai signifikansi sebesar 0,000. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan signifikan ($p < 0,05$) terhadap agresi antara sesudah perlakuan antara kelompok kontrol dan kelompok Intervensi.

BAB VI

PEMBAHASAN

Bab ini menjelaskan mengenai interpretasi dan diskusi hasil penelitian yang dilaksanakan yaitu “Pengaruh Terapi Bermain Game Edukatif Berbasis Smartphone Terhadap Penurunan Tingkat Agresi Pada Anak Pra Sekolah (usia 4-6 tahun) yang Menjalani Hospitalisasi di Rumah Sakit Kanjuruhan Kepanjen Malang”. Pembahasan dalam bab ini mengacu pada literatur yang terkait dan penelitian-penelitian yang sudah dilakukan sebelumnya. Bab ini juga akan menguraikan tentang keterbatasan penelitian selama pelaksanaan penelitian dan implikasi hasil penelitian yang bisa diterapkan pada pelayanan keperawatan, keilmuan keperawatan serta pendidikan profesi keperawatan.

6.1 Interpretasi Hasil Penelitian dan Diskusi

Interpretasi hasil penelitian diuraikan sesuai dengan tujuan penelitian yaitu menjelaskan Pengaruh Terapi Bermain Game Edukatif Berbasis Smartphone Terhadap Penurunan Tingkat Agresi Pada Anak Pra Sekolah (usia 4-6 tahun) yang Menjalani Hospitalisasi di Rumah Sakit Kanjuruhan Kepanjen Malang

6.1.1 Tingkat Agresi pada Kelompok Kontrol

Responden kelompok kontrol berjumlah 22 anak yang merupakan pasien anak di Rumah Sakit Umum Daerah Kanjuruhan Kepanjen Malang pada Ruang Rawat Emputantular. Pada kelompok kontrol, responden terbanyak berjenis kelamin perempuan sejumlah 59,1 %.

Diperoleh data bahwa tingkat agresi pada responden pada kelompok kontrol saat dilakukan pretest adalah sebagian besar anak termasuk kategori tingkat agresi sedang yaitu sebanyak 14 orang (63,6%) dari jumlah total 22 responden. Untuk agresi ringan didapatkan hasil 0%, sedangkan agresi berat sebanyak 8 anak (36,4%). Untuk hasil posttest diperoleh data bahwa tingkat agresi pada kelompok kontrol saat adalah sebagian besar anak termasuk kategori tingkat agresi sedang yaitu sebanyak 17 orang (90,9%) dari jumlah total 22 responden.

Tingkat agresi diukur menggunakan kuisioner hasil modifikasi dari PBQ, PHBQ, dan CBCL. Menurut hasil uji Paired T Test nilai rata-rata pretest dan posttest pada kelompok kontrol yaitu 43,59 dan 42,54. Berdasarkan nilai rata-rata tersebut dapat dianalisis bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan pada kelompok kontrol, karena pada kelompok ini hanya diberikan pelayanan standar dari rumah sakit. Pernyataan ini juga didukung oleh hasil p value yang didapatkan ($0,083 > 0,05$) oleh karena itu nilai p value lebih besar dari nilai α sehingga dapat disimpulkan H_0 diterima atau tidak terdapat perbedaan.

Berdasarkan hasil tersebut dapat disimpulkan terdapat sedikit perkembangan tingkat agresi dengan pemberian pelayanan standar dari rumah sakit yaitu berupa ruangan perawatan anak. Namun ruangan ini jarang digunakan karena mainan yang tersedia tidak disesuaikan dengan usia anak sehingga dikhawatirkan dapat menimbulkan cedera. Anak lebih banyak menghabiskan waktunya dengan bermain bersama keluarga atau jalan-jalan disekitar ruang rawat inap. Selain itu, dari pihak rumah sakit juga tidak memfasilitasi anak untuk bermain di ruangan yang telah disediakan tersebut.

Saat hospitalisasi anak akan melalui beberapa fase adaptasi yang dimulai dengan fase protes fase putus asa dan fase menolak. Fase yang akan dilalui oleh anak saat hospitalisasi dapat berbeda-beda, sesuai data diatas terdapat anak yang dapat melalui fase-fase awal yang kemudian sudah mulai mampu menyesuaikan diri, mulai tertarik pada lingkungan sekitar, perilaku yang dilakukan ini merupakan hasil keterpaksaan dari tindakan dan pelayanan yang harus diterima agar segera sembuh bukan merupakan kesenangan maupun penerimaan dengan ikhlas. Lambat laun anak akan mengurangi emosinya dengan terpaksa tanpa diberikan stimulus eksternal berupa distraksi untuk mencegah dampak negatif yaitu perilaku agresi. Namun anak yang sudah mampu melalui fase ini masih memiliki tingkat emosional yang tinggi sehingga memungkinkan anak akan balik ke fase awal yaitu fase protes yang akan menimbulkan perilaku agresi (Hockenberry & Wilson 2013).

Tingkat agresi pada kelompok kontrol ini tidak mengalami perubahan yang signifikan. Hal ini dikarenakan saat anak mengalami hospitalisasi diberikan pelayanan standar dari rumah sakit yaitu berupa rancangan ruangan untuk bermain. Pada kelompok kontrol tingkat agresi anak belum sepenuhnya mengalami penurunan yang dapat disebabkan oleh lama hospitalisasi pada anak. Pengalaman hospitalisasi yang cenderung masih sama setiap harinya yaitu tindakan yang tidak menyenangkan bagi anak, kondisi rumah sakit yang kurang nyaman bagi anak, serta anak merasakan kecemasan akan tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan akan menyebabkan anak akan tetap memperlihatkan dampak-dampak negatif dari kecemasan, ketakutan berupa meningkatnya respon emosional yang ditunjukkan melalui perilaku

agresi. Respon emosional anak saat sudah beberapa hari di rumah sakit akan cenderung berkurang karena proses adaptasi anak terhadap lingkungannya dan sebagian besar hanya memperlihatkan agresi berupa verbal, namun respon ini tidak dapat diturunkan secara sepenuhnya. Kemampuan adaptasi pada anak akan berkembang setiap harinya karena tindakan yang diberikan tenaga kesehatan setiap harinya akan berbeda. Hal ini didukung oleh Wong et al., (2009) yang menyatakan bahwa respon anak saat hospitalisasi dapat dipengaruhi oleh usia perkembangan anak, pengalaman anak sebelumnya terhadap penyakit perpisahan, dan kondisi rumah sakit. Anak usia prasekolah memiliki respon yang lebih baik ketika diberikan penjelasan dan distraksi terhadap prosedur yang dilakukan dibandingkan anak usia toddler, namun pada umumnya anak akan tetap memberikan respon emosional yang minimal yaitu dengan menangis, dan melakukan beberapa tindakan agresi dalam bentuk fisik (Utami, 2014)

6.1.2 Tingkat Agresi pada Kelompok Intervensi

Responden kelompok intervensi berjumlah 22 anak yang merupakan pasien anak di Rumah Sakit Umum Daerah Kanjuruhan Kapanjen Malang pada Ruang Rawat Emputantular. Pada kelompok kontrol, responden terbanyak berjenis kelamin perempuan sejumlah 59,1%. Diperoleh data bahwa tingkat agresi pada responden saat dilakukan pretest adalah sebagian besar anak termasuk kategori tingkat agresi ringan yaitu sebanyak 13 orang (59,1%) dari jumlah total 22 responden. Sedangkan untuk posttest diperoleh data bahwa sebagian besar anak termasuk kategori tingkat agresi ringan yaitu sebanyak 22 orang (100,0%) dari jumlah total 22 responden.

Tingkat agresi diukur menggunakan kuisioner hasil modifikasi dari PBQ, PHBQ, dan CBCL. Hasil uji Paired T Test nilai rata-rata pretest dan posttest pada kelompok intervensi yaitu 41,09 dan 23,09. Berdasarkan nilai rata-rata tersebut dapat dianalisis bahwa terdapat perbedaan yang signifikan pada kelompok intervensi setelah diberikan terapi bermain game edukatif berbasis smartphone. Pernyataan ini juga didukung oleh hasil p value yang didapatkan ($0.000 < 0.05$), oleh karena itu nilai p value lebih kecil dari nilai α sehingga dapat disimpulkan H_0 ditolak atau terdapat perubahan yang signifikan setelah diberikan terapi bermain game edukatif berbasis smartphone. Adanya perbedaan skor tingkat agresi pada anak usia prasekolah saat mengalami hospitalisasi disebabkan oleh pada penelitian ini anak diberikan permainan game edukatif pada smartphone yang dapat memberikan efek positif terhadap kondisi emosional anak.

Terapi bermain game edukatif berbasis smartphone dapat meningkatkan kesejahteraan emosional anak saat mengalami hospitalisasi. Pengaruh terapi ini dapat memberikan dampak rileks, nyaman, senang kepada anak. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang disampaikan Cole (2009) bahwa bermain dapat mengurangi gejala stres, kecemasan anak terkait lingkungan, dikarenakan saat anak merasa senang maka otak akan menghasilkan hormon kebahagiaan berupa neurotransmitter serotonin dan hormon endorfin sehingga dapat mengendalikan emosi serta merubah perilaku agresifnya, anak dapat merasa nyaman, senang, dan rileks berada dalam lingkungan rumah sakit.

Penggunaan smartphone memiliki dampak tersendiri bagi para penggunanya, baik orang dewasa ataupun anak-anak. Dampak yang

timbul bergantung dengan bagaimana orang tersebut menggunakannya dan memanfaatkannya. Adapun beberapa dampak positif smartphone pada anak yaitu menjadi media pembelajaran yang menarik, belajar bahasa inggris lebih mudah, serta meningkatkan logika lewat game interaktif yang edukatif. Hal tersebut dapat terjadi apabila orang tua mampu memberikan pengawasan, penegasan, serta pendekatan kepada anak terhadap gadget dengan baik (Meta, 2012).

6.1.3 Perbandingan Tingkat Agresi pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi

Tingkat agresi usia prasekolah yang diukur dengan menggunakan kuisioner hasil modifikasi dari PBQ, PHBQ, dan CBCL mendapatkan hasil dari 22 responden pada masing-masing kelompok, untuk kelompok kontrol didapati nilai mean 1.13, sedangkan untuk kelompok intervensi didapatkan hasil nilai mean 18,00 sehingga t-hitung 11,89 dan sig 0,00.

. Hasil tersebut menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan pada rata-rata tingkat agresi pada anak yang diberikan terapi bermain game edukasi berbasis smartphone lebih rendah dibandingkan dengan anak yang tidak diberikan intervensi, dengan hasil yang didapatkan p value = 0,000. Hal ini menunjukkan bahwa pemberian terapi bermain game edukasi berbasis smartphone yang diberikan pada kelompok intervensi bermanfaat untuk mengurangi tingkat agresi pada saat hospitalisasi.

Berdasarkan hasil postest, penurunan paling tinggi yaitu pada indikator agresi fisik pada kelompok kontrol dikarenakan respon emosional pada anak usia prasekola masih dalam kondisi tidak stabil.

anak akan melewati fase protes saat pertama kali mengalami tindakan yang tidak menyenangkan dimana anak akan menghindar dari kondisi dan tindakan yang tidak disenangi dengan respon agresi menyakiti orang lain dengan fisik dan verbal namun dengan teradinya proses adaptasi pada anak respon menghindar akan perlahan membaik dengan ditunjukkan dengan agresi fisik menurun dan respon agresi verbal akan tetap ditunjukkan berupa menangis dan menjerit (Behrman, 1999).

Menurut penelitian Cole (2009) bahwa terapi bermain berbasis smartphone dapat menurunkan stress, cemas, dan takut pada anak yang disebabkan oleh dampak hospitalisasi. Terapi ini dapat membuat anak usia prasekolah tersenyum, bahagia, serta semakin rileks dengan berinteraksi dengan hewan tersebut. Terapi bermain menggunakan smartphone akan menjadi media distraksi pada anak karena pada era sekarang, anak-anak lebih tertarik menggunakan smartphone yang merupakan hal menarik bagi anak dan dapat mengalihkan rasa takut dan cemas anak terhadap kondisi dan intervensi yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan. Hal ini juga dapat merangsang produksi hormon endorfin yang dapat memicu kerja hipotalamus untuk meningkatkan nafsu makan, berkurangnya stress, dan anak akan merasa rileks, sehingga sikap emosional anak yang ditunjukkan melalui perilaku agresi akan berangsur-angsur menurun. Hasil dari penelitian Riddick & DeSchiver (2015) juga menjelaskan bahwa dengan melakukan terapi Terapi bermain menggunakan smartphone dapat menurunkan tingkat stress. Selama proses bermain, otak akan membantu sekresi serotonin, prolaktin, dan oksitosin, yaitu hormon-hormon yang berperan dalam peningkatan mood.

Bermain juga meningkatkan rasa nyaman, memberikan relaksasi, dan membantu anak mengendalikan emosinya. Selain itu menurut Johnson (2008) rasa senang dan nyaman anak saat bermain smartphone dapat meningkatkan mood karena merangsang sekresi hormon serotonin, prolaktin dan oksitosin, hormon tersebut merupakan hormon yang berperan dalam meningkatkan mood, sehingga anak yang sedang merasa tidak nyaman dengan kondisi, lingkungan rumah sakit, dan tindakan yang kurang menyenangkan untuk anak dapat dikurangi dengan adanya peningkatan suasana hati pada anak. Sehingga anak dapat menerima kondisi rumah sakit dan tindakan yang diberikan oleh tenaga kesehatan dengan baik tanpa menolak dengan melakukan tindakan agresi.

6.2 Implikasi Keperawatan

6.2.1 Institusi tempat Penelitian

Hasil penelitian ini dapat diterapkan oleh institusi tempat penelitian yaitu Rumah Sakit Kanjuruhan Kepanjen Malang sebagai bahan untuk pertimbangan dan panduan dalam upaya menurunkan kondisi emosional anak berupa tindakan agresi terhadap tenaga kesehatan saat hospitalisasi, sehingga pelayanan rumah sakit dalam proses menyembuhkan anak usia prasekolah dapat dilakukan maksimal.

6.2.2 Pendidikan Keperawatan

Terapi bermain game edukatif berbasis smartphone merupakan sebuah terapi bermain yang dapat dijadikan referensi ilmu pengetahuan

dan upaya peningkatan mutu pelayanan terhadap anak-anak khususnya anak usia prasekolah.

6.3 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini masih memiliki keterbatasan dalam prosesnya, peneliti menyadari bahwa penelitian yang dilakukan memiliki beberapa kekurangan, sehingga penelitian perlu dikembangkan lebih luas. Adapun keterbatasan yang dimaksud yaitu :

1. Dalam teknis pengambilan data, peneliti bergantian datang ke Ruang Emputantular sesuai dengan shift yang sudah ditentukan. Hal ini menyebabkan BHSP ke responden menjadi tidak maksimal sehingga diperlukan usaha yang lebih banyak untuk mendapatkan kepercayaan responden.

BAB VII

PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Tingkat agresi responden pada kelompok kontrol menunjukkan tidak ada perubahan tingkat agresi pada kelompok ini.
2. Tingkat agresi responden pada kelompok intervensi menunjukkan bahwa pemberian terapi bermain game edukatif berbasis smartphone berpengaruh terhadap penurunan tingkat agresi pada anak usia prasekolah yang sedang mengalami hospitalisasi.
3. Terdapat pengaruh pemberian intervensi terapi bermain game edukatif berbasis smartphone terhadap tingkat agresi anak usia prasekolah (4-6 tahun) selama hospitalisasi di Rumah Sakit Kanjuruhan Kepanjen Malang.

7.2 Saran

Saran untuk penelitian ini adalah:

a. Ilmu Keperawatan

Mengembangkan metode pendidikan kesehatan dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya terhadap perawatan anak usia prasekolah yang mengalami hospitalisasi.

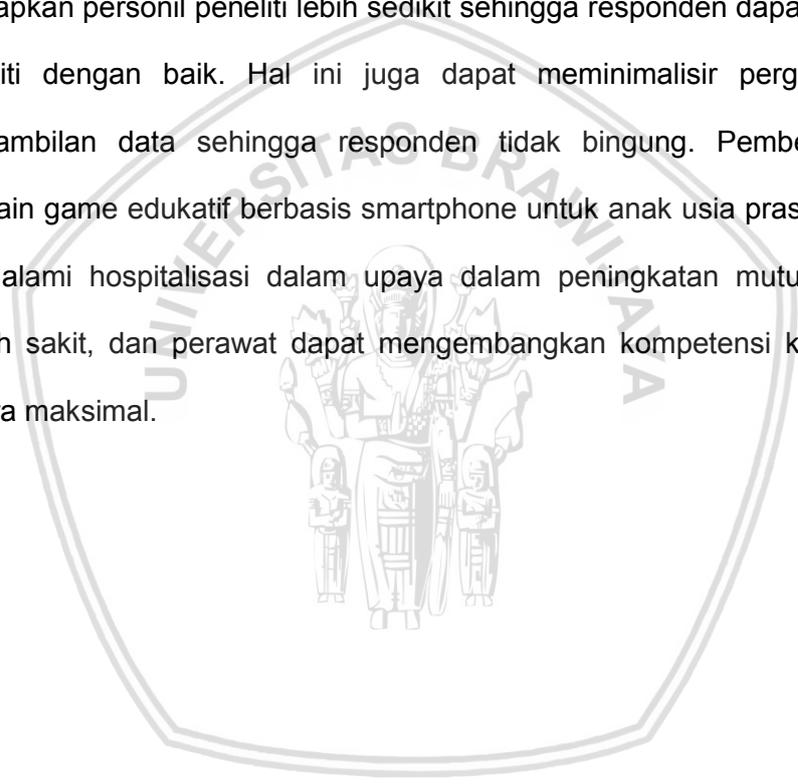
b. Institusi Penelitian

Berdasarkan hasil penelitian, bahwa pemberian terapi bermain game edukatif berbasis smartphone dapat memberikan pengaruh menurunkan tingkat agresi pada anak usia prasekolah saat mengalami hospitalisasi. Maka

disarankan bagi rumah sakit tempat peneliti melakukan penelitian untuk melanjutkan penerapan terapi bermain game edukatif berbasis smartphone untuk memberikan mutu pelayanan yang baik dan menurunkan tingkat agresi anak saat dilakukan tindakan saat hospitalisasi.

c. Penelitian Selanjutnya

Perlu dilakukan penelitian lanjutan, namun dalam penerapannya diharapkan personil peneliti lebih sedikit sehingga responden dapat mengenali peneliti dengan baik. Hal ini juga dapat meminimalisir pergantian shift pengambilan data sehingga responden tidak bingung. Pemberian terapi bermain game edukatif berbasis smartphone untuk anak usia prasekolah saat mengalami hospitalisasi dalam upaya dalam peningkatan mutu pelayanan rumah sakit, dan perawat dapat mengembangkan kompetensi keperawatan secara maksimal.



DAFTAR PUSTAKA

- Apriliawati, A. 2011. *Pengaruh biblioterapi terhadap tingkat kecemasan anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi di Rumah Sakit Islam Jakarta*. Tesis. Universitas Indonesia
- Anantasari. 2007. *Menyikapi Perilaku Agresif Anak*. Yogyakarta : Familia
- Andang, I. 2006. *Educations Games: Menjadi Cerdas dan Ceria dengan Permainan Edukasi*. Yogyakarta: Pilar Media-Anggota IKPJ
- Arikunto, S. 2008. *Prosedur Penelitian, Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Berman, A. 2009. *Buku ajar keperawatan klinis Kozier & Erb*. Jakarta: EGC
- Berman, Snyder, Kozier, & Erb. 2009. *Buku Ajar Keperawatan Klinis Kozier & Erb*, edisi 5. Jakarta: EGC
- Brunner and Suddarth. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, edisi 8 volume 2. Jakarta: EGC
- Brusco, J. M. 2010. Using Smartphone Applications in Perioperative Practice. *AORN Journal*, 92(5): 503-506.
- Berkowitz, L. 1995. *Agresi I, Sebab dan Akibatnya*. Terjemahan Hartati Woro Susiatni. Jakarta: PT Pustaka Binaman Pressindo.
- Chambers, C. T., Taddio, A., Uman, L. S., & McMurty M. 2009. Psychological interventions for reducing pain and distress during routine childhood immunizations: A systematic review. *Clinical Therapeutic*, 31, 77-103
- Dachi, J. *Hospitalisasi*, (online), (<http://www.jovandc.multiply.com>, pada tanggal 24 Oktober 2017)
- Dharma, K. K. 2011. *Metodologi penelitian keperawatan: Panduan melaksanakan dan menerapkan hasil penelitian*. Jakarta: Trans Info Media
- Feist, J. & Feist, G. 2010. *Teori Kepribadian*, edisi 2. Jakarta: Salemba Humanika
- Hidayat, A. A. 2007. *Siapa bilang anak sehat pasti cerdas, 6 kunci sukses mempersiapkan anak tumbuh sehat dan cerdas*. Jakarta: PT gramedia
- Hidayat, A. A. 2008. *Pengantar ilmu kesehatan anak untuk pendidikan kebidanan*: Jakarta. Salemba medika
- Klossner, N. J. 2006. *Introductory Maternity And Pediatric Nursing*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
- Koeswara, E. 1988. *Agresi Manusia*. Bandung: PT Eresco.
- Krahe. B. 2005. *Perilaku Agresif*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar
- Masulili, Fitria. 2013. *Metode Bimbingan Imajinasi Rekaman Audio Untuk Menurunkan Stres Hospitalisasi pada Anak Usia Sekolah di Rumah Sakit*. 1(2), 2.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta

- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nursalam. 2001. *Pendekatan praktis metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta: Info Medika.
- Nursalam. 2003. *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam. 2008. *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Patmonodewo, S. 2003. *Pendidikan Anak Prasekolah*. Jakarta: PT Bhineka Cipta
- Piaget, J. 1952. *The Child's Conception of Number*. London: Routledge and Kegan Paul
- Potter, P. A. & Perry, A. G. 2005. *Fundamental keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Potter, P.A & Perry, A. 2010. *Fundamental of Nursing: Konsep, Proses and Practice*, edisi 7. vol. 3. Jakarta: EGC
- Price, S. A. 2006. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*, edisi 6 volume 2. Jakarta: EGC
- Sukoati, S. & Astarini, K. 2012. Aktivitas Bermain Mewarnai dapat Meningkatkan Mekanisme Koping Adaptif saat Menghadapi Stres Hospitalisasi pada Anak. *STIKES*. 5(2),2.
- Supartini, Y. 2004. *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta: EGC
- Suprihatin. T. 2012. Agresivitas Anak. *Proyeksi*, 6 (1): 53-61.
- Wong, D. L. & Kockenberry, M. J. 2007. *Wong's nursing care of infants and children*. St Louis, Missouri: Mosby Inc
- Wong, Donna L., dkk. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Volume 1*. Jakarta: EGC.
- Wong, L. Donna. 2009. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*, edisi 6, volume 1. Jakarta: EGC