

**PENGARUH TERAPI BERMAIN GAME EDUKATIF BERBASIS
SMARTPHONE TERHADAP TINGKAT KOOPERATIF ANAK USIA PRA
SEKOLAH (4-6 TAHUN) YANG MENJALANI HOSPITALISASI DI RSUD**

KANJURUHAN KEPANJEN KABUPATEN MALANG

TUGAS AKHIR

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan**



Adira Deandra Chairie

145070207111008

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MALANG

2018

HALAMAN PERSETUJUAN

TUGAS AKHIR

PENGARUH TERAPI BERMAIN GAME EDUKATIF BERBASIS SMARTPHONE

TERHADAP TINGKAT KOOPERATIF ANAK USIA PRASEKOLAH (4-6

TAHUN) YANG MENJALANI HOSPITALISASI DI RSUD KANJURUHAN

KEPANJEN KABUPATEN MALANG

Untuk Memenuhi Persyaratan

Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan

Oleh:

Adira Deandra Chairie

NIM 145070207111008

Menyetujui untuk diuji:

Pembimbing-I,

Pembimbing-II,

dr. Danik Agustin Purwantiningrum, M.kes

Ns. Septi Dewi Rachmawati, S.kep., M.Ng

197208221998022002

198109142006042001

UNIVERSITAS BRAWIJAYA



HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

**PENGARUH TERAPI BERMAIN GAME EDUKATIF BERBASIS SMARTPHONE
TERHADAP TINGKAT KOOPERATIF ANAK USIA PRASEKOLAH (4-6
TAHUN) YANG MENJALANI HOSPITALISASI DI RSUD KANJURUHAN
KEPANJEN KABUPATEN MALANG**

Oleh:

Adira Deandra Chairie

NIM 14507020711008

Telah diuji pada

Hari : Rabu

Tanggal : 16 Mei 2018

dan dinyatakan lulus oleh:

Penguji-I

Ns. Rinik Eko Kapti, S.Kep., M.Kep.

NIP. 198201312008122003

Pembimbing-I/Penguji-II,

Pembimbing-II/Penguji-III,

dr. Danik Agustin P., M.kes

Ns. Septi Dewi R., S.Kep., M.Ng

NIP. 197208221998022002

NIK. 198109142006042001

Mengetahui,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan,

Dr. Ahsan, S.Kp., M.Kes

NIP. 196408141984011001

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Adira Deandra Chairie

NIM : 14507020711008

Program Studi: Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran

Universitas Brawijaya

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil-alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya. Apabila di kemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Malang,

(Adira Deandra Chairie)

NIM. 145070207111008

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan berkat dan rahmat-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir sebagai syarat untuk menempuh ujian sarjana di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya dengan judul "Pengaruh Terapi Bermain *Game* Edukatif Berbasis *Smartphone* terhadap Tingkat Kooperatif Anak Usia Prasekolah (4-6 Tahun) yang Menjalani Hospitalisasi di RSUD Kanjuruhan Kepanjen Kabupaten Malang".

Selama penulisan tugas ini penulis mendapat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dr. dr. Sri Andarini M.Kes selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti studi Ilmu Keperawatan di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang.
2. Dr. Ahsan S.Kp., M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang.
3. dr. Danik Agustin Purwatinigrum, M.Kes sebagai pembimbing pertama yang telah membimbing, memberi masukan serta semangat sehingga saya dapat menyelesaikan tugas akhir ini.
4. Ns. Septi Dewi R, S.Kep., M.Ng sebagai pembimbing ke dua yang telah membimbing, memberi masukan serta semangat sehingga saya dapat menyelesaikan tugas akhir ini.
5. Ns. Niko Dima K, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Kom selaku koordinator tugas akhir PSIK Universitas Brawijaya Malang yang telah membantu

memberikan arahan dalam mengkoordinasikan proses penyelesaian tugas akhir.

6. Teteh, Akang, dan Papa yang selalu mendoakan, memberikan dukungan dalam segala bentuk.

7. Heidy, Dinda, Indi, Tya, Efa, Kak Tata, Cucu, Ayu, Linda, Feny, Gilang, Puguh, Eccy, Niya, Rahma, Sisca, yang selalu memberi motivasi dan semangat dalam menyusun tugas akhir ini.

8. Fikri, Nasya, Farah, Dina, Arin, Putri, dan Falih yang selalu memberikan semangat dan selalu ada saat dibutuhkan baik sehari-hari atau dalam proses penyelesaian tugas akhir ini, meski tidak secara langsung dan dari jauh.

9. Renanda Afilia Ramdhan yang selalu memberikan semangat dan selalu ada saat dibutuhkan baik sehari-hari atau dalam proses penyelesaian tugas akhir ini.

10. Seluruh teman-teman seperjuangan PSIK FKUB tahun angkatan 2014 yang telah membantu dan memberi motivasi kepada penulis.

11. Semua pihak yang turut berperan dalam penyelesaian tugas akhir ini.

Dalam penulisan karya ilmiah ini, penulis menyadari bahwa masih terdapat banyak kekurangan dan keterbatasan. Untuk itu penulis mengharapkan masukan dan kritik dari para pembaca guna untuk peningkatan karya ilmiah selanjutnya.

Semoga rencana penelitian dapat bermanfaat bagi masyarakat pada umumnya dan pengembangan ilmu pengetahuan serta profesi keperawatan.

Atas segala bimbingan dan bantuan yang telah diberikan selama penyusunan tugas akhir ini, penulis mengucapkan terima kasih.

ABSTRAK

Chairie, Adira Deandra. 2018. *Pengaruh Terapi Bermain Game Edukatif Berbasis Smartphone Terhadap Tingkat Kooperatif Anak Usia Prasekolah (4-6 Tahun) yang Menjalani Hospitalisasi di RSUD Kanjuruhan Kepanjen Kabupaten Malang*. Tugas Akhir, Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) dr. Danik Agustin Purwantiningrum, M.Kes. (2) Ns. Septi Dewi Rachmawati., S.Kep., M.Ng.

Smartphone apabila digunakan secara tepat, dapat memberikan dampak positif bagi penggunaannya, termasuk anak yaitu memiliki fungsi adaptif untuk mengembangkan kreativitas anak. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh terapi bermain *game* edukatif berbasis *smartphone* terhadap tingkat kooperatif anak usia prasekolah (4-6 tahun) yang menjalani hospitalisasi. Rancangan penelitian menggunakan desain *quasi experiment* dengan metode *non equivalent control gorup design*, dengan sampel setiap kelompok tidak dipilih secara random. Sampel dipilih dengan cara *Non probability sampling* dengan teknik *purposive sampling* yang kemudian dibagi menjadi dua kelompok, yaitu kelompok kontrol ($n=22$), dan kelompok perlakuan ($n=22$). Variabel yang diukur dalam penelitian ini adalah perilaku kooperatif anak. Analisis uji T dependen pada kelompok perlakuan menunjukkan hasil signifikan ($p=0.001$) dan pada kelompok kontrol menunjukkan tidak berbeda secara signifikan ($p=0.143$). Hasil perbandingan kelompok kontrol dan perlakuan dengan uji T indepenen menunjukkan nilai $P < \alpha$ ($0.014 < 0.05$), bahwa terdapat perbedaan hasil antara kelompok kontrol dan perlakuan. Salah satu kriteria ada sampel pada penelitian ini adalah anak yang sudah terpapar oleh *smartphone*. Kesimpulan dari penelitian ini adalah metode terapi bermain *game* edukatif berbasis *smartphone* dapat meningkatkan skor perilaku kooperatif anak usia prasekolah (4-6 tahun) yang mengalami hospitalisasi di RSUD Kanjuruhan Kepanjen Kabupaten Malang.

Kata kunci : *Smartphone*, perilaku kooperatif, hospitalisasi, anak prasekolah

ABSTRACT

Chairie, Adira Deandra. 2018. *Effect of Play Therapy Educative Game by Smartphone on Hospitalized Preschool Children (4-6 years old) Cooperative Behaviour at Kanjuruhan Kepanjen Hospital Malang Regency*. Final Assignment, Nursing Program, Faculty of Medicine, Brawijaya University. Mentor: (1) dr. Danik Agustin Purwantiningrum, M.Kes. (2) Ns. Septi Dewi Rachmawati, S.Kep., M.Ng.

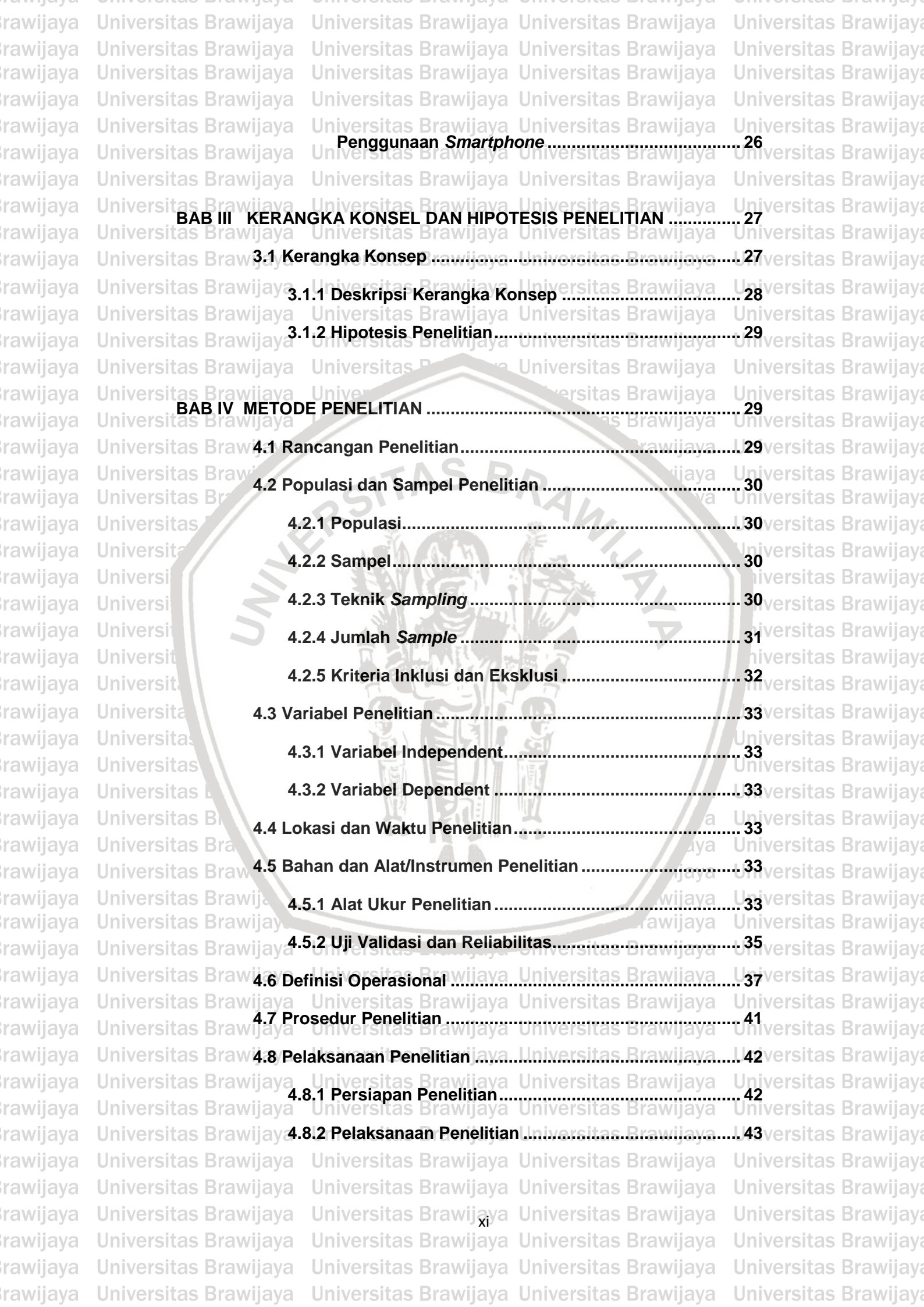
Positive impact will come when smartphone is being used properly. This research conducts to know the improvement of cooperative behaviour's on preschool childrens who were hospitalized. This research using quasi experiment design with non equivalent control group design. The sample of the group are not chosen by random. Samples are chosen by non probability sampling with the technique of purposive sampling then divided into two groups. There are control group (n=22) and treatment group (n=22). Variable that measured in this research is children's cooperative behaviour. T test analysis dependent on treatment group showed a significant result ($p = 0.001$) and for the control group not significant result is shown ($p=0.0143$). The result on the comparison in control group and treatment group with independent T test shows the P value $< \alpha$ ($0.014 < 0.05$), that there is some impact of using smartphone to provide educative game therapy is to improve the cooperative behaviour score in the treatment group. One of the criteria of the sample is those whom already been exposed to smartphone. The conclusion of this research is that there is some impact of using smartphone to provide an educative game therapy to increase the cooperative behaviour of children in preschool aged (4-6 years old) who are hospitalized in General Hospital Kanjuruhan Kepanjen Malang Regency.

Keyword: Smartphone, cooperative treatment, hospitalization, children pre-school.

DAFTAR ISI

| | |
|---|-------------|
| Judul | i |
| Halaman Persetujuan | ii |
| Halaman Pengesahan | iii |
| Pernyataan Keaslian Tulisan | iv |
| Kata Pengantar | v |
| Abstrak | vii |
| Abstract | viii |
| Daftar Isi | ix |
| Daftar Gambar | xiv |
| Daftar Lampiran | xv |
| Daftar Tabel | xvi |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| 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 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | 7 |
| 2.1 Konsep Anak | 7 |
| 2.1.1 Definisi Anak | 7 |
| 2.1.2 Anak Usia Prasekolah | 7 |
| 2.2 Konsep Hospitalisasi | 9 |
| 2.2.1 Definisi Hospitalisasi | 9 |

| | | |
|---------|---|----|
| 2.2.2 | Stressor dan Reaksi Anak Usia Prasekolah terhadap Hospitalisasi | 9 |
| 2.2.3 | Dampak Hospitalisasi | 13 |
| 2.2.4 | Manfaat Hospitalisasi | 13 |
| 2.2.5 | Reaksi Anak terhadap Hospitalisasi | 14 |
| 2.3 | Konsep Perilaku Kooperatif | 14 |
| 2.3.1 | Definisi Perilaku Kooperatif | 14 |
| 2.3.2 | Klasifikasi Tingkat Kooperatif | 15 |
| 2.3.3 | Faktor-Faktor yang Berpengaruh Terhadap Sikap Kooperatif Anak | 17 |
| 2.3.4 | Faktor yang Dapat Menimbulkan Dampak Hospitalisasi | 18 |
| 2.3.5 | Alat Ukur Kooperatif pada Anak | 19 |
| 2.3.5.1 | <i>Frankl's Behavior Rating Scale</i> | 19 |
| 2.3.5.2 | <i>Sarnat Behavior Scale</i> | 20 |
| 2.3.5.3 | <i>Venham Behavior Rating Scale</i> | 21 |
| 2.4 | Konsep Bermain | 21 |
| 2.4.1 | Definisi Bermain | 21 |
| 2.4.2 | Urgensi Bermain bagi Anak | 22 |
| 2.4.3 | Bentuk Permainan bagi Anak | 22 |
| 2.5 | Konsep <i>Game</i> Edukatif | 23 |
| 2.5.1 | Definisi <i>Game</i> Edukatif | 23 |
| 2.5.2 | Manfaat <i>Game</i> Edukatif | 24 |
| 2.6 | Konsep <i>Smartphone</i> | 24 |
| 2.6.1 | Definisi <i>Smartphone</i> | 24 |
| 2.6.2 | Manfaat <i>Smartphone</i> bagi Anak Usia Dini | 24 |
| 2.6.3 | Cara Mengatasi Dampak Negatif dari | |



Penggunaan Smartphone 26

BAB III KERANGKA KONSEL DAN HIPOTESIS PENELITIAN 27

3.1 Kerangka Konsep 27

3.1.1 Deskripsi Kerangka Konsep 28

3.1.2 Hipotesis Penelitian 29

BAB IV METODE PENELITIAN 29

4.1 Rancangan Penelitian 29

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian 30

4.2.1 Populasi 30

4.2.2 Sampel 30

4.2.3 Teknik *Sampling* 30

4.2.4 Jumlah *Sample* 31

4.2.5 Kriteria Inklusi dan Eksklusi 32

4.3 Variabel Penelitian 33

4.3.1 Variabel Independent 33

4.3.2 Variabel Dependent 33

4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian 33

4.5 Bahan dan Alat/Instrumen Penelitian 33

4.5.1 Alat Ukur Penelitian 33

4.5.2 Uji Validasi dan Reliabilitas 35

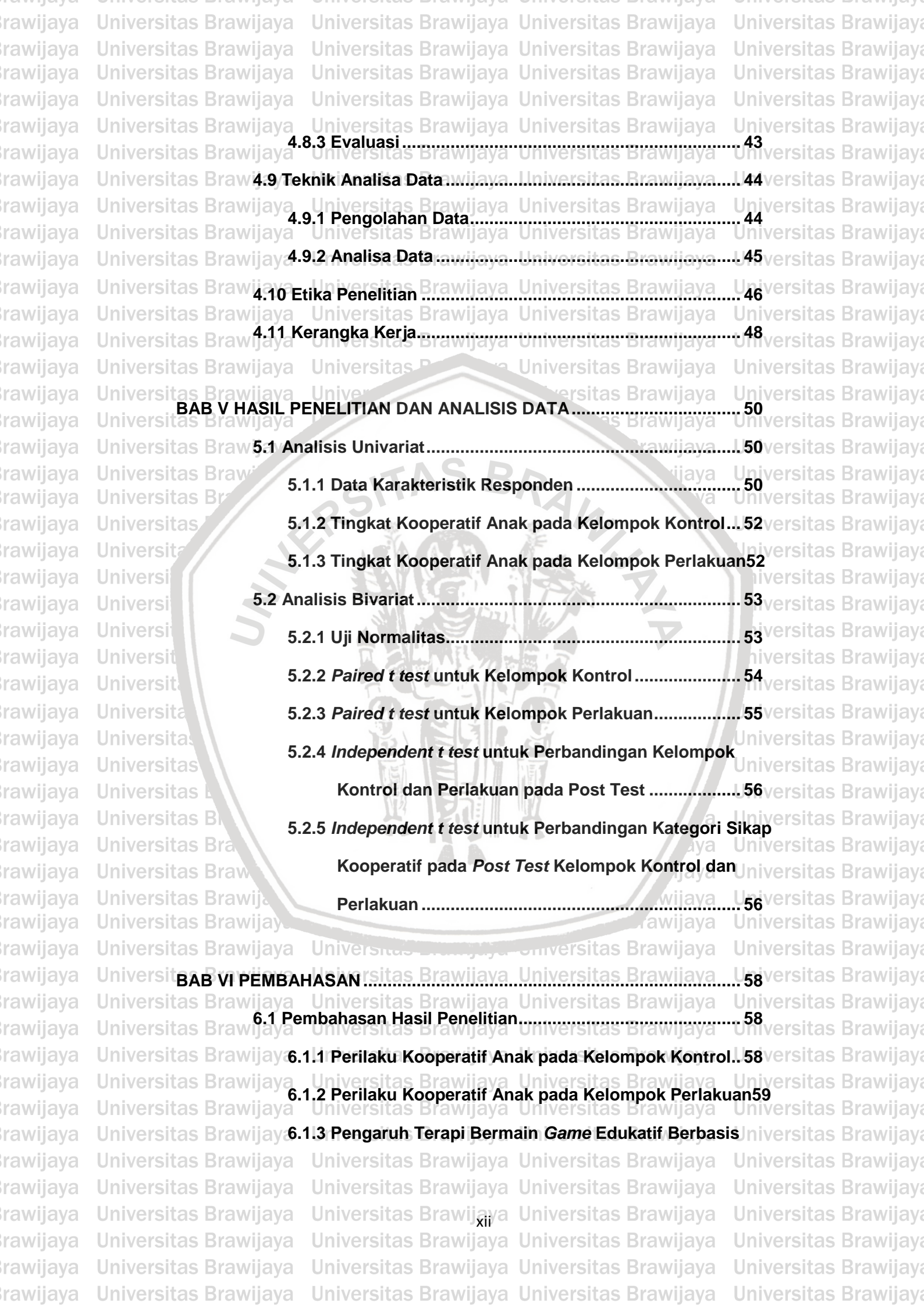
4.6 Definisi Operasional 37

4.7 Prosedur Penelitian 41

4.8 Pelaksanaan Penelitian 42

4.8.1 Persiapan Penelitian 42

4.8.2 Pelaksanaan Penelitian 43



| | |
|-------------------------------|----|
| 4.8.3 Evaluasi | 43 |
| 4.9 Teknik Analisa Data | 44 |
| 4.9.1 Pengolahan Data | 44 |
| 4.9.2 Analisa Data | 45 |
| 4.10 Etika Penelitian | 46 |
| 4.11 Kerangka Kerja | 48 |

BAB V HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA 50

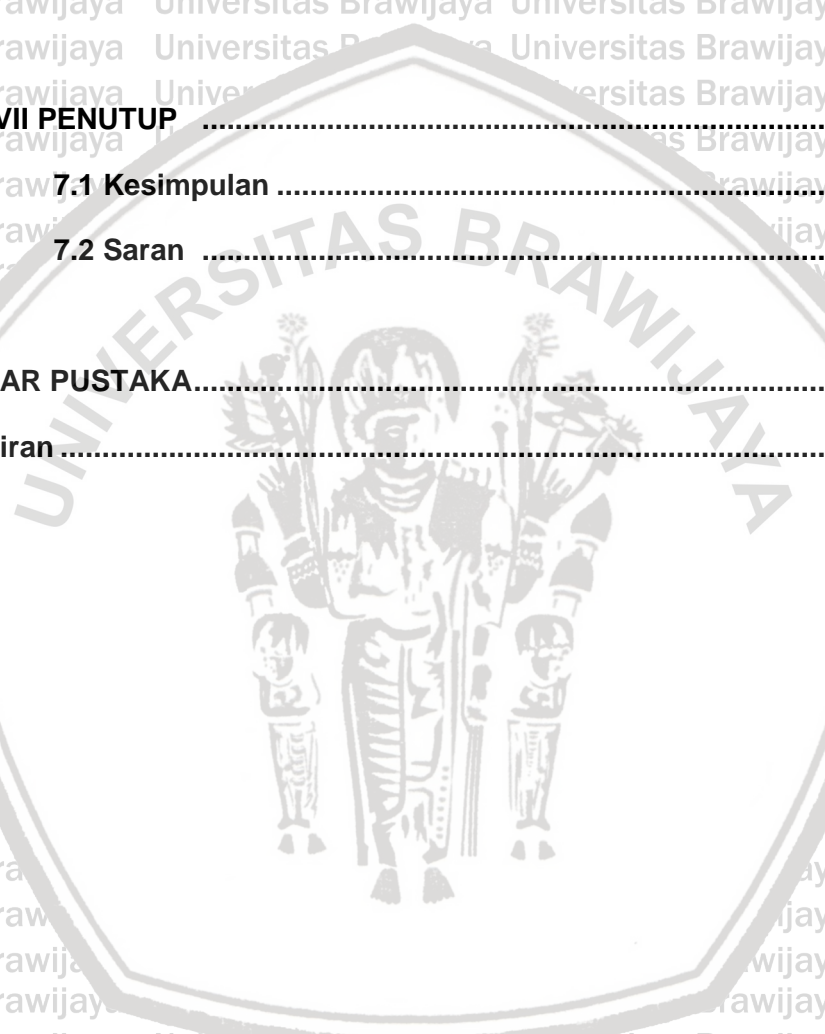
| | |
|---|----|
| 5.1 Analisis Univariat | 50 |
| 5.1.1 Data Karakteristik Responden | 50 |
| 5.1.2 Tingkat Kooperatif Anak pada Kelompok Kontrol | 52 |
| 5.1.3 Tingkat Kooperatif Anak pada Kelompok Perlakuan | 52 |
| 5.2 Analisis Bivariat | 53 |
| 5.2.1 Uji Normalitas | 53 |
| 5.2.2 <i>Paired t test</i> untuk Kelompok Kontrol | 54 |
| 5.2.3 <i>Paired t test</i> untuk Kelompok Perlakuan | 55 |
| 5.2.4 <i>Independent t test</i> untuk Perbandingan Kelompok Kontrol dan Perlakuan pada Post Test | 56 |
| 5.2.5 <i>Independent t test</i> untuk Perbandingan Kategori Sikap Kooperatif pada <i>Post Test</i> Kelompok Kontrol dan Perlakuan | 56 |

BAB VI PEMBAHASAN 58

| | |
|---|----|
| 6.1 Pembahasan Hasil Penelitian | 58 |
| 6.1.1 Perilaku Kooperatif Anak pada Kelompok Kontrol | 58 |
| 6.1.2 Perilaku Kooperatif Anak pada Kelompok Perlakuan | 59 |
| 6.1.3 Pengaruh Terapi Bermain <i>Game</i> Edukatif Berbasis | |

Smartphone Terhadap Tingkat Kooperatif pada

| | |
|--|-----------|
| Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol | 61 |
| 6.2 Implikasi Terhadap Keperawatan..... | 63 |
| 6.2.1 Manfaat Teoritis | 63 |
| 6.2.2 Manfaat Praktis | 64 |
| 6.3 Keterbatasan Penelitian | 64 |
| BAB VII PENUTUP | 65 |
| 7.1 Kesimpulan | 65 |
| 7.2 Saran | 66 |
| DAFTAR PUSTAKA..... | 66 |
| Lampiran | 71 |



DAFTAR GAMBAR

Gambar 5.1 Karakteristik responden berdasarkan usia..... 50

Gambar 5.2 Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin..... 51

Gambar 5.3 Tingkat kooperatif anak pada kelompok kontrol..... 52

Gambar 5.4 Tingkat kooperatif anak pada kelompok perlakuan..... 52



DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|--|----|
| Lampiran 1 Penjelasan Mengikuti Penelitian..... | 71 |
| Lampiran 2 Pernyataan Persetujuan Berpartisipasi dalam Penelitian | 72 |
| Lampiran 3 Kisi-kisi Lembar Observasi..... | 73 |
| Lampiran 4 Lembar Kuesioner Responden..... | 74 |
| Lampiran 5 SOP Bermain..... | 77 |
| Lampiran 6 Gambaran Aplikasi <i>Game</i> Edukatif Berbasis <i>Smartphone</i> | 79 |
| Lampiran 7 Validitas dan Reliabilitas | 80 |
| Lampiran 8 Statistik Deskriptif..... | 81 |
| Lampiran 9 Uji normalitas | 84 |
| Lampiran 10 Uji t berpasangan | 85 |
| Lampiran 11 Surat Keterangan Kelayakan Etik..... | 87 |
| Lampiran 12 Lembar Konsultasi Dosen Pembimbing..... | 88 |
| Lampiran 13 <i>Curriculum Vitae</i> | 90 |
| Lampiran 14 Dokumentasi Penelitian..... | 92 |

DAFTAR TABEL

| | |
|--|----|
| Tabel 4.1 Rancangan Penelitian | 29 |
| Tabel 4.2 Definisi Operasional | 37 |
| Tabel 5.1 Karakteristik responden berdasarkan usia | 50 |
| Tabel 5.2 Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin | 51 |
| Tabel 5.3 Hasil uji normalitas (Shapiro-wilk) sebelum dan sesudah intervensi kelompok kontrol dan perlakuan | 53 |
| Tabel 5.4 Uji <i>paired t test</i> untuk kelompok kontrol | 54 |
| Tabel 5.5 Nilai <i>p value paired t test</i> pada Kelompok Kontrol | 54 |
| Tabel 5.6 Uji <i>paired t test</i> untuk kelompok perlakuan | 55 |
| Tabel 5.7 Nilai <i>p value paired t test</i> pada Kelompok Perlakuan | 55 |
| Tabel 5.8 Hasil uji <i>independent t test</i> perbandingan kelompok kontrol dan perlakuan | 56 |
| Tabel 5.9 Hasil uji <i>independent t test</i> pada kategori sikap kooperatif perbandingan kelompok kontrol dan perlakuan | 56 |

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

**PENGARUH TERAPI BERMAIN GAME EDUKATIF BERBASIS SMARTPHONE
TERHADAP TINGKAT KOOPERATIF ANAK USIA PRASEKOLAH (4-6
TAHUN) YANG MENJALANI HOSPITALISASI DI RSUD KANJURUHAN
KEPANJEN KABUPATEN MALANG**

Oleh:

Adira Deandra Chairie
NIM 14507020711008

Telah diuji pada

Hari : Rabu

Tanggal : 16 Mei 2018

dan dinyatakan lulus oleh:

Penguji-I,

Ns. Rinik Eko Kanti, S.Kep., M.Kep.
NIP. 198201312008122003

Pembimbing-I/Penguji-II,

dr. Danik Agustin P., M.kes
NIP. 197208221998022002

Pembimbing-II/Penguji-III,

Ns. Septi Dewi R., S.Kep., W.Ng
NIK. 198109142006042001

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan,

Dr. Ahsan, S.Kp., M.Kes
NIP. 196408141984011001



ABSTRAK

Chairie, Adira Deandra. 2018. *Pengaruh Terapi Bermain Game Edukatif Berbasis Smartphone Terhadap Tingkat Kooperatif Anak Usia Prasekolah (4-6 Tahun) yang Menjalani Hospitalisasi di RSUD Kanjuruhan Kapanjen Kabupaten Malang*. Tugas Akhir, Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) dr. Danik Agustin Purwantiningrum, M.Kes. (2) Ns. Septi Dewi Rachmawati., S.Kep., M.Ng.

Smartphone apabila digunakan secara tepat, dapat memberikan dampak positif bagi penggunaannya, termasuk anak yaitu memiliki fungsi adaptif untuk mengembangkan kreativitas anak. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh terapi bermain *game* edukatif berbasis *smartphone* terhadap tingkat kooperatif anak usia prasekolah (4-6 tahun) yang menjalani hospitalisasi. Rancangan penelitian menggunakan desain *quasi experiment* dengan metode *non equivalent control gorup design*, dengan sampel setiap kelompok tidak dipilih secara random. Sampel dipilih dengan cara *Non probability sampling* dengan teknik *purposive sampling* yang kemudian dibagi menjadi dua kelompok, yaitu kelompok kontrol (n=22), dan kelompok perlakuan (n=22). Variabel yang diukur dalam penelitian ini adalah perilaku kooperatif anak. Analisis uji T dependen pada kelompok perlakuan menunjukkan hasil signifikan ($p=0.001$) dan pada kelompok kontrol menunjukkan tidak berbeda secara signifikan ($p=0.143$). Hasil perbandingan kelompok kontrol dan perlakuan dengan uji T indepenen menunjukkan nilai $P < \alpha$ ($0.014 < 0.05$), bahwa terdapat perbedaan hasil antara kelompok kontrol dan perlakuan. Salah satu kriteria ada sampel pada penelitian ini adalah anak yang sudah terpapar oleh *smartphone*. Kesimpulan dari penelitian ini adalah metode terapi bermain *game* edukatif berbasis *smartphone* dapat meningkatkan skor perilaku kooperatif anak usia prasekolah (4-6 tahun) yang mengalami hospitalisasi di RSUD Kanjuruhan Kapanjen Kabupaten Malang.

Kata kunci : *Smartphone*, perilaku kooperatif, hospitalisasi, anak prasekolah

ABSTRACT

Chairie, Adira Deandra. 2018. *Effect of Play Therapy Educative Game by Smartphone on Hospitalized Preschool Children (4-6 years old) Cooperative Behaviour at Kanjuruhan Kepanjen Hospital Malang Regency*. Final Assignment, Nursing Program, Faculty of Medicine, Brawijaya University. Mentor: (1) dr. Danik Agustin Purwantiningrum, M.Kes. (2) Ns. Septi Dewi Rachmawati, S.Kep., M.Ng.

Positive impact will come when smartphone is being used properly. This research conducts to know the improvement of cooperative behaviour's on preschool childrens who were hospitalized. This research using quasi experiment design with non equivalent control group design. The sample of the group are not chosen by random. Samples are chosen by non probability sampling with the technique of purposive sampling then divided into two groups. There are control group (n=22) and treatment group (n=22). Variable that measured in this research is children's cooperative behaviour. T test analysis dependent on treatment group showed a significant result ($p = 0.001$) and for the control group not significant result is shown ($p=0.0143$). The result on the comparison in control group and treatment group with independent T test shows the P value $< \alpha$ ($0.014 < 0.05$), that there is some impact of using smartphone to provide educative game therapy is to improve the cooperative behaviour score in the treatment group. One of the criteria of the sample is those whom already been exposed to smartphone. The conclusion of this research is that there is some impact of using smartphone to provide an educative game therapy to increase the cooperative behaviour of children in preschool aged (4-6 years old) who are hospitalized in General Hospital Kanjuruhan Kepanjen Malang Regency.

Keyword: Smartphone, cooperative treatment, hospitalization, children pre-school.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Anak-anak memiliki kerentanan biologis, perkembangan dan perilaku yang unik. Pada dasarnya, anak-anak adalah segmen masyarakat yang paling rentan dan berisiko lebih besar terhadap tingkat kesakitan dan kematian daripada orang dewasa (Petter Illig, 2004).

Angka kesakitan anak di Indonesia berdasarkan Survei Kesehatan Nasional (Susenas) tahun 2014, di daerah perkotaan sebesar 14,54% sedangkan di daerah perdesaan sebesar 15,09%. (Susenas, 2014).

Hospitalisasi dapat menimbulkan banyak efek buruk pada anak-anak. Hal tersebut perlu dikenali dan diatasi untuk dapat meminimalkan dampak negatif dari hospitalisasi yang dirasakan anak, diantaranya adalah trauma fisik, emosional dan sosial yang sering disebabkan oleh rasa nyeri, ketakutan, dan pilihan pengobatan. Menjalani hospitalisasi mengharuskan anak untuk berpisah dari keluarga dan lingkungannya, mengalami perubahan dalam rutinitas sehari-hari, dan mengalami serangkaian pengalaman yang tidak menyenangkan merupakan hal-hal yang berlawanan dengan kebutuhan perkembangan anak (Khamees, 2015)

Pada masa prasekolah (usia 3-5 th) reaksi anak terhadap hospitalisasi adalah menolak makan, sering bertanya, menangis perlahan, dan tidak kooperatif terhadap petugas kesehatan. Pada masa ini merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan dasar yang akan mempengaruhi dan menentukan perkembangan anak selanjutnya (Soetjiningsih, 2002). Maka apabila emosi anak terganggu menyebabkan perilaku anak menjadi sulit untuk bekerja sama dengan orang lain sejak awal dikawatirkan akan terbawa

hingga dewasa yang dapat memicu timbulnya permasalahan yang lebih berat lagi. Hospitalisasi sering dipersepsikan oleh anak sebagai hukuman, sehingga ada perasaan malu, takut sehingga menimbulkan reaksi agresif, marah, berontak, dan ketidak kooperatifan anak seperti tidak mau bekerja sama dengan perawat (Rahma, 2009). Apabila kondisi tidak kooperatif seperti ini berlanjut maka akan menimbulkan gangguan tumbuh kembangnya juga mempersulit pelaksanaan prosedur tindakan medis hingga dewasa kedepan (Langthasa, Yeluri, Jain, dan Munshi, 2012). Dampak jangka panjang dari anak usia prasekolah yang mengalami dampak negative dari hospitalisasi adalah terhambatnya tumbuh kembang anak, karena pada masa ini anak sedang dalam masa *golden age*, yaitu anak mengalami banyak perkembangan (Subardiah, 2009).

Respon negatif yang disebabkan dari hospitalisasi dapat dikurangi dengan melakukan berbagai hal yaitu, meminimalkan pengaruh perpisahan, meminimalkan kehilangan kontrol dan otonomi, mencegah atau meminimalkan cedera fisik, mempertahankan aktivitas yang menunjang perkembangan, bermain, memaksimalkan manfaat hospitalisasi anak, mendukung anggota keluarga, dan mempersiapkan anak untuk dirawat di rumah sakit (Hockenbery dan Wilson, 2007).

Bermain telah lama dianggap sebagai suatu elemen penting dalam pertumbuhan dan perkembangan normal anak, dan sudah banyak digunakan dalam perawatan pada rumah sakit di negara barat untuk mengatasi stress yang dialami oleh pasien anak-anak (William H., Joyce, dkk., 2016).

Salah satu fungsi bermain pada anak adalah untuk menciptakan nilai terapeutik, yaitu bermain dapat menjadikan diri anak lebih senang dan nyaman sehingga dapat menghindari stress dan ketegangan yang dialami

oleh anak, mengingat bermain dapat menghibur diri anak terhadap dunianya (A. Aziz Alimul H., 2008).

Bermain juga dapat membangun perubahan perilaku anak untuk dapat lebih menerima dan tenang dalam prosedur rumah sakit yang harus dijalankan (Ana Gabriela B. F., dkk., 2011).

Pada era modern saat ini, dengan muncul dan tersebar luasnya teknologi baru seperti *smartphone* membuat manusia bergantung pada teknologi secara ekstensif ke dalam kehidupan dan menjadikan teknologi menjadi salah aspek fundamental dalam kehidupannya. (Emad dan Eman, 2015).

Smartphone dilengkapi dengan berbagai macam kemampuan, yang salah satunya adalah untuk bermain *game* (S. Gowthami, 2016).

Menristekdikti mengatakan bahwa jumlah pengguna *smartphone* di Indonesia pada tahun 2017 mencapai sekitar 25% dari penduduk, atau sekitar 65 juta orang. Perkiraan yang dinyatakan oleh lembaga riset digital marketing Emarketer yang dilansir oleh KOMINFO adalah pada tahun 2018 jumlah pengguna aktif *smartphone* di Indonesia lebih dari 100 juta orang.

Dalam suatu jurnal dari *American Academy of Pediatrics* mengatakan bahwa kemampuan media *mobile* untuk dapat mendistraksi dan memberi keuntungan bagi anak sudah terbukti secara efektif, dan oleh karena itu, teknik distraksi ini semakin sering dilakukan untuk dapat mendistraksi anak saat pemberian penanganan medis yang tidak mudah untuk diterima anak. (Hilda K. Kabali, Matilde M. Irigoyen, Rosmary Nunez-Davis, Jennifer G. Budacki, Sweta H. Mohanty, Kristin P. Leister, dkk., 2015). Selain itu, dengan bermain dapat meningkatkan suasana hati seseorang menjadi senang, yaitu dengan terangsangnya hormon oksitosin, serotonin, endorfin, dan dopamin (Dariush D. Farhud, Martam Malmir, dan Mohammad Khanahmadi, 2014).

Menurut uraian tersebut, dapat diketahui bahwa dampak dari hospitalisasi pada anak prasekolah akan mengganggu perilakunya termasuk tingkat kooperatif anak terhadap perawatan, dan apabila tidak segera ditangani dapat menimbulkan masalah yang lebih besar. Namun, dampak tersebut dapat dikurangi salah satunya adalah dengan cara memberikan distraksi kepada anak. Hasil dari uraian tersebut menjadi dasar bagi peneliti untuk menemukan apakah terdapat pengaruh dalam pemberian terapi bermain *game* edukatif berbasis *smartphone* terhadap tingkat kooperatif kepada anak usia prasekolah (4 – 6 tahun) yang sedang menjalani hospitalisasi.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah terdapat pengaruh terapi bermain *game* edukatif berbasis *smartphone* terhadap tingkat kooperatif pada anak usia pra sekolah (4-6 tahun) yang menjalani hospitalisasi di RSUD Kanjuruhan Kapanjen Kabupaten Malang.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui pengaruh terapi bermain *game* edukatif berbasis *smartphone* terhadap tingkat kooperatif pada anak usia pra sekolah (4-6 tahun) yang menjalani hospitalisasi di RSUD Kanjuruhan Kapanjen Kabupaten Malang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisa perbedaan sikap kooperatif anak usia prasekolah (4-6 tahun) yang menjalani hospitalisasi sebelum dan sesudah pada kelompok kontrol
2. Menganalisa perbedaan sikap kooperatif anak usia prasekolah (4-6 tahun) yang menjalani hospitalisasi sebelum dan sesudah pada kelompok intervensi
3. Menganalisa perbedaan sikap kooperatif anak usia prasekolah (4-6 tahun) yang menjalani hospitalisasi sebelum dan sesudah pada kelompok kontrol dan intervensi

1.4 Manfaat Penelitian

1. Bagi Perawat

Penelitian ini menjadi wacana dan informasi tambahan kepada perawat mengenai hubungan antara terapi bermain *game* edukatif berbasis *smartphone* terhadap tingkat kooperatif pada anak hospitalisasi usia prasekolah.

2. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dan dapat menjadi salah satu intervensi yang dilakukan untuk dapat mengurangi dampak hospitalisasi pada anak.

3. Bagi Responden

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi orang tua dengan menggunakan terapi bermain berbasis *smartphone* dapat membantu untuk meningkatkan perilaku kooperatif pada anak usia prasekolah yang sedang menjalani *hospitalisasi*.

4. Bagi Peneliti

Memberikan pengetahuan dan kemampuan dalam melakukan penelitian serta menjadi masukan bagi peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian terkait dengan permainan berbasis *smartphone* untuk mengurangi dampak hospitalisasi pada anak.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Anak

2.1.1 Definisi anak

Department of Child and Adolescent Health and Development, mendefinisikan anak-anak sebagai orang yang berusia di bawah 20 tahun. Sedangkan The Convention on the Rights of the Child mendefinisikan anak-anak sebagai orang yang berusia di bawah 18 tahun. WHO (2003), mendefinisikan anak-anak antara usia 0–14 tahun karena di usia inilah risiko cenderung menjadi besar.

Menurut Muscari (2005), tahapan usia anak dibagi atas lima, yaitu tahap prenatal (konsepsi sampai lahir), masa bayi (lahir sampai usia 12 bulan), masa kanak-kanak awal (usia 1 tahun sampai 6 tahun), tahap kanak-kanak pertengahan (usia 6 tahun sampai 12 tahun) dan tahap remaja (usia 12 tahun sampai 18 tahun). Pada penelitian ini membatasi pembahasan anak hanya pada usia prasekolah, disebabkan respon ketakutan yang lebih besar pada kelompok usia tersebut jika dibandingkan dengan tahapan usia lainnya.

2.1.2 Anak Usia Prasekolah

Anak usia prasekolah adalah anak yang berusia 3 sampai dengan 5 tahun (Hockenberry & Wilson, 2009), sedangkan Muscari (2005) serta Ball dan Bindler (2003) menjelaskan bahwa anak usia prasekolah adalah anak yang berusia 3 tahun sampai 6 tahun. Di Indonesia batasan usia anak prasekolah umumnya mengacu pada peraturan pemerintah nomor

27 tahun 1990 tentang pendidikan prasekolah yaitu usia 4 sampai 6 tahun.

Pada usia prasekolah ini pertumbuhan fisik mulai melambat dan stabil dengan penambahan berat badan rata-rata 2-3 kg dan tinggi badan 6,5-9 cm pertaun. Selain pertumbuhan fisik, kemampuan motorik juga berkembang pada usia ini. Kemampuan motorik kasar yang dimiliki anak prasekolah antara lain meloncat, menangkap dan melempar bola, serta mengendarai sepeda roda tiga. Sedangkan kemampuan motorik halus meliputi menggunakan pensil, mewarnai, menggambar, memotong dengan gunting, mengikat tali sepatu, dan memasang kancing baju (Hockenberry & Wilson, 2009).

Selain pertumbuhan fisik dan perkembangan motorik, perkembangan psikososial anak usia prasekolah juga turut meningkat. Menurut Erickson dalam Hockenberry dan Wilson (2009) anak prasekolah berada pada tahap *initiative versus guilty*, dimana pada tahap ini anak mulai giat belajar, bermain, dan merasa mampu menyelesaikan tugas dan puas terhadap aktivitas yang dilakukannya. Orang terdekat pada anak usia ini adalah orang tua. Rasa bersalah pada anak biasanya muncul jika imajinasi dan aktivitasnya tidak dapat diterima atau tidak sesuai dengan harapan orang tuanya (Bruck & Mayer, 2005).

Pengalaman takut yang terjadi pada periode ini umumnya lebih besar dibandingkan pada periode usia lainnya (Hockenberry & Wilson, 2009).

Takut yaitu perasaan terancam oleh suatu objek yang dianggap membahayakan (Yusuf, 2011). Rasa takut muncul biasanya berkaitan dengan kondisi sendirian terutama saat menjelang tidur, keadaan gelap, binatang (terutama binatang besar), hantu, mutilasi tubuh, darah, serta

objek atau orang-orang yang berhubungan dengan pengalaman yang menyakitkan (Hockenberry & Wilson, 2009).

Pada mulanya reaksi anak terhadap takut adalah panik, kemudian menjadi lebih khusus seperti lari, menghindari dan bersembunyi, menangis dan menghindari situasi yang menakutkan (Hurlock, 1998).

2.2 Konsep Hospitalisasi

2.2.1 Definisi Hospitalisasi

Hospitalisasi adalah suatu proses karena suatu alasan darurat atau berencana mengharuskan pasien untuk tinggal di rumah sakit menjalani terapi dan perawatan sampai pemulihan kembali ke rumah.

Namun ternyata bagi anak, selama proses tersebut, anak dan orang tua dapat mengalami berbagai kejadian yang menurut beberapa penelitian ditunjukkan dengan pengalaman yang sangat traumatik dan penuh dengan stress (Supartini, 2004).

Hospitalisasi merupakan suatu proses karena alasan berencana atau darurat yang mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit untuk menjalani terapi dan perawatan. Meskipun dirawat di rumah sakit tetap merupakan masalah besar dan menimbulkan ketakutan dan cemas bagi anak (Supartini, 2004).

Menurut WHO, hospitalisasi merupakan pengalaman yang mengancam ketika anak menjalani hospitalisasi karena stresor yang dihadapi dapat menimbulkan perasaan tidak aman (Utami, 2014).

2.2.2 Stressor dan Reaksi Anak Usia Prasekolah Terhadap Hospitalisasi

Penyakit dan hospitalisasi seringkali merupakan krisis pertama yang harus dihadapi anak (Hockenberry & Wilson, 2009). Anak –anak terutama

pada usia awal sangat rentan untuk mengalami krisis akibat sakit dan dirawat di rumah sakit. Krisis tersebut disebabkan oleh stres karena perubahan status kesehatan dan lingkungan sehari-hari, serta keterbatasan mekanisme koping terhadap *stressor* yang dimiliki. Reaksi terhadap krisis-krisis tersebut akan dipengaruhi oleh usia perkembangan anak, pengalaman anak sebelumnya terhadap penyakit, perpisahan atau hospitalisasi, kemampuan koping yang anak miliki atau dapatkan, keparahan penyakit dan ketersediaan sistem pendukung (Hockenberry & Wilson, 2009). Adapun *stressor* dan reaksi anak usia prasekolah terhadap hospitalisasi adalah sebagai berikut:

1. Cemas akibat perpisahan (*Separation anxiety*)

Kecemasan pada anak yang terjadi akibat perpisahan dengan orang tua atau orang yang menyayangi merupakan sebuah mekanisme pertahanan dan karakteristik normal dalam perkembangan anak (Mendez et al., 2008). Perilaku utama yang ditampilkan anak sebagai respon dari kecemasan akibat perpisahan ini terdiri atas tiga fase, yaitu fase protes (*protest*), putus asa (*despair*), dan menolak atau menyesuaikan diri (*denial/detachment*) (Hockenberry & Wilson, 2009).

Pada tahap protes anak menunjukkan perilaku menangis kuat, menjerit memanggil orang tua atau menolak perhatian yang diberikan orang lain (Supartini, 2004). Anak biasanya melakukan protes secara verbal dan serangan fisik terhadap orang lain, seperti menendang, menggigit, memukul, mencoba untuk lari mencari orang tua dan memaksa orang tua untuk tetap tinggal atau menunggu (Wong, Hockenberry, and Marilyn, 2007). Perilaku yang ditunjukkan anak selama fase protes ini dapat berlangsung selama beberapa jam

sampai beberapa hari dan dapat meningkat apabila ada orang lain yang tidak dikenal anak (Hockenberry and Wilson 2007).

Perilaku yang ditunjukkan pada tahap putus ada adalah menangis berukang, anak tidak aktif, kurang menunjukkan minat untuk bermain dan makan, sedih, dan apatis (Supartini, 2004). Anak juga tidak tertarik pada lingkungan, tidak komunikatif, mundur ke perilaku sebelumnya, seperti mengompol dan menghisap ibu jari. Pada tahap ini anak mengalami kehilangan keterampilan bahasa (Wong, Hockenberry, and Marylin, 2007). Pada tahap putus asa anak merasa putus asa, lebih banyak diam, menarik diri, dan apatis (James dan Ashwill, 2007).

Pada tahap menerima, anak menunjukkan perilaku mulai menerima perpisahan, membina hubungan secara dangkal, dan anak mulai terlihat menyukai lingkungannya (Supartini, 2004). Anak mulai berinteraksi dengan orang lain atau pemberi asuhan yang dikenalnya, mulai membentuk hubungan baru tapi bersifat superfisial (Wong, Hockenberry, and Marylin, 2007). Anak juga mulai ada perasaan senang dan ini jarang terlihat pada anak yang dihospitalisasi. Perasaan senang ini terjadi karena anak mulai bisa mengerti alasan dari perawatan dirinya (Hockenberry and Wilson, 2007).

2. Kehilangan kontrol (*Loss of control*)

Anak yang mengalami hospitalisasi biasanya mengalami kehilangan kontrol (Rennick et al., 2002, dalam Bowden & Greenberg, 2008). Anak usia *toddler* dan prasekolah memiliki risiko tinggi untuk kehilangan kontrol (Bowden & Greenberg, 2008).

Anak usia prasekolah sering menderita kehilangan kontrol yang disebabkan oleh pembatasan fisik, perubahan rutinitas dan

ketergantungan yang harus anak patuhi. Egosentri dan pemikiran magis anak usia prasekolah membatasi kemampuan anak untuk memahami berbagai peristiwa, karena anak memandang semua pengalaman dari sudut pandang anak sendiri. Salah satu khayalan khas untuk menjelaskan alasan sakit atau hospitalisasi adalah bahwa peristiwa tersebut merupakan hukuman bagi kesalahan baik yang nyata maupun khayalan. Respon terhadap kehilangan kontrol pada usia ini berupa perasaan malu, takut, dan rasa bersalah (Hockenberry & Wilson, 2009).

3. Cedera tubuh dan nyeri (*Body injury and pain*)

Ketakutan terhadap cedera tubuh sering terjadi diantara anak-anak. Konsekuensi rasa takut ini dapat sangat mendalam. Anak-anak yang mengalami lebih banyak rasa takut dan nyeri karena pengobatan akan merasa lebih takut terhadap nyeri di masa dewasa dan cenderung menghindari perawatan medis (Pate et al., 1996 dalam Hockenberry, Wilson, & Winkelstein, 2005).

Selama dilakukan masa perawatan, anak akan mendapatkan berbagai tindakan medis dan keperawatan. Menurut Mitchel dan Whitney (2001), injeksi atau pemberian suntikan merupakan salah satu prosedur *invasive* yang menyebabkan ketidaknyamanan, nyeri dan takut pada anak.

4. Lingkungan yang asing

Anak selama di rumah sakit akan terpapar dengan situasi baru yang menimbulkan rasa tidak aman bagi anak. Di rumah sakit, anak akan menemukan berbagai peralatan kesehatan yang tidak ditemui selama di rumah, situasi ruangan yang berbeda dengan ruangan lain di rumah, anak akan bertemu dengan pasien lain, serta

petugas kesehatan dari berbagai profesi yang belum dikenal secara baik oleh anak.

2.2.3 Dampak Hospitalisasi

Perubahan perilaku merupakan salah satu dampak hospitalisasi pada anak. Anak bereaksi terhadap stress pada saat sebelum, selama, dan setelah hospitalisasi. Perubahan perilaku yang dapat diamati pada anak kecil setelah keluar dari rumah sakit adalah merasa kesepian, tidak mau lepas dari orang tua, menuntut perhatian dari orang tua dan takut perpisahan.

Selain itu dampak negatif hospitalisasi juga berkaitan dengan lamanya dirawat, kompleksnya prosedur *invasive* 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 yang terutama terjadi pada anak yang berusia kurang dari 7 tahun (Melnyk, 2000).

2.2.4 Manfaat Hospitalisasi

Hospitalisasi pada anak merupakan sebuah proses yang dapat menimbulkan tekanan serta berdampak negatif seperti telah dijelaskan sebelumnya, namun selain itu hospitalisasi juga memiliki manfaat. Manfaat utama yang dapat dirasakan anak berkaitan dengan hospitalisasi adalah penyembuhan dari penyakit, disamping itu hospitalisasi juga dapat memberikan kesempatan kepada anak untuk belajar menghadapi stress dan merasa kompeten dengan kemampuan coping yang ia miliki. Lingkungan rumah sakit mampu memfasilitasi anak untuk mengenal

pengalaman baru bersosialisasi yang dapat memperluas hubungan interpersonal anak (Hockenberry & Wilson, 2009).

2.2.5 Reaksi Anak terhadap Hospitalisasi

Reaksi anak terhadap hospitalisasi tergantung pada usia, perkembangan anak, pengalaman sebelumnya terhadap penyakit, sistem pendukung yang tersedia dan mekanisme coping yang dimiliki (Salmela dkk., 2010). Menurut Jovan (2007) reaksi hospitalisasi pada masa bayi adalah menangis keras, pergerakan tubuh yang banyak dan ekspresi wajah yang tidak menyenangkan. Reaksi yang diperlihatkan anak pada usia *toddler* pada tahap protes adalah menangis, menjerit, dan menolak perhatian orang lain. Pada tahap putus asa, menangis anak mulai berkurang, anak tidak aktif, menunjukkan kurang minat untuk bermain, sedih, dan apatis. Anak usia prasekolah menunjukkan reaksi terhadap hospitalisasi berupa menolak makan, sering bertanya, menangis perlahan, dan tidak kooperatif terhadap petugas. Pada masa sekolah yaitu usia 6-12 tahun, reaksi yang ditunjukkan adalah menolak perawatan atau tindakan dan tidak kooperatif terhadap petugas.

2.3 Konsep Perilaku Kooperatif

2.3.1 Definisi Perilaku Kooperatif

Menurut Depdiknas (2005) perilaku adalah tanggapan atau reaksi individu terhadap rangsangan lingkungan. Perilaku kooperatif adalah sikap yang menunjukkan kerjasama, tidak melakukan penentangan terhadap suatu sikap individu maupun golongan tertentu (Kamus Besar Bahasa Indonesia, 2013).

Dalam hal ini perilaku kooperatif yang ditunjukkan adalah perilaku kerjasama anak saat dilakukan tindakan invasif yang dilakukan selama masa hospitalisasi.

2.3.2 Klasifikasi Tingkat Kooperatif

Wright (1975) mengatakan bahwa tingkat kooperatif anak dibagi menjadi 3 skala, yaitu:

1. Skala 1: Kooperatif. Dalam skala ini, meliputi:

- 1) Anak menunjukkan sedikit takut dan cukup tenang
- 2) Mempunyai hubungan yang baik dengan perawat dan tim kesehatan lainnya
- 3) Anak tertarik dengan prosedur tindakan dan tenang dengan situasi yang ada

2. Skala 2: Anak kurang mampu bersikap kooperatif. Dalam skala ini, meliputi:

- 1) Usia anak dibawah 3 tahun dan emosinya belum matang
- 2) Anak yang mempunyai kelemahan tertentu atau kondisi cacat
- 3) Keparahan kondisi anak tidak memungkinkan bersikap kooperatif seperti anak normal dengan usia yang sama

3. Skala 3: anak mempunyai sikap potensi kooperatif. Dalam skala ini, anak mempunyai kemampuan untuk bekerjasama, namun hal ini dapat terjadi bila adanya pendekatan serta komunikasi baik, sehingga anak yang semulanya tidak kooperatif dapat berubah menjadi kooperatif dan dapat dirawat. Anak yang mempunyai sikap potensi kooperatif ditunjukkan dengan:

- 1) *Uncontrolled Behavior* atau sikap yang tidak terkontrol, yaitu anak menangis, menendang, dan memukul

2) *Defiant Behavior* atau sikap melawan, yaitu anak tetap menolak perawatan, bersikap protes, keras kepala, manja, dan gagal untuk berkomunikasi

3) *Timid Behavior* atau sikap pemalu, yaitu merupakan gabungan dari *uncontrolled behavior* dan *defiant behavior*. Sikap pemalu terdiri dari:

- a. Anak menangis dan merengek, tapi tidak sampai histeris
- b. Terlalu protektif terhadap lingkungan
- c. Mengisolasi diri
- d. Kagum terhadap orang asing dan terhadap situasi yang tidak sewajarnya

4) *Tense Cooperative Behavior* atau sikap tegang, yang meliputi:

- a. Anak menerima dan kooperatif terhadap perawatan
- b. Ketegangan biasanya ditunjukkan dengan bahasa tubuh
- c. Mata pasien mengikuti gerakan mata perawat atau tim kesehatan lain
- d. Ketika berbicara suara bergetar
- e. Telapak tangan dan alis mata berkeringat

5) *Whining Behavior* atau sikap merengek, yang meliputi:

- a. Anak merengek tetapi mau melakukan prosedur tindakan dengan bujukan
- b. Anak sering mengeluh sakit
- c. Merengek merupakan mekanisme kompensasi untuk mengontrol rasa sakit
- d. Menangis dapat terkontrol, konstan, tidak keras, biasanya hanya air mata.

2.3.3 Faktor-Faktor yang Berpengaruh Terhadap Sikap Kooperatif Anak

Sikap kooperatif dipengaruhi oleh berbagai faktor baik yang berasal dari dalam maupun luar. Berikut merupakan faktor-faktor yang dapat berpengaruh terhadap sikap kooperatif anak.

1. Usia

Menurut Supartini (2004), anak usia prasekolah (3-6 tahun) menganggap hospitalisasi merupakan suatu hukuman sehingga anak akan merasa malu, bersalah dan takut. Bagi anak, tindakan invasif yang diperoleh selama perawatan di rumah sakit merupakan tindakan yang mengancam integritas tubuhnya. Hal tersebut dapat menimbulkan reaksi agresif, seperti marah, berontak, tidak ingin bekerjasama dengan perawat, dan ketergantungan dengan orang tua.

2. Jenis kelamin

Hasil dari sebuah penelitian yang dilakukan oleh Handayani dan Puspitasari (2009) menunjukkan bahwa tingkat sikap kooperatif perempuan lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki.

3. Pengalaman dirawat di rumah sakit

Pengalaman dari masa perawatan yang didapatkan oleh anak pada masa sebelumnya sangat berpengaruh terhadap persepsi anak pada saat ini. Apabila anak memiliki pengalaman tidak menyenangkan selama dirawat di rumah sakit sebelumnya, maka akan menimbulkan rasa takut dan trauma bagi anak, sehingga anak tidak kooperatif dengan perawat dan dokter. Namun berlaku sebaliknya, apabila anak mendapatkan perawatan yang baik dan menyenangkan pada perawatan sebelumnya, maka anak akan lebih kooperatif kepada perawat dan dokter (Supartini, 2004).

2.3.4 Faktor yang Dapat Menimbulkan Dampak Hospitalisasi

1. Faktor lingkungan rumah sakit

Rumah sakit dapat menjadi suatu tempat yang menakutkan dilihat dari sudut pandang anak-anak. Suasana rumah sakit yang tidak familiar, wajah-wajah yang asing, berbagai macam bunyi dari mesin yang digunakan, dan bau yang khas, dapat menimbulkan kecemasan dan ketakutan baik bagi anak maupun orang tua (Norton-Westwood, 2012).

2. Faktor berpisah dengan orang yang sangat berarti

Berpisah dari suasana rumah sendiri, benda-benda yang familiar digunakan sehari-hari, juga rutinitas yang biasa dilakukan dan juga berpisah dengan anggota keluarga lainnya (Pelander & Laino-Kilpi, 2010).

3. Faktor kurangnya informasi

Kurangnya informasi yang didapat anak dan orang tuanya ketika akan menjalani hospitalisasi. Hal ini dimungkinkan mengingat proses hospitalisasi merupakan hal yang tidak umum dialami oleh semua orang. Proses ketika menjalani hospitalisasi juga merupakan hal yang rumit dengan berbagai prosedur yang dilakukan (Gordon dkk, 2010).

4. Faktor kehilangan kebebasan dan kemandirian

Aturan ataupun rutinitas rumah sakit, prosedur medis yang dijalani seperti tirah baring, pemasangan infus dan lain sebagainya sangat mengganggu kebebasan dan kemandirian anak yang sedang dalam taraf perkembangan (Price & Gwin, 2005).

5. Faktor pengalaman yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan

Semakin sering seorang anak berhubungan dengan rumah sakit, maka semakin kecil bentuk kecemasan atau malah sebaliknya (Pelander & Leino-Kilpi, 2010).

6. Faktor perilaku atau interaksi dengan petugas rumah sakit

Faktor perilaku atau interaksi dengan petugas rumah sakit, khususnya perawat, mengingat anak masih memiliki keterbatasan dalam perkembangan kognitif, bahasa dan komunikasi. Perawat juga merasakan hal yang sama ketika berkomunikasi, berinteraksi dengan pasien anak yang menjadi sebuah tantangan, dan dibutuhkan sensitifitas yang tinggi serta lebih kompleks dibandingkan dengan pasien dewasa. Selain itu berkomunikasi dengan anak juga sangat dipengaruhi oleh usia anak, kemampuan kognitif, tingkah laku, kondisi fisik dan psikologis tahapan penyakit dan respon pengobatan (Pena & Juan, 2011).

2.3.5 Alat Ukur Kooperatif pada Anak

2.3.5.1 *Frank's Behavior Rating Scale*

Frank et al. (1962) membagi skala perilaku kooperatif anak menjadi 4 skala, yaitu:

1. Skala 1 (sikap sangat negatif) meliputi, anak menolak perawatan, meronta-ronta dan membantah, menangis keras secara terus menerus, menarik diri, dan anak merasakan ketakutan yang besar
2. Skala 2 (sikap negatif) meliputi, tindakan negatif minor, anak tidak mau menerima perawatan, anak mencoba bertahan, menyimpan rasa takut, gugup dan menangis, dan tidak kooperatif.

3. Skala 3 (sikap positif) meliputi, berhati-hati dengan menerima perawatan, sedikit segan untuk bertanya, tidak menolak petunjuk perawat, cukup bersedia bekerjasama dengan perawat, anak menerima perawatan.
4. Skala 4 (sangat positif) meliputi, bersikap baik dengan perawat, anak gembira menerima perawatan, tidak ada tanda-tanda takut, tertarik dengan tindakan yang dilakukan perawat, tertarik dengan prosedur yang dilakukan, banyak bertanya, dan membuat kontak verbal yang baik dengan perawat.

2.3.5.2 **Sarnat Behavior Scale**

Behavior rating scale yang dikemukakan oleh Samat untuk anak-anak terbagi menjadi 5, yaitu:

1. *Active cooperative*: tersenyum, memberikan informasi kepada perawat, menginisiasi percakapan, terlebih dahulu ke erawat, dan memberikan respon yang positif
2. *Passive cooperative*: acuh tak acuh tetapi taat terhadap prosedur, anak mau mengikuti instruksi dan diam
3. *Neutral, indifferent*: perlu diyakinkan terhadap prosedur, menangis ringan, mengikuti instruksi di bawah tekanan
4. *Opposed, disturb work*: menentang, mengganggu kerja, merebut tangan, tidak relaks
5. *Completely uncooperative*: tidak kooperatif, sangat menentang, menangis, menolak tindakan, tidak mau duduk atau masuk ruang tindakan (Muthu dan Sivakumar, 2009).

2.3.5.3 Venham Behavior Rating Scale

Dalam skala ini melihat perilaku tidak kooperatif anak saat dilakukan tindakan. Terdapat 5 skala yang menggunakan jarak ukur jenis interval.

1. Nilai 0: mau bekerja sama, tidak ada protes baik secara lisan maupun fisik
2. Nilai 1: *mild*, protes secara lisan dengan lembut atau menangis dengan perlahan sebagai tanda ketidaknyamanan, namun tidak menghalangi tindakan dari pemberi layanan kesehatan, mengikuti prosedur, mengungkapkan rasa sakit yang dialami dengan mengeluarkan suara "ow"
3. Nilai 2: protes lebih terlihat dengan cara menangis dan menggunakan tangan. Sulit untuk memberikan tindakan, namun masih menuruti permintaan untuk bekerja sama
4. Nilai 3: protes menyajikan masalah yang nyata terhadap tenaga kesehatan. Tidak ingin mengikuti perintah tenaga kesehatan, membutuhkan upaya ekstra oleh tenaga kesehatan
5. Nilai 4: protes anak mengganggu prosedur, anak dapat patuh mengikuti prosedur dengan usaha yang cukup dari tenaga kesehatan, namun tidak diperlukan pengekangan fisik
6. Nilai 5: tidak ada kepatuhan atau kerja sama, diperlukannya pengekangan fisik

2.4 Konsep Bermain

2.4.1 Definisi Bermain

Bermain adalah rangkaian kegiatan yang kompleks dan *multi* dimensional yang dapat berubah secara signifikan seiring pertumbuhan

dan perkembangan anak. Bermain dilakukan dengan skarela atau spontan untuk mendapatkan kepuasan atau kegembiraan (Landreth, 2001).

2.4.2 Urgensi Bermain bagi Anak

Secara garis besar, permainan memiliki urgensi yang bersifat kognitif, yaitu seperti yang dikatakan oleh Piaget (1962) bahwa struktur kognitif anak harus dilatih dan permainan merupakan *setting* yang sempurna, lalu urgensi yang ke dua adalah urgensi sosial, yaitu anak akan belajar memahami orang lain dan peran-peran yang akan ia mainkan di kemudian hari, dan yang terakhir adalah urgensi emosional, yaitu dengan permainan anak dapat melepaskan tekanan-tekanan batin ke dalam permainan, sehingga anak dapat mengatasi masalah-masalah kehidupan.

Dengan penjelasan di atas, pada prinsipnya bermain merupakan sebuah kegiatan untuk melatih panca indera dan anggota tubuh lainnya sebagai persiapan untuk hidup anak di masa yang akan datang (Rahmat Suyud, 1983).

2.4.3 Bentuk Permainan bagi Anak

Jenis alat permainan yang dapat meningkatkan pengetahuan anak dapat dideskripsikan sebagai berikut:

1. Alat permainan tradisional

Dalam permainan edukatif ini anak disuguhi bahan mentah yang harus diupayakan sendiri agar menjadi suatu bentuk, seperti balok, papan, dan sebagainya. Alat permainan tradisional cenderung memiliki banyak manfaat, selain sederhana dalam desain, serbaguna, aman, tahan lama, dan merangsang atau menstimulasi otak anak,

permainan edukatif dengan alat tradisional melibatkan dua anak atau lebih (Johan Freman dan Utami Munandar, 1996).

2. Alat permainan elektronik atau *modern*

Peneitian di Jepang diketahui bahwa kemampuan adaptasi anak terhadap teknologi lebih tinggi dan lebih natural dibandingkan dengan buku teks. Hal ini meunjukkan bahwa menggunakan teknologi informasi pada pendidikan dini dapat membuat pengalaman belajar menjadi lebih efektif dan lebih menyenangkan (Fred Rogers, 2012).

Berdasarkan karakteristik sosial, bermain merupakan interaksi antara anak dan orang dewasa yang dipengaruhi oleh usia anak. Pada tahun-tahun pertama, anak lebih suka bermain sendiri. Tipe bermain bedasarkan karakteristik sosial diantaranya adalah permainan dengan mengamati teman-temannya bermain (*onlooker play*), permainan yang dimainkan sendiri (*solitary play*), permainan bersama teman tanpa interaksi (*parallel play*), permainan dengan bermain bersama tanpa tujuan kelompok (*associative play*), dan permainan dengan bermain bersama yang diorganisir (*cooperative play*) (A. Aziz Alimul H., 2008).

2.5 Konsep *Game* Edukatif

2.5.1 Definisi *Game* Edukatif

Menurut Handriyantini (2009), *game* edukatif merupakan salah satu jenis media yang digunakan untuk memberikan pengajaran serta menambahkan pengetahuan penggunanya melalui media yang unik dan menarik. Jenis pengajaran ini pada umumnya ditujukan untuk anak-anak, maka pada permainan, warna yang sangat diperlukan bukan tingkat kesulitan yang dipentingkan.

2.5.2 Manfaat Game Edukatif

Penggunaan *game* edukatif dapat membantu anak memahami sesuatu yang abstrak menjadi hal yang lebih konkrit. Manfaat dari *game* edukatif diantaranya adalah (Musfiroh, 2006 dalam Laila, 2016):

1. Meningkatkan motivasi kreativitas anak dalam meningkatkan keterampilan dan proses tumbuh kembang anak
2. Memperjelas dan mempermudah dalam penyajian pesan
3. Mengatasi keterbatasan waktu, ruang, dan daya indera dengan baik
4. Membantu mengembangkan kemampuan anak dalam berinteraksi dengan lingkungan atau hal baru

2.6 Konsep Smartphone

2.6.1 Definisi Smartphone

Menurut Williams dan Sawyers (2011), *smartphone* merupakan ponsel multimedia yang menggabungkan fungsionalitas *personal computer* (PC) dan *handset* sehingga menghasilkan *gadget* yang mewah, di mana terdapat pesan teks, kamera, pemutar musik, *video*, *game*, akses *email*, *tv digital*, *search engine*, pengelola informasi pribadi, fitur *global positioning system*, dan jasa telepon *internet*.

2.6.2 Manfaat Smartphone bagi Anak Usia Dini

Apabila *smartphone* digunakan secara tepat, dapat memiliki fungsi adaptif untuk mengembangkan kreativitas anak.

Gadget memiliki dampak positif maupun negative dalam penggunaannya. Untuk dampak positif penggunaan *gadget* adalah:

1. Berkembangnya imajinasi (melihat gambar kemudian menggambar) sesuai imajinasinya yang melatih daya pikir tanpa dibatasi oleh kenyataan)
2. Melatih kecerdasan (dalam hal ini anak dapat bterbiasa dengan tulisan, angka, gambar yang membantu menyelesaikan permainan)
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)

Kemudian terdapat beberapa dampak negatif dalam penggunaan *gadget*, diantaranya adalah:

1. Penurunan konsentrasi saat belajar (pada saat belajar anak menjadi tidak fokus dan hanya teringat dengan *gadget*, misalnya anak teringat dengan permainan seolah-olah dia seperti tokoh dalam *game* tersebut)
2. Malas menulis dan membaca (hal ini diakibatkan dari penggunaan *gadget* missal pada saat anak membuka *video* di aplikasi, anak cenderung melihat gambar saja tanpa harus menulis apa yang mereka cari)
3. Penurunan dalam kemampuan bersosialisasi (misalnya anak kurang bermain dengan teman di lingkungan sekitarnya, tidak memperdulikan keadaan sekelilingnya)
4. Kecanduan (anak akan sulit dan akan ketergantungan dengan *gadget* karena sudah menjadi kebutuhan untuknya)

5. Dapat menimbulkan gangguan kesehatan (karena paparan radiasi yang ada pada *gadget* dan dapat merusak kesehatan mata anak)
6. Kehambatan kemampuan berbahasa (anak yang terbiasa menggunakan *gadget* akan cenderung diam, sering menirukan bahasa yang didengar, menutup diri dan enggan berkomunikasi dengan teman atau lingkungannya) (Handrianto, 2013).

2.6.3 Cara Mengatasi Dampak Negatif dari Penggunaan *Smartphone*

1. Memilih Permainan Sesuai Usia

Pengenalan dan penggunaan *smartphone* bisa dibagi ke beberapa tahap usia. Untuk anak usia prasekolah, inisiatif anak mulai berkembang dan anak ingin mengetahui lebih banyak mengenai hal-hal di sekitarnya. Anak mulai berfantasi dan mempelajari model keluarga atau bermain peran, seperti guru, ibu, dan lain-lain. Dengan demikian, isi bermain anak lebih banyak menggunakan simbol-simbol dan permainan peran (*dramatic role play*).

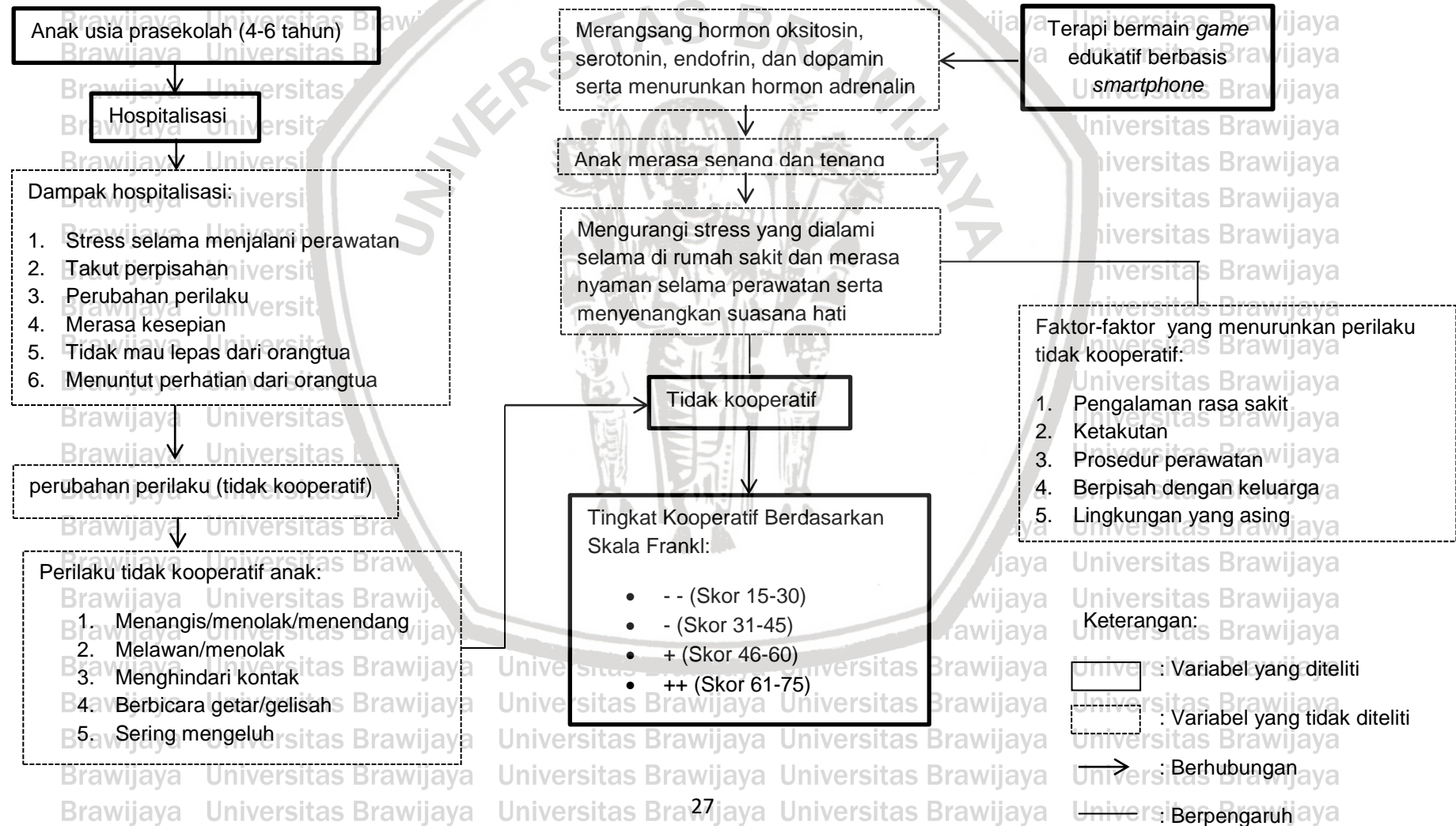
2. Membatasi Waktu

American Academy of Pediatrics (AAP) merekomendasikan maksimal 1-2 jam anak bermain secara pasif pada tiap harinya.

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



3.1.1 Deskripsi Kerangka Konsep

Berdasarkan landasan teori dalam tinjauan pustaka, kerangka di atas mencerminkan alur berpikir dan dasar perumusan hipotesis.

Kerangka konsep penelitian ini menggambarkan mengenai pengaruh dari terapi bermain berbasis *smartphone* terhadap peningkatan dari perilaku kooperatif anak usia prasekolah yang menjalani hospitalisasi. Kerangka konsep pada penelitian ini terdiri dari variabel dependen (terikat) yaitu tingkat kooperatif pada anak usia prasekolah (4-6 tahun), dan variabel independen (bebas) yaitu pemberian terapi bermain berbasis *smarthhone*.

Anak usia prasekolah (4-6 tahun) yang mengalami hospitalisasi akan terpapar berbagai stressor yang dapat menimbulkan dampak negatif bagi anak, terutama terhadap psikologis anak. Salah satu akibat dari stressor yang dialami anak selama hospitalisasi adalah menurunnya perilaku kooperatif anak terhadap tenaga kesehatan terutama saat pemberian perawatan.

Pada zaman modern saat ini, teknologi sudah berkembang dengan sangat pesat dan menarik masyarakat pada semua kalangan tanpa melihat usia, termasuk anak prasekolah yang diberi akses terhadap *smartphone* oleh orang tua. *Smartphone* sudah terbukti dapat meningkatkan *mood*, dapat menimbulkan rasa senang. Hal tersebut membuat terapi bermain dengan menggunakan *smartphone* diharapkan dapat membantu meningkatkan perilaku kooperatif anak selama menjalani perawatan saat hospitalisasi.

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis pada penelitian ini adalah adanya pengaruh terapi bermain berbasis *smarthone* terhadap peningkatan perilaku kooperatif pada anak usia prasekolah (4-6 tahun) yang menjalani hospitalisasi.



BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan penelitian

Penelitian yang dilakukan oleh peneliti merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain *quasi experimental*. Desain *quasi experimental* dalam penelitian ini menggunakan pendekatan *pretest-posttest non equivalent control group design* yaitu desain yang melibatkan dua kelompok subjek, namun pada pemilihan kelompok intervensi dan kelompok kontrol tidak dipilih secara random (Sugiyono, 2010).

Perlakuan atau intervensi yang dilakukan pada kelompok intervensi dalam penelitian ini adalah dengan pemberian terapi bermain *game* edukatif berbasis *smartphone*, namun pada kelompok control adalah dengan pemberian intervensi yang sudah biasa diberikan oleh perawat di rumah sakit.

Tabel 4.1 Rancangan Penelitian

| Subjek Penelitian | Pretest | Intervensi | Posttest |
|---------------------|---------|------------|----------|
| Kelompok intervensi | Xo | K1 | Yo |
| Kelompok kontrol | Xo | K2 | Yo |

Keterangan:

Xo : Pengukuran tingkat kooperatif sebelum dilakukan intervensi menggunakan *pretest*

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

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

Yo : Pengukuran tingkat kooperatif setelah dilakukan intervensi menggunakan *posttest*

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua anak usia prasekolah (4-6 tahun) yang sedang menjalani hospitalisasi di RSUD Kanjuruhan Kapanjen Kabupaten Malang.

4.2.2 Sampel

Sampel pada penelitian ini adalah anak usia prasekolah (4-6 tahun) yang sedang menjalani hospitalisasi di RSUD Kanjuruhan Kapanjen Kabupaten Malang dan memenuhi kriteria inklusi yang telah ditetapkan.

4.2.3 Teknik *Sampling*

Teknik *sampling* yang digunakan oleh peneliti adalah dengan menggunakan teknik *nonprobability sampling*. Pada penelitian dengan teknik *nonprobability sampling*, peneliti menggunakan teknik *purposive sampling*.

Purposive sampling merupakan suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih di antara populasi sesuai dengan yang dikehendaki oleh peneliti (tujuan/masalah dalam penelitian), sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik dari populasi (Nursalam, 2016).

4.2.4 Jumlah Sampel

Pada penelitian ini dibutuhkan 2 kelompok, yaitu kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Untuk perhitungan jumlah sampel yang akan digunakan, peneliti menggunakan rumus perhitungan besar sampel menurut Nursalam, 2016:

$$n = \frac{N \cdot z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Sehingga didapatkan jumlah sampel pada penelitian ini adalah:

$$n = \frac{21 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5)}{(0,05)^2 \cdot (21 - 1) + (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5)}$$

$$n = \frac{20,1684}{0,05 + 0,9604}$$

$$n = \frac{20,1684}{1,0104}$$

$$n = 19,960$$

$$n = 20 \text{ responden}$$

Keterangan:

n : perkiraan besar sampel

N : perkiraan besar populasi

Z_α : nilai standard normal untuk α = 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 maka jumlah sampel yang dibutuhkan pada penelitian ini adalah minimal 20 pasien. Namun, untuk mencegah adanya anak yang *drop out* maka peneliti menambahkan 2 orang maka untuk sampel pada penelitian menjadi 22 responden untuk tiap kelompok yang akan ada 2 kelompok.

4.2.5 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Kriteria inklusi yaitu karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Anak yang menjalani hospitalisasi di Rumah Sakit Umum Daerah “Kanjuruhan” Kepanjen Kabupaten Malang pada Ruang Inap Emputantular usia 4-6 tahun
2. Pasien anak yang telah menjalani hospitalisasi minimal 2 hari
3. Anak dalam kondisi sadar dan dapat berkomunikasi secara verbal dan non verbal
4. Anak mengikuti proses pemberian terapi dari awal sampai akhir penelitian
5. Orang tua/wali anak dan anak bersedia ikut serta dalam penelitian
6. Orang tua/wali anak bersedia menandatangani *informed consent*
7. Pasien anak yang orangtuanya dapat membaca dan menulis
8. Pasien anak yang sudah terpapar oleh *smartphone*

Kriteria eksklusi yaitu menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena beberapa sebab dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Anak yang memiliki kebutuhan khusus
2. Anak yang menderita penyakit kronis
3. Anak yang sedang dalam pemantauan/observasi ketat

4.3 Variabel Penelitian

4.3.1 Variabel Independen

Variabel independen (bebas) adalah variabel yang mempengaruhi atau nilainya ditentukan oleh variable lain. Variable independent pada penelitian ini adalah pemberian terapi bermain *game* edukatif berbasis *smartphone*.

4.3.2 Variabel Dependen

Variabel dependen (terikat) merupakan variable yang dipengaruhi nilainya oleh variable lain. Variable dependen pada penelitian ini adalah tingkat kooperatif pada anak usia prasekolah (4-6 tahun) yang menjalani hospitalisasi di RSUD Kanjuruhan Kepanjen Kabupaten Malang.

4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Kanjuruhan Kepanjen Kabupaten Malang pada bulan Maret hingga April 2018 setelah peneliti melakukan *ethical clearance*.

4.5 Bahan dan Alat/Instrumen Penelitian

4.5.1 Alat Ukur Penelitian

Instrumen penelitian dalam melakukan penelitian pengaruh pemberian terapi bermain *game* edukatif berbasis *smartphone* terhadap

tingkat kooperatif anak usia prasekolah (4-6 tahun) yang menjalani hospitalisasi adalah dengan lembar observasi perilaku kooperatif pada anak menggunakan instrumen penelitian sebelumnya yaitu Innani (2016) yang mengacu kepada skala Frankl (1992). Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini yaitu:

1. Kuesioner responden

Instrumen ini digunakan untuk mengetahui karakteristik responden. Data karakteristik anak mencakup insial nama, usia anak, jenis kelamin, tanggal masuk rumah sakit, dan riwayat hospitalisasi sebelumnya.

2. Lembar kuesioner tingkat kooperatif anak

Lembar kuesioner perilaku kooperatif terdapat 15 pertanyaan menggunakan *Frankl's Behavior Rating Scale* yaitu sebuah instrument untuk mengukur perilaku kooperatif anak pada usia prasekolah. Pada 15 pertanyaan dibagi menjadi 3 bagian, pada bagian pertama adalah mengenai perilaku anak saat perawat mengajak bercakap-cakap atau berbicara, bagian ke dua adalah pertanyaan mengenai perilaku anak pada saat perawat melakukan *treatment*, dan pada bagian terakhir adalah pertanyaan mengenai perilaku anak sebelum melakukan prosedur *treatment*. Pernyataan terdiri dari pernyataan *favourable* (positif) dan *unfavourable* (negative) dengan pilihan jawaban "selalu", "sering", "kadang", "jarang", dan "tidak pernah".

Data skor dari lembar observasi penelitian terbagi berdasarkan jenis pernyataan (*unfavourable* dan *favourable*).

Pernyataan yang bersifat *favourable* memiliki skor 1 apabila

jawaban “tidak pernah”, 2 apabila “jarang”, 3 apabila “kadang”, 4 apabila “sering”, dan skor 5 apabila “selalu”, berlaku sebaliknya untuk pernyataan *unfavourable*.

4.5.2 Uji Validasi dan Reliabilitas

a. Uji Validasi

Prinsip validitas adalah pengukuran dan pengamatan yang berarti prinsip keandalan instrument dalam mengumpulkan data. Instrumen harus dapat mengukur apa yang seharusnya diukur. Terdapat dua hal penting yang harus dipenuhi dalam menentukan validitas pengukuran instrument, yaitu:

1. Relevan isi instrumen

Isi instrument harus disesuaikan dengan tujuan penelitian agar dapat mengukur apa yang seharusnya diukur

2. Relevan sasaran subjek dan cara pengukuran

Instrumen yang disusun harus dapat memberikan gambaran terhadap perbedaan subjek penelitian (Nursalam, 2016).

Pada penelitian ini, peneliti menguji tiap item pernyataan menggunakan rumus *Pearson Product Moment* dengan menggunakan program SPSS 21.0. dalam penelitian ini harus menentukan nilai signifikasi dibawah 0,05 atau r hitung lebih besar dari r tabel. Hasil dari uji validitas pada setiap item pertanyaan kuesioner adalah nilai signifikansi lebih kecil dari 0,05 atau r hitung lebih besar dair r table yang berarti tiap-tiap indicator variable adalah valid dan dapat digunakan untuk menghitung tingkat kooperatif anak.

b. Uji Reliabilitas Instrumen

Reliabilitas adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup diukur atau diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan (Nursalam, 2016).

Pada penelitian ini, uji reliabilitas dilakukan kepada 10 responden.

Untuk mengetahui reliabilitas dari instrument menggunakan formula *cronbach alpha*. Dalam penelitian uji ini dilakukan dengan program computer SPSS *for windows*. Untuk menentukan reliabilitas adalah nilai dari koefisien reliabilitas alpha lebih besar dari 0,6.

Nilai hasil dari uji reliabilitasi variable didapatkan bahwa nilai dari *cronbach alpha* adalah 0,899 dimana lebih dari 0,6 maka dapat disimpulkan bahwa semua variable yang digunakan untuk penelitian sudah reliable.



4.6 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional dan berdasarkan karakteristik yang diamati, memungkinkan peneliti melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek (Hidayat, 2003).

Tabel 4.2 Definisi Operasional

| Variabel Penelitian | Definisi Operasional | Parameter | Cara Ukur | Hasil Ukur | Skala Ukur |
|---|---|---|--|------------|------------|
| Variabel independent: Terapi bermain game berbasis smartphone | Suatu terapi bermain edukatif diberikan kepada anak yang menjalani hospitalisasi di Ruang Emputantular Rumah Sakit Umum Daerah “Kanjuruhan” | Terapi diberikan selama 3 hari dan dilakukan 1 kali pemberian intervensi untuk 1 kali pertemuan. Terapi diberikan selama 20 menit dalam satu waktu setiap harinya. | Satuan acara kegiatan pemberian terapi bermain game edukasi berbasis | - | - |

| | | | |
|--|---|--|--|
| <p>Kepanjen Kabupaten Malang dengan cara memainkan suatu permainan edukasi tentang kedokteran yang terdapat pada <i>smartphone</i> yaitu aplikasi <i>game panda doctor</i> (permainan yang memperkenalkan anak dengan tindakan yang diberikan oleh</p> |  | <p><i>smartphone</i> (terlampir)</p> | |
|--|---|--|--|

| | | | | | |
|---|--|--|------------------|----------|--|
| | tenaga medis saat mereka sakit sampai mempersiapkan kebutuhan mereka sampai pulang) | | | | |
| Variabel dependent: Tingkat kooperatif anak | Suatu bentuk respon emosional dan psikologis terhadap bahaya yang diketahui atau telah dikenali. | Menggunakan instrument <i>Frankl's Behavior Rating Scale</i> (FBRS) dengan 15 pertanyaan dengan karakteristik perilaku menurut Wright: 1. Sikap anak tidak terkontrol 2. Sikap anak melawan atau menolak 3. Sikap anak pemalu 4. Sikap anak tegang | Lembar kuesioner | Interval | Skor yang diambil dari lembar kuesioner perilaku kooperatif anak adalah 15-75 sesuai dengan banyak pertanyaan Skor ● 15-30 : sangat negative |

| | | | | | |
|--|--|------------------------|--|--|--|
| | | 5. Sikap anak merengok | | | <ul style="list-style-type: none">• 31-45 : negatif• 46-60 : positif• 61-75 : sangat positif |
|--|--|------------------------|--|--|--|



4.7 Prosedur Penelitian

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

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 Malang 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* edukatif berbasis *smartphone* selama 20 menit dalam satu kali pemberian dan terapi diberikan selama 3 hari. Sedangkan pada kelompok kontrol tidak diberikan terapi bermain *game* edukatif berbasis *smartphone*

12. Setelah pemberian 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

13. Peneliti mengolah data yang telah diperoleh dan menyimpulkan hasil penelitian, sehingga peneliti dapat menyusun laporan hasil penelitian

4.8 Pelaksanaan Penelitian

4.8.1 Persiapan penelitian

Dalam tahap persiapan penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti adalah:

1. Peneliti menjelaskan kepada orang tua/wali anak mengenai terapi yang akan diberikan. Peneliti menjelaskan dari prosedur pelaksanaan/pemberian terapi, tujuan pemberian terapi, dan manfaat yang akan diperoleh responden. Apabila orang tua/wali anak bersedia untuk menjadi responden, maka peneliti memberikan lembar persetujuan kepada orang tua/wali anak.
2. Anak yang sesuai dengan kriteria inklusi dari penelitian akan diberikan penjelasan mengenai *standard operational procedure* (SOP) dalam pelaksanaan pemberian terapi kepada anak dan orang tua/wali anak.
3. Pelaksanaan terapi yang diberikan kepada anak dilakukan di atas tempat tidur dan dilakukan sebelum tindakan perawatan dari perawat

4.8.2 Pelaksanaan penelitian

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 kooperatif anak selama di rumah sakit. Peneliti memberi lembar kuesioner kepada orang tua anak yang menjalani hospitalisasi. Lembar kuesioner berisikan pertanyaan-pertanyaan terkait dengan tingkat kooperatif anak.
2. Kemudian setelah melakukan *pretest* peneliti memberikan terapi bermain *game* edukasi berbasis *smartphone* kepada kelompok intervensi selama 20 menit bersamaan dengan perawatan yang dilaksanakan oleh perawat, sedangkan pada kelompok kontrol diberikan terapi bermain yang telah disediakan oleh rumah sakit
3. Peneliti melakukan penelitian selama 3 hari dengan pemberian intervensi yang sama pada tiap harinya
4. Setelah pemberian intervensi pada hari ke 3, peneliti kembali melakukan pengukuran tentang tingkat kooperatif anak yang menjadi responden

4.8.3 Evaluasi

Evaluasi penelitian dilakukan pada hari ke tiga setelah diberikan terapi baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Peneliti melakukan pengukuran dengan lembar kuesioner *posttest* mengenai

tingkat kooperatif yang ditunjukkan oleh anak selama menjalani hospitalisasi.

4.9 Teknik Analisa Data

4.9.1 Pengolahan 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.

4.9.2 Analisa Data

1. Analisa univariant

Analisa univariat adalah analisis yang dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian, pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan persentase dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2005). Pada penelitian ini peneliti melakukan analisis univariat pada tiap variabel yaitu terapi bermain *game* edukasi berbasis *smartphone* dan tingkat kooperatif anak usia prasekolah (4-6 tahun) yang menjalani hospitalisasi.

2. Analisa bivariant

Analisa bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga ada pengaruh. Analisis bivariat akan dilakukan ketika menilai korelasi antara variabel independen dengan variabel dependen (Notoatmodjo, 2005). Pada penelitian ini analisa bivariat dilakukan untuk menganalisa hubungan antara kedua variabel, yaitu terapi bermain *game* edukasi berbasis *smartphone* dengan tingkat kooperatif anak usia prasekolah (4-6 tahun) yang dilihat dengan memberikan observasi *pretest* dan *posttest* terhadap anak yang sedang menjalani hospitalisasi.

Data tersebut diolah menggunakan jenis uji statistika parametrik yaitu dengan menggunakan jenis uji T tidak berpasangan (*Independent T test*) dengan tingkat keakuratan nilai $p = 0,05$ menggunakan SPSS (*Statistical Package for the social Sciences*).

Pengujian ini digunakan untuk mengetahui perbedaan nilai sebelum dan sesudah dilakukan terapi bermain *game* edukasi dan menganalisa antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

4.10 Etika Penelitian

Di Indonesia standar etik penelitian kesehatan yang melibatkan manusia sebagai subyek didasarkan pada azas perikemanusiaan yang merupakan salah satu dasar falsafah bangsa Indonesia, Pancasila. Hal tersebut kemudian diatur dalam UU Kesehatan no 23/ 1992 dan lebih lanjut diatur dalam PP no 39/ 1995 tentang Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.

Semua penelitian yang melibatkan manusia tidak boleh melanggar standar etik yang berlaku universal, tetapi juga harus memperhatikan berbagai aspek sosial budaya masyarakat yang diteliti (CIOMS, 2002)

Menurut Hidayat (2007) etika penelitian yang harus diperhatikan oleh setiap peneliti antara lain:

1. *Respect for Person*

Pada penelitian ini peneliti menghormati harkat dan martabat manusia, karena pada penelitian ini subjek penelitian diberikan penjelasan mengenai tujuan, manfaat, prosedur pelaksanaan penelitian, dampak yang mungkin terjadi selama dan sesudah penelitian, hak-hak responden dan kesediaan menjadi responden serta tidak ada paksaan dari pihak manapun (*autonomy*). Bagi responden yang bersedia maka diberikan lembar kesediaan (*informed consent*) menjadi subjek penelitian. Dan saat mengisi kuesioner, pada bagian identitas responden, responden hanya diminta untuk mengisi inisial dari namanya saja (*anonymity*). Peneliti menjamin kerahasiaan

identitas responden (*confidentiality*) dan hanya kelompok atau karakteristik tertentu saja yang dilaporkan pada hasil penelitian.

2. *Beneficence*

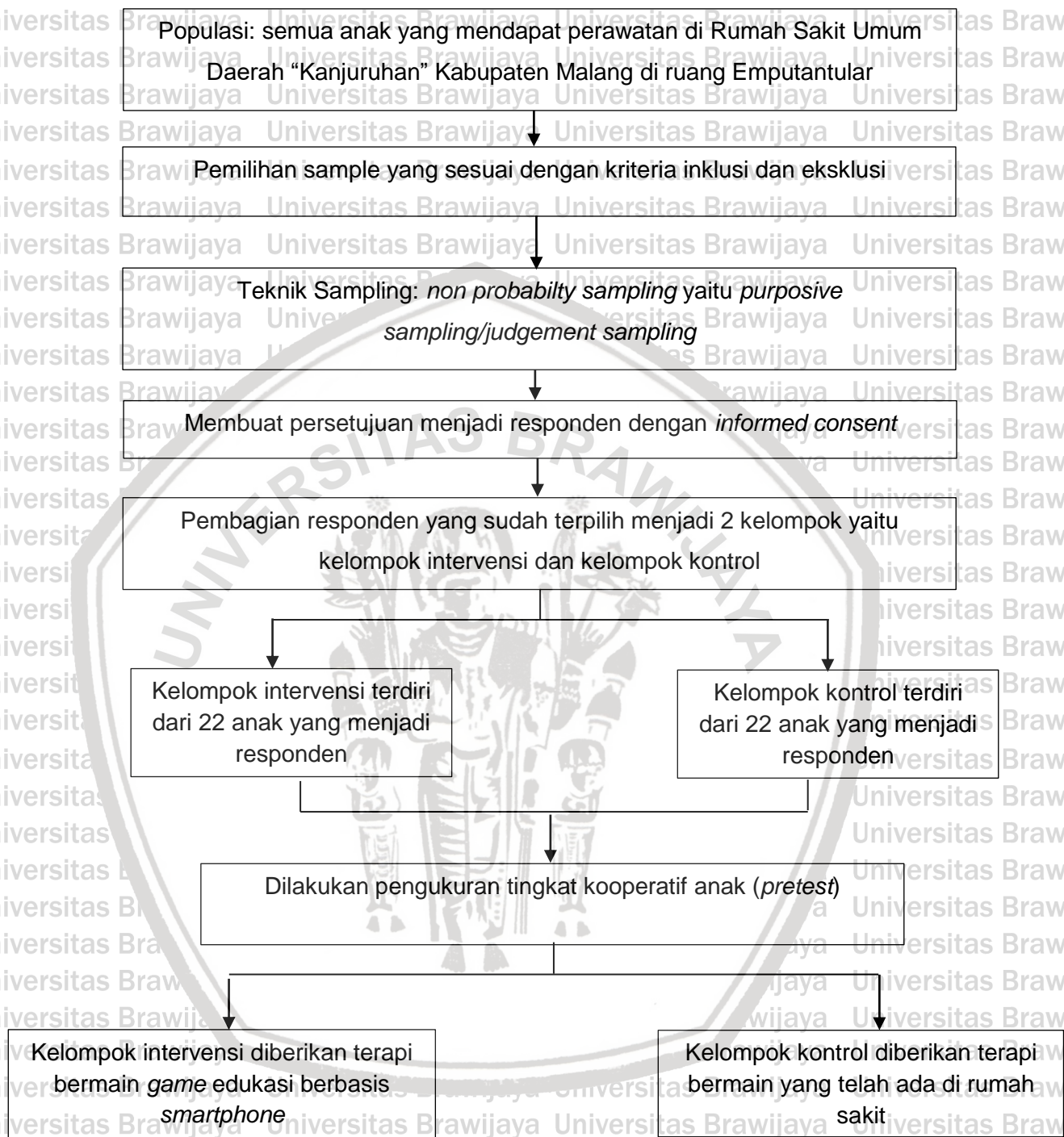
Merupakan prinsip etika penelitian untuk melakukan hal yang baik dan tidak merugikan orang lain. Penerapan *Beneficence* dalam penelitian ini adalah peneliti memperlakukan responden dan keluarga dengan baik dan sopan. Penelitian ini mengutamakan manfaat bagi responden. Peneliti menjelaskan pada responden mengenai manfaat yang didapatkan dengan mengikuti penelitian. Penelitian ini tidak menimbulkan kerugian dan tidak menyakiti responden dari intervensi yang diberikan (*non maleficence*). Hasil pengumpulan data tidak dipergunakan dalam hal-hal yang dapat merugikan responden. Sebagai ucapan terima kasih peneliti memberikan *reward* (penghargaan) pada responden.

3. *Justice*

Penerapan keadilan dalam penelitian ini adalah dengan memberikan perilaku yang sama pada kelompok perlakuan baik jenis, waktu dan tempat pelaksanaan perlakuan.

Etika penelitian di atas yang menjadi prinsip dasar peneliti 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.

4.11 Kerangka Kerja



Dilakukan pengukuran kembali tingkat kooperatif anak
(posttest)

Data yang telah diperoleh dilakukan uji data menggunakan uji T tidak berpasangan (*independent T test*) untuk mengetahui nilai sebelum dan sesudah dilakukan terapi bermain *game* edukasi berbasis *smartphone*.

Menganalisa hasil dan menarik kesimpulan



BAB V

HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

Pada bab ini akan dijelaskan hasil penelitian mengenai tingkat kooperatif anak yang bagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hasil yang diperoleh adalah untuk melihat perbedaan tingkat kooperatif anak pada kontrol dan perlakuan. Analisa yang dilakukan meliputi analisa univariat dan analisa bivariat.

5.1 Analisis Univariat

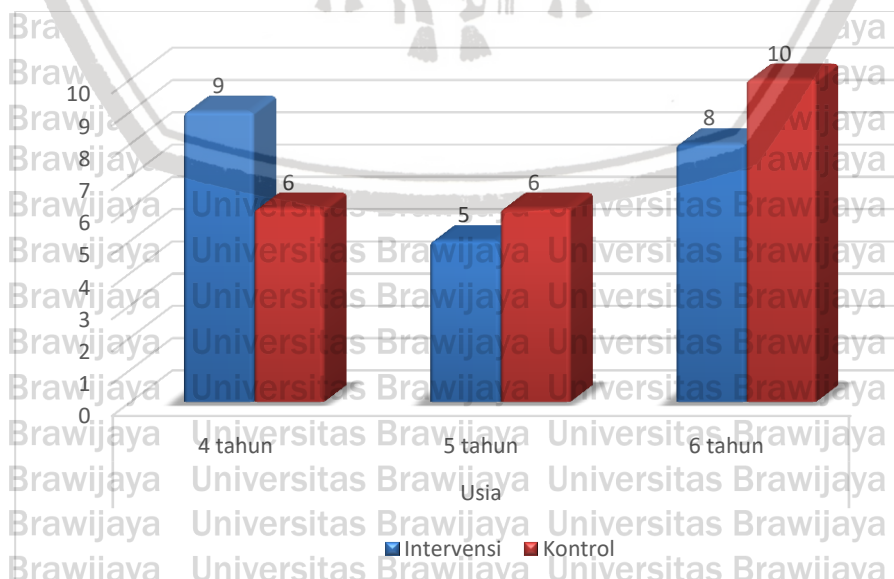
5.1.1 Data Karakteristik Responden

Data hasil penelitan mengenai karakteristik responden yang terdapat di Rumah Sakit Umum Daerah Kanjuruhan Kepanjen Kabupaten Malang

Tabel 5.1 Karakteristik responden berdasarkan usia

| Karakteristik | | Intervensi | Kontrol |
|---------------|---------|------------|-------------|
| Usia | 4 tahun | 9 (40.91%) | 6 (27.27%) |
| | 5 tahun | 5 (22.73%) | 6 (27.27%) |
| | 6 tahun | 8 (36.36%) | 10 (45.46%) |

Gambar 5.1 Karakteristik responden berdasarkan usia

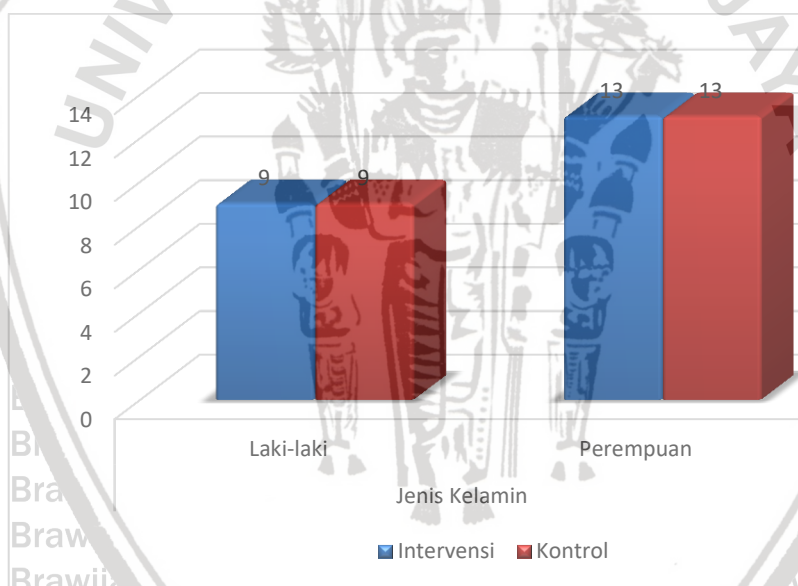


Berdasarkan tabel diatas didapatkan kelompok kontrol yang terdapat usia 4 tahun sebanyak 6 orang (27,27%), usia 5 tahun sebanyak 6 (27,27%), dan usia 6 tahun sebanyak 10 orang (45,46%). Sedangkan untuk kelompok intervensi terdapat usia 4 tahun sebanyak 9 orang (40,91%), usia 5 tahun sebanyak 5 (22,73%), dan usia 6 tahun sebanyak 8 orang (36,36%).

Tabel 5.2 Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

| Karakteristik | | Intervensi | Kontrol |
|---------------|---|-------------|-------------|
| Jenis Kelamin | L | 9 (40.91%) | 9 (40.91%) |
| | P | 13 (59.09%) | 13 (59.09%) |

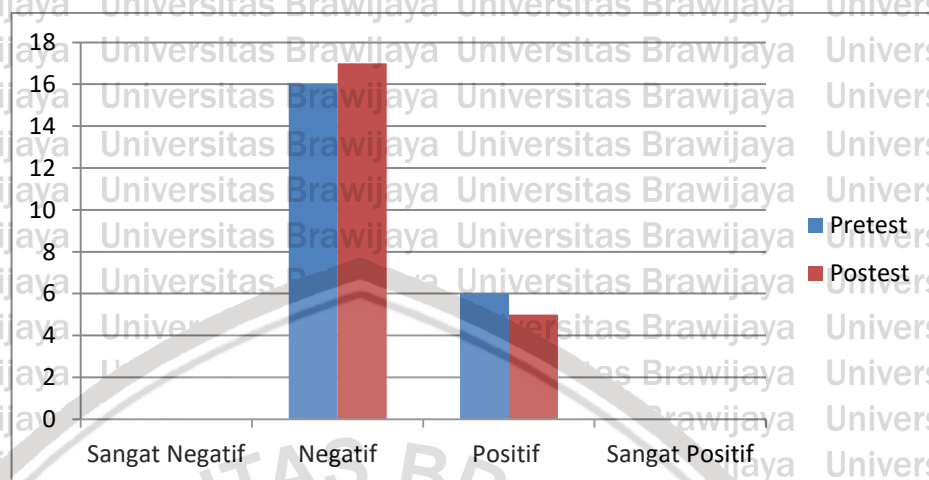
Gambar 5.2 Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin



Berdasarkan tabel diatas, didapatkan bahwa kelompok kontrol yang memiliki jenis kelamin anak laki – laki sebesar 9 anak (40,91%), dan yang perempuan sebesar 13 anak (59,09%). Sedangkan untuk kelompok intervensi yang memiliki jenis kelamin anak laki – laki sebesar 9 anak (40,91%), dan yang perempuan sebesar 13 anak (59,09%).

5.1.2 Tingkat Kooperatif Anak pada Kelompok Kontrol

Gambar 5.3 Tingkat kooperatif anak pada kelompok kontrol

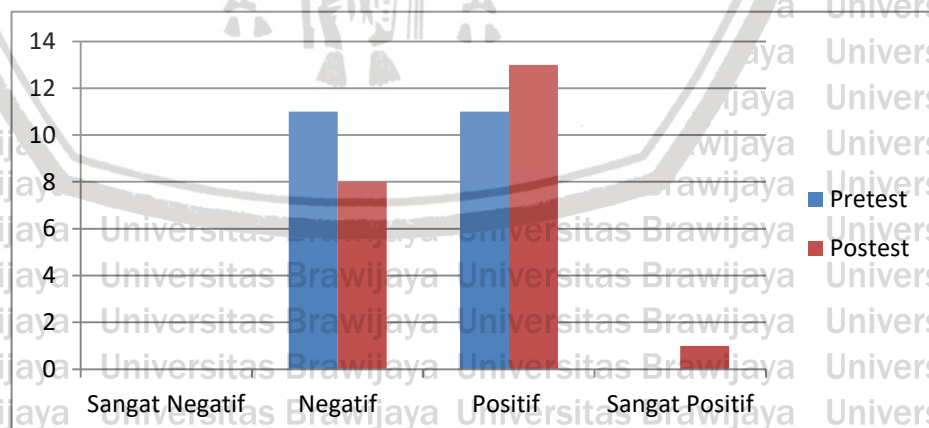


Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa pada kelompok kontrol untuk kelompok Pre test terdapat 16 anak (72,73%) yang memiliki tingkat kooperatif negatif dan terdapat 6 anak (27,27%) yang positif.

Sedangkan untuk post test terdapat 17 anak (77,27%) yang memiliki tingkat kooperatif negatif dan terdapat 5 anak (22,73%) yang positif

5.1.3 Tingkat Kooperatif Anak pada Kelompok Perlakuan

Gambar 5.4 Tingkat kooperatif anak pada kelompok perlakuan



Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa pada kelompok intervensi untuk kelompok Pre test terdapat 11 anak (50%) yang memiliki tingkat kooperatif negatif dan terdapat 11 anak (50%) yang positif. Sedangkan untuk post test terdapat 8 anak (36,36%) yang memiliki tingkat kooperatif negatif, terdapat 13 anak (59,09%) yang positif, dan 1 anak yang memiliki tingkat kooperatif sangat positif.

5.2 Analisis Bivariat

Berdasarkan uraian diatas merupakan gambaran umum tentang data yang diperoleh dari hasil penelitian dan belum menunjukkan hasil penelitian, dan untuk mengetahui hasil penelitian akan dilakukan uji hipotesis dengan menggunakan uji t berpasangan dengan tingkat kesalahan 5% atau tingkat kepercayaan 95%. Namun sebelum menggunakan statistik parametrik, terlebih dahulu dilakukan uji persyaratan normalitas data

5.2.1 Uji Normalitas

Uji ini dilakukan untuk mengetahui apakah data tersebar normal atau tidak. Apabila data hasil pengujian berdistribusi normal, maka salah satu syarat untuk menggunakan analisis statistika parametrik telah terpenuhi. Prosedur uji dilakukan dengan uji Shapiro-wilk, dengan ketentuan sebagai berikut :

Tabel 5.3 hasil uji normalitas (Shapiro-wilk) sebelum dan sesudah intervensi kelompok kontrol dan perlakuan.

| Variabel | N | Shapiro-wilk | Asymp. Sig. (2-tailed) |
|----------------------|----|--------------|------------------------|
| Pre test Kontrol | 22 | 0,962 | 0,528 |
| Post test Kontrol | 22 | 0,927 | 0,106 |
| Pre test Intervensi | 22 | 0,940 | 0,197 |
| Post test Intervensi | 22 | 0,976 | 0,850 |

Hasil uji normalitas Shapiro-wilk dengan menggunakan SPSS

menunjukkan nilai signifikan *pre test* dan *post test* kontrol dan intervensi ($p > 0,05$) sehingga distribusi data yang dihasilkan normal. Maka selanjutnya akan dilakukan penghitungan menggunakan uji *paired t test*.

Uji t yang digunakan untuk mengetahui perbedaan antara pretest dan post test, maka penulis menggunakan alat statistik uji beda rata-rata yaitu uji t berpasangan, karena diasumsikan pre test dan post test tidak saling bebas.

5.2.2 Uji Paired t test kelompok kontrol

Table 5.4 uji *paired t test* untuk kelompok kontrol

| | | Mean | N | Std. Deviation |
|---------|-----------|--------|----|----------------|
| Kontrol | Pre test | 42,045 | 22 | 3,836 |
| | Post test | 42,591 | 22 | 3,376 |

Berdasarkan hasil uji *paired t test* diperoleh nilai tingkat kooperatif mengalami perbedaan yang tidak signifikan. Dari 22 responden didapatkan bahwa nilai mean pada *pre test* 42,045 dan pada *post test* nilai mean sebesar 42,591.

Table 5.5 nilai *p value paired t test* pada kelompok kontrol

| <i>p value</i> | t hitung | t tabel |
|----------------|----------|---------|
| 0,143 | -1,521 | 2,080 |

Selisih dari hasil *paired t test* pada *post test* didapatkan nilai p sebesar 0,143 lebih besar dari 0,05 atau $0,143 > 0,05$ dan nilai t hitung 1,521 lebih besar 2,080 atau $1,521 < 2,080$ sehingga dapat ditarik

kesimpulan bahwa tidak terdapat pengaruh pada kontrol untuk dalam meningkatkan tingkat kooperatif anak.

5.2.3 Paired t Test Kelompok Perlakuan

Table 5.6 uji *paired t test* untuk kelompok perlakuan

| | | Mean | N | Std. Deviation |
|------------|-----------|--------|----|----------------|
| Intervensi | Pre test | 42,909 | 22 | 6,625 |
| | Post test | 47,409 | 22 | 7,956 |

Berdasarkan hasil uji *paired t test* diperoleh nilai tingkat kooperatif sebelum dan sesudah diberikan intervensi mengalami perbedaan yang signifikan.

Table 5.7 nilai *p value paired t test* pada kelompok perlakuan

| <i>p-value</i> | t hitung | t tabel |
|----------------|----------|---------|
| 0,001 | -3,657 | 2,080 |

Selisih itu dari hasil *paired t test* setelah diberikan perlakuan didapatkan nilai *p value* sebesar 0,001 kurang dari 0,05 atau $0,001 < 0,05$ dan nilai t hitung 3,657 lebih besar dari t tabel 2,080 atau $3,657 > 2,131$ sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa H1 diterima, yaitu terdapat pengaruh dari perlakuan untuk meningkatkan tingkat kooperatif anak pada kelompok perlakuan.

5.2.4 *Independent t test* untuk Perbandingan Kontrol dan Perlakuan pada *Post Test*

Tabel 5.8 hasil uji *independent t Test* perbandingan kelompok

Kontrol dan perlakuan

| <i>Independent t Test</i> | Mean Kontrol | Mean Perlakuan | t hitung | Sig. | Mean Difference | t Tabel |
|---------------------------|--------------|----------------|----------|-------|-----------------|---------|
| | 42,591 | 47,409 | 2,615 | 0,014 | 2,048 | 2,001 |

Berdasarkan Tabel 5.8 diatas didapatkan hasil uji t hitung sebesar 2,615 dengan nilai sig. sebesar 0,014, karena nilai t hitung > t tabel atau $4,612 > 2,001$ dan nilai sig. $(0,014) < 0,05$ ($\alpha = 5\%$), maka terdapat perbedaan yang signifikan kontrol dan intervensi untuk tingkat kooperatif anak. Hasil mean menunjukkan bahwa intervensi memiliki nilai kooperatif lebih tinggi dibandingkan dengan kontrol.

5.2.5 *Independent t test* untuk Perbandingan Kategori Sikap Kooperatif pada *Post Test* Kelompok Kontrol dan Perlakuan

Tabel 5.9 hasil uji *independent t Test* pada katagori sikap kooperatif perbandingan kelompok kontrol dan perlakuan

| <i>Independent t test</i> | Kelompok | Mean | N | Std. Deviation | t hitung | t tabel | Sig. |
|---------------------------|-----------|--------|----|----------------|----------|---------|-------|
| Perilaku Negatif | Perlakuan | 39,250 | 8 | 4,773 | -1,084 | 2,001 | 0,308 |
| | Kontrol | 41,176 | 17 | 2,298 | | | |
| Perilaku Positif | Perlakuan | 52,071 | 14 | 5,061 | 3,232 | 2,001 | 0,005 |
| | Kontrol | 47,409 | 5 | 1,140 | | | |

Berdasarkan table 5.9 diatas, didapatkan bahwa sikap kooperatif anak negatif pada pengamatan posttest memiliki nilai t hitung sebesar 1,084 dengan nilai sig. sebesar 0,308, karena nilai t hitung < t tabel atau

$1,084 < 2,001$ dan nilai sig. $(0,308) > 0,05$ ($\alpha = 5\%$), maka H_0 diterima.

sehingga di dapat kesimpulan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara Kontrol dan Perlakuan untuk peningkatan kooperatif

negatif pada anak. Untuk sikap kooperatif anak positif pada pengamatan posttest memiliki nilai t hitung sebesar 3,232 dengan nilai sig. sebesar

0,005, karena nilai t hitung $>$ t tabel atau $3,232 > 2,001$ dan nilai sig. $(0,005) < 0,05$ ($\alpha = 5\%$), maka H_0 ditolak. sehingga di dapat kesimpulan

bahwa ada perbedaan yang signifikan antara Kontrol dan Perlakuan untuk peningkatan kooperatif positif pada anak. Dimana tingkat

kooperatif anak intervensi lebih tinggi dibandingkan dengan kontrol.



BAB VI

PEMBAHASAN

6.1 Pembahasan Hasil Penelitian

6.1.1 Perilaku Kooperatif Anak pada Kelompok Kontrol

Pengukuran tingkat kooperatif sebelum intervensi didapatkan 16 anak (72,73%) menunjukkan perilaku negatif, dan 6 anak (27,27%) menunjukkan perilaku positif. Namun untuk data tingkat kooperatif saat *post test* didapatkan bahwa 17 anak (77,27%) menunjukkan perilaku negative dan 5 anak (22,73%) menunjukkan perilaku positif. Keadaan tersebut sesuai dengan survey yang dilakukan oleh Adriana (2011) yaitu reaksi anak usia prasekolah terhadap hospitalisasi adalah anak sering menjadi tidak kooperatif terhadap perawatan dan pengobatan, menolak makan, sering bertanya, menangis perlahan, tidak kooperatif terhadap petugas kesehatan. Hasil serupa juga terdapat pada penelitian Florentianus (2014) bahwa pada kelompok control tanpa pemberian terapi bermain, anak yang memiliki perilaku kurang kooperatif sebanyak 22 anak (68,8%), kooperatif sebanyak 6 anak (18,75%), dan sangat kooperatif sebanyak 4 anak (12,5%).

Nilai rata-rata *pretest* pada saat pengukuran skor perilaku kooperatif anak yaitu 42,045 dengan standar deviasi (SD) 3,836. sedangkan pada nilai rata-rata *posttest* didapatkan 42,591 dengan standar deviasi (SD) 3,376. Hasil uji statistik *Paired T Test* dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$), didapatkan nilai $p > 0,05$ ($0,143 > 0,05$), yang berarti bahwa H_0 diterima atau tanpa pemberian terapi bermain *game* edukatif berbasis *smartphone* memiliki skor perilaku kooperatif

anak usia prasekolah yang sedang menjalani hospitalisasi tidak berbeda secara signifikan.

Perbedaan yang tidak signifikan tersebut sesuai dengan teori adaptasi Roy, anak akan menyesuaikan diri ketika semakin lama anak dirawat di rumah sakit sehingga seiring berjalannya waktu perilaku ketidakkoperatif anak yang biasa muncul saat anak pertama kali datang untuk dirawat dapat meningkat dengan sendirinya (Nursalam, 2005).

Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan Richard (2015) yaitu hospitalisasi menimbulkan perasaan ansietas kepada hampir semua anak yang sedang menjalaninya. Dan juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Moghaddam, Sadeghmoghaddam, dan Ahmad (2011), yaitu tanpa adanya dukungan dan pemahaman kepada anak maka sikap tidak kooperatif akan cenderung menetap dan hanya berubah namun kurang berarti.

6.1.2 Perilaku Kooperatif Anak pada Kelompok Perlakuan

Pengukuran tingkat kooperatif sebelum intervensi didapatkan 11 anak (50%) menunjukkan perilaku negatif, dan 11 anak (50%) menunjukkan perilaku positif. Namun untuk data tingkat kooperatif setelah pemberian terapi bermain *game* edukatif berbasis *smartphone* terdapat 8 anak (36,36%) menunjukkan perilaku negative, 13 anak (59,09%) menunjukkan perilaku positif, dan 1 anak menunjukkan perilaku sangat positif. Keadaan tersebut sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Riberio (2009) yaitu bermain memiliki nilai terapeutik yang penting untuk membantu anak menghadapi situasi-situasi krisis seperti yang dirasakan saat rawat inap. Hasil serupa juga terdapat pada penelitian Florentianus (2014) bahwa pada kelompok intervensi yang telah diberikan terapi

bermain, keseluruhan anak yang pada sebelumnya menunjukkan perilaku tidak kooperatif menjadi kooperatif (100%).

Hasil pengukuran perilaku kooperatif anak yang mendapatkan terapi bermain *game* edukatif berbasis *smartphone* memiliki nilai rata-rata *pretest* 42,909 dengan standar deviasi (SD) 6,625. Sedangkan pada hasil *posttest* pengukuran perilaku kooperatif anak akibat hospitalisasi yang mendapatkan terapi bermain *game* edukatif berbasis *smartphone* memiliki nilai rata-rata 47,409 dengan standar deviasi (SD) sebesar 7,956. Hasil uji statistik *Paired T Test* yang menunjukkan terdapat perbedaan pada nilai *pretest* dan *posttest* setelah diberikan terapi bermain *game* edukatif berbasis *smartphone* pada anak yang sedang menjalani hospitalisasi secara signifikan.

Setelah anak diberikan terapi bermain *game* edukatif berbasis *smartphone*, anak menunjukkan penurunan perilaku tidak terkontrol, melawan, pemalu, tegang dan merengek ditandai dengan anak selalu menjawab pertanyaan perawat dengan baik, mengungkapkan dan bercerita apa yang dirasakan kepada perawat, dan dengan senang hati menerima setiap tindakan perawatan dengan baik dan antusias. Hal tersebut sesuai dengan teori perilaku Wright dalam Muthu (2009).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Rahma (2008), dengan pemberian terapi bermain dapat meningkatkan perilaku kooperatif anak selama menjalani perawatan. Rasa tertarik anak terhadap permainan akan menimbulkan rasa senang selama menjalani perawatan dan rasa senang ini meningkatkan perilaku kooperatif anak.

6.1.3 Pengaruh Terapi Bermain Game Edukatif Berbasis Smartphone Terhadap Tingkat Kooperatif pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

Perbandingan hasil dari pengukuran *post test* terhadap tingkat kooperatif anak pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan menggunakan uji *Independent T Test* didapatkan nilai $p < \alpha$ ($0,001 < 0,05$), yang menunjukkan bahwa H_0 ditolak. Hal ini berarti bahwa adanya perbedaan yang signifikan antara hasil dari kelompok kontrol dan kelompok intervensi, yaitu hasil dari kelompok intervensi lebih baik dibanding kelompok kontrol.

Terbukti dengan melihat perbandingan *post test* untuk sikap kooperatif anak yang menunjukkan positif dan negatif, didapatkan bahwa pada sikap kooperatif anak yang menunjukkan negatif memiliki nilai t hitung lebih kecil dari t tabel ($1,084 < 2,001$) dan didapatkan nilai sig. 0,308 yang dimana lebih besar dari 0,05 dengan nilai kesalahan 5%, sehingga dapat dikatakan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan terhadap sikap kooperatif anak negatif pada kelompok kontrol dan perlakuan. Sedangkan untuk perbandingan nilai *post test* sikap kooperatif anak yang menunjukkan positif, memiliki nilai t hitung yang lebih besar dari nilai t tabel ($3,232 > 2,001$) dan nilai sig. 0,005 sehingga nilai signifikansi lebih kecil dari nilai kesalahan (0,05) sehingga dapat dikatakan bahwa terhadap perbedaan yang signifikan terhadap sikap kooperatif anak positif pada kelompok kontrol dan perlakuan.

Nilai berbeda yang ditunjukkan pada kelompok kontrol dan intervensi sesuai dengan *Theory Comfort* oleh Kolbaca (2005), teori tersebut menyatakan bahwa jika anak diberikan stimulus yang memberikan kenyamanan secara lingkungan dan secara fisik, maka perilaku buruk akan berkurang. Kenyamanan

secara lingkungan yang dimaksud adalah metode bermain yang dalam penelitian dilakukan pemberian terapi bermain *game* edukatif berbasis *smartphone* yang menyenangkan akan meningkatkan kenyamanan anak. Kenyamanan akan membuat tubuh menjadi rileks, sehingga dari dalam tubuh akan mengeluarkan hormon endorfin yang akan memberikan efek menenangkan yang kemudian akan merangsang emosi pada sistem limbic dan kemudian akan terjadi pengontrolan perilaku kooperatif di hipotalamus. Anak merasa nyaman menjadi penyebab peningkatan perilaku kooperatif pada kelompok perlakuan (Purwandari, 2009).

Apabila anak pernah mengalami pengalaman tidak menyenangkan selama dirawat di rumah sakit sebelumnya, maka akan menyebabkan anak menjadi takut dan trauma sehingga anak tidak kooperatif dengan perawat dan dokter. Begitu juga sebaliknya apabila anak di rumah sakit mendapatkan perawatan yang baik dan menyenangkan, maka anak akan lebih kooperatif kepada perawat dan dokter (Supartini, 2004). Hal tersebut sesuai dengan yang dikemukakan oleh Robert J. Kirkby dan Thomas A. Whelan (2014) yaitu pengalaman dengan rumah sakit ataupun tenaga medis sebelumnya sangat mempengaruhi dari tanggapan anak terhadap penerimaan dirinya kepada rumah sakit berikutnya. Factor-faktor yang mempengaruhi adalah frekuensi lama rawat inap, keparahan penyakit, dan peningkatan jumlah dari intervensi medis.

Peneliti berasumsi bahwa memasukkan variabel pengalaman dirawat sebelumnya diharapkan dapat memberikan pengaruh terhadap respon anak. Dengan pengalaman dirawat sebelumnya apabila sudah pernah dirawat mempunyai kesan tentang proses hospitalisasi seperti tindakan invasif, sikap perawat, serta kondisi yang membuat anak menjadi stress. Namun peneliti juga berasumsi pengalaman juga dipengaruhi oleh sistem pendukung yang tersedia,

yaitu dukungan orang tua maupun keluarga. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan Verni et al., (1996, dalam Schiff, 2001) bahwa orang tua memiliki peranan yang penting dalam upaya meningkatkan coping anak selama prosedur yang menyakitkan.

Adanya perbedaan tingginya perilaku kooperatif pada kelompok perlakuan dibandingkan dengan kelompok kontrol, karena pada kelompok kontrol tanpa pemberian intervensi bermain *game* edukatif berbasis *smartphone* yang pengambilan data dilakukan pada hari kedua anak dirawat dan hari ketiga. Pada penelitian ini sesuai dengan pernyataan Ramdaniati (2011), anak mengalami fase krisis untuk berperilaku negatif pada hari pertama hingga awal hari ketiga.

Berdasarkan uraian di atas dan didukung teori-teori yang sesuai dapat dikatakan bahwa bermain *game* edukatif berbasis *smartphone* dapat meningkatkan perilaku kooperatif anak usia prasekolah akibat hospitalisasi di RSUD “Kanjuruhan” Kapanjen Kabupaten Malang.

6.2 Implikasi Terhadap Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat baik dari segi teoritis maupun segi praktis.

6.2.1 Manfaat Teoritis

Mengembangkan ilmu dalam asuhan keperawatan anak karena kegiatan bermain *game* edukatif berbasis *smartphone* dapat membantu anak untuk mengenali dan memahami lingkungan baru dan tindakan keperawatan, sehingga sangat bermanfaat untuk membantu anak, orang tua, maupun perawat dalam

penanganan tingkah tidak kooperatif anak selama menjalani rawat inap di rumah sakit.

6.2.2 Manfaat Praktis

Meningkatkan keterampilan dalam meminimalkan trauma fisik maupun psikis pada anak. Penerapan kegiatan terapi bermain *game* edukatif berbasis *smartphone* dengan baik dapat mengurangi ketegangan anak saat dilakukan prosedur perawatan, sehingga anak dapat berperilaku kooperatif terhadap perawat.

6.3 Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa dalam pelaksanaan penelitian ini memiliki beberapa kelemahan yang dapat berengaruh dalam hasil akhir dari penelitian ini, yaitu:

1. Instrumen pada penelitian ini menggunakan kuesioner berisi 15 pertanyaan yang harus diisi oleh keluarga pasien, bukan merupakan pengamatan langsung oleh peneliti. Sehingga penilaian tergantung pendapat keluarga secara subyektif atau jawaban yang diberikan sebatas pengetahuan keluarga.
2. Faktor eksternal yang tidak terkaji selain dari pemberian terapi bermain *game* edukatif berbasis *smartphone* yang dapat mempengaruhi tingkat kooperatif anak

BAB VII

PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan mengenai “Pengaruh Terapi Bermain *Game* Edukatif Berbasis *Smartphone* terhadap Tingkat Kooperatif Anak Usia Prasekolah (4-6 tahun) yang Menjalani Hospitalisasi di RSUD Kanjuruhan Kepanjen Kabupaten Malang”, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Kelompok kontrol (22 responden) menunjukkan tidak ada peningkatan perilaku kooperatif berdasarkan uji *paired t test* didapatkan nilai $p > 0.05$ ($0.143 > 0.05$), artinya tidak terdapat kenaikan perilaku kooperatif anak.
2. Kelompok intervensi (22 responden) berdasarkan uji *paired t test* didapatkan nilai $p < 0.05$ ($0.001 < 0.05$), artinya terdapat kenaikan perilaku kooperatif anak.
3. Terdapat perbedaan skor perilaku kooperatif anak usia prasekolah yang mengalami hospitalisasi pada kelompok kontrol dibandingkan dengan kelompok intervensi. Berdasarkan uji *independent t test* didapatkan hasil $\text{sig} < \alpha$ ($0.0014 < 0.05$), yang menunjukkan bahwa H_0 ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan hasil antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan. Sehingga, pemberian terapi bermain *game* edukatif berbasis *smartphone* menunjukkan dapat meningkatkan skor perilaku kooperatif anak prasekolah yang mengalami hospitalisasi di RSUD Kanjuruhan Kepanjen Kabupaten Malang.

7.2 Saran

1. Bagi praktik keperawatan di rumah sakit

Berdasarkan hasil penelitian, bahwa pemberian terapi bermain *game* edukatif berbasis *smartphone* dapat memberikan pengaruh positif dalam meningkatkan tingkat kooperatif anak usia prasekolah yang menjalani hospitalisasi sehingga disarankan bagi rumah sakit menerapkan untuk terapi bermain *game* edukatif menggunakan *smartphone* di rumah sakit sebagai upaya meningkatkan kooperatif anak usia prasekolah saat hospitalisasi sehingga rumah sakit dapat meningkatkan pelayanan keperawatan di rumah sakit.

2. Bagi Penelitian Selanjutnya

Perlu diperhatikan berbagai faktor-faktor eksternal yang dapat mempengaruhi tingkah kooperatif anak usia prasekolah (4-6 tahun) yang menjalani hospitalisasi, seperti *mood*, stress hospitalisasi, *support system* yang menemani yang dapat berubah setiap harinya.

DAFTAR PUSTAKA

- Alimul H, A. Aziz. 2005. Pengantar Ilmu Keperawatan Anak Edisi 1, Salemba Medika, Jakarta.
- Alwi, Hasan. 2013. KBBI. (Edisi Keempat). Jakarta: Balai Pustaka.
- Anna Gabriela B. F., Fabiane de Amorin A., Daisy Mitiko Suzuki O. F. (2012). *Routine Use of Therapeutic Play in The Care of Hospitalized Children: Nurse's Perceptions*. Journal of Pediatrics, Vol.25, No.1, hlm. 18-23.
- Arikunto, S. 2010. *Prosedur penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. (Edisi Revisi). Jakarta: Rineka Cipta.
- Badan Pusat Statistik. 2015. *Profil Anak Indonesia 2015*. Jakarta: Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak.
- Ball, J.W., & Bindler, R.C. (2003). *Pediatric nursing: Caring for children*. (3rd edition). New Jersey: Prentice Hall.
- Bowden, V.R., & Greenberg, C.S. (2008). *Pediatric nursing procedures*. (2nd edition). St. Louis: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bruck, L., & Mayer, B.H. (2005). *Pediatric nursing made incredibly easy*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Dariush D. Farhud, Martam Malmir, dan Mohammad Khanahmadi. (2014). *Happiness & Health: The Biological Factors-Systematic Review Article*. Iranian Journal of Public Health, Vol.43, No.11, Hlm. 1468-1477.
- Deborah Norton-Westwood. (2012). *The Health-Care Environment Through The Eyes of A Child—Does it Soothe or Provoke Anxiety?*. International Journal of Nursing Practice, Vol.18, Hlm. 7-11.
- Dewan Organisasi Ilmu-Ilmu Kedokteran Internasional. *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects* (CIOMS), 2002.
- Emad Abu-Shanab, Eman Haddah. (2015). *The Influence of Smart Phone on Human Health and Behavior: Jordanians' Perceptions*. International Journal of Computer Networks and Applications, Vol.2, No.2.
- Friedman, M.M., (2010). *Buku ajar keperawatan keluarga: riset, teori dan aplikasi, edisi bahasa Indonesia*. Jakarta: EGC.
- Hidayat, A.A. (2007). *Metode penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis*. Ed. 01. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat. 2007. *Metodologi Penelitian*. Jakarta: Pustaka Pelajar.

Hilda K. Kabali, Matilde M. Irigoyen, Rosmary Nunez-Davis, Jennifer G. Budacki, Sweta H. Mohanty, Kristin P. Leister, dkk. (2015). *Exposure and Use of Mobile Media Devices by Young Children*. Journal of The American Academy of Pediatrics.

Hockenberry, M.J., & Wilson D. (2009). *Wong's essentials of pediatric nursing*. (8th edition). St. Louis: Elsevier Mosby.

Hockenberry, M.J., Wilson D., & Winkelstein, M.L. (2005). *Wong's essentials of pediatric nursing*. (7th edition). St. Louis: Elsevier Mosby.

Hurlock, E.B. (1998). *Psikologi perkembangan: Suatu pendekatan sepanjang rentang kehidupan*. Edisi ke-lima. (Istiwidayati & Soedjarwo, Penerjemah). Jakarta: Penerbit Erlangga.

Ida Subardiah. 2009. Pengaruh Permainan Terapeutik Terhadap Kecemasan, Kehilangan Kontrol, dan Ketakutan Anak Prasekolah Selama Dirawat di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung. Tesis. Pasca Sarjana Universitas Indonesia.

James, S.R. & Ashwill, J.W. (2007). *Nursing care of children: principles & practice*. Third edition. St. Louis: Saunders Elsevier.

Jovan. (2007). *Hospitalisasi*. <http://jovandc.multiply.com>. Diakses tanggal 20 September 2017.

Kevin M. Kniffin, Jubo Yan, Brian Wansink, William D. Schulze. (2017). *The Sound of Cooperation: Musical Influence on Cooperative Behavior*. Journal of Organizational Behavior, Vol.38, Hlm. 372-390.

Khamees B. Obaid. (2015). *Psychosocial Impact of Hospitalization on Ill Children in Pediatric Oncology Wards*. Journal of Nursing and Health Science, Vol.4, No.3, hlm. 72-78.

Kominfo. 2015. *Indonesia Raksasa Teknologi Digital Asia*. Diakses ada tanggal 26 Agustus 2017 dari https://www.kominfo.go.id/content/detail/6095/indonesia-raksasa-teknologi-digital-asia/0/sorotan_media.

Masulili, F. 2013. *Metode Bimbingan Imajinasi Rekam Audio Untuk Menurunkan Stres Hospitalisasi Pada Anak Usia Sekolah di Rumah Sakit*. Volume 1(2) 2.

Melynk, B.M. (2000). Intervention studies involving parents of hospitalized young children: An analysis of the past and future recommendations, *Journal of pediatric nursing*, 15 (1), 4-13.

Mitchell, J., & Whitney, F. (2001). *The effect of injection speed on the perception of intramuscular pain*. AAOHN Journal, 49(6), 286-292.

Muscari, M.E. (2005). *Panduan belajar keperawatan pediatrik*. (Alfrina Hany. Penerjemah). Jakarta: EGC.

Muthu, M.S, Sivakumar, N. (2009). *Pediatric Dentistry: Principles and Practice*. Elsevier. Journal of Dentistry.

Norton-Westwood, D. The Health-Care Environment Through The Eyes of A Child Does It Soothe Or Provoke Anxiety?. *International Journal of Nursing Practice*. 2012

Notoatmodjo,S. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.

Nursalam. (2010). *Konsep & penerapan metodologi penelitian ilmu kesehatan pedoman skripsi, resis, dan instrumen penelitian keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Nursalam. (2016). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika.

Palender, T., & Leino-Kilpi, H. 2010. Children's Best and Worst Experience during Hospitalization. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 24(4), 726-733.

Pena, A., L., N, & Juan, L.C. 2011. *The Experience of Hospitalized Children Regarding Their Interaction With Nursing Professionals*. Enfermagem Original Article.

Petter Illig, Demitris P. Haldeos. (2004). *Children's Health and the Environment*. Journal of Society for International Development, Vol.47, No.2, hlm 104-108.

Potter, P.A., & Perry, A.G. (2005). *Fundamental of nursing*. Eight edition, Mosby: Evolve elsevier.

Price, D.L., & J.F. gwin. 2005. *Thompson's Pediatric Nursing, an Introductory Text* (ed., 9th). St. Louis: Elsevier Inc.

Priyatno. 2014. *SPSS 222 Pengolah Data Terpraktis*. Yogyakarta: CV Andi Offset.

Rahma, Ni Putu Dewi Puspasari. 2008. *Tingkat Kooperatif Anak Usia Pra Sekolah (3-5 Tahun) Melalui Terapi Bermain Selama Menjalani Perawatan di Rumah Sakit Pantj Rapih Yogyakarta*. Yogyakarta: Jurnal Kesehatan Surya Media Yogyakarta.

S. Gowthami, S. VanketaKrishnaKumar. (2016). *Impact of Smartphone: A Pilot Study on Positive and Negative Effects*. International Journal of Scientific Engineering and Applied Science, Vol.2, No.3.

Salmela M., Salantera S., & Aronen E.T. (2010). Coping with hospital related fears: experience of pre-school-aged children. *Journal Of Advanced Nursing*. 66(6), 1222-1231.

Shields, L. (2001). A review of the literature from developed and developing countries relating to the effect of the hospitalization on children and parents. *International Nursing Review*, 48, 29-37.

Shives, L.R. (2005). *Basic concepts of psychiatric mental health nursing*. (6th edition). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.

Strickland, O.L., & Dilorio, C. (2003). *Measurement of nursing outcomes: client outcomes and quality of care*. (Volume 2). New York: Springer Publishing Company Inc.

Stuart, G.W., & Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*, (8th edition). St. Louis: Elsevier Mosby.

Sugiyono. (2010). *Statistika untuk penelitian*. Bandung: Alfabeta.

Sugiyono. 2010. *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta

Supartini, Y. (2004). *Konsep dasar keperawatan anak*. Jakarta: EGC.

William H. C. Li., Joyce Oi Kwan Chung, Ka Yan Ho, dan Blondi Ming Chau Kwok. (2016). *Play Interventions to Reduce Anxiety and Negative Emotions in Hospitalized Children*. *Journal of BMC Pediatrics*.

Winarsih, B.D. 2012. *Hubungan Peran Serta Orang Tua dengan Dampak Hospitalisasi pada Anak Usia Prasekolah di RSUD RA Kartini Jepara*. Tesis. Fakultas Ilmu Keperawatan Program Magister Keperawatan Universitas Indonesia, Depok.

Wong, D.L., Hockenberry, Marilyn, J. (2007). *Wong's nursing care of infants and children*. St. Louis, Missouri: Mosby Inc.

World Health Organization. 2005. *Children's Health and The Environment*. Switzerland.

Yusuf, S. (2011). *Psikologi perkembangan anak dan remaja*. Bandung: PT Remaja Rosda Karya Bandung.