



**PENGARUH *THERAPEUTIC PEER PLAY* TERHADAP TINGKAT
KECEMASAN PADA ANAK USIA SEKOLAH SELAMA
HOSPITALISASI DI RUANG FIRDAUS RSI BANJARNEGARA**

SKRIPSI

Untuk memenuhi persyaratan mencapai Sarjana Keperawatan

**Oleh :
Aqmarinda Lailya Ghassani
NIM: 30902200245**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2023**



**PENGARUH *THERAPEUTIC PEER PLAY* TERHADAP TINGKAT
KECEMASAN PADA ANAK USIA SEKOLAH SELAMA
HOSPITALISASI DI RUANG FIRDAUS RSI BANJARNEGARA**

SKRIPSI

Oleh :
Aqmarinda Lailya Ghassani
NIM: 30902200245

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN S1
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2023**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, dengan sebenarnya menyatakan bahwa skripsi ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika dikemudian hari ternyata Saya melakukan tindakan plagiarisme, Saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang kepada saya.

Semarang, 23 November 2023

Mengetahui,
Wakil Dekan I

Peneliti,



(Ns.Hj.Sri Wahyuni,M.Kep,Sp.Kep.Mat)



(Aqmarinda Lailya Ghassani)

UNISSULA
جامعته سلطان أبجوع الإسلامية

HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi berjudul :

**PENGARUH *THERAPEUTIC PEER PLAY* TERHADAP TINGKAT
KECEMASAN PADA ANAK USIA SEKOLAH SELAMA HOSPITALISASI DI
RUANG FIRDAUS RSI BANJARNEGARA**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Aqmarinda Lailya Ghassani
NIM : 30902200245

Telah disahkan dan disetujui oleh Pembimbing pada :

Pembimbing I

Tanggal : 08 Desember 2023

Pembimbing II

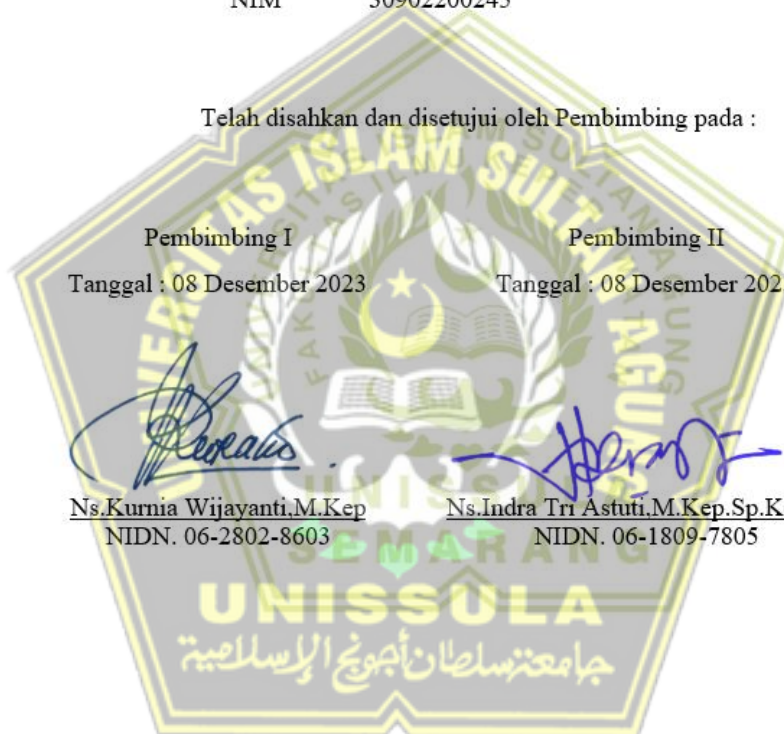
Tanggal : 08 Desember 2023



Ns.Kurnia Wijayanti,M.Kep
NIDN. 06-2802-8603



Ns.Indra Tri Astuti,M.Kep.Sp.Kep.An
NIDN. 06-1809-7805



Skripsi berjudul :

**PENGARUH *THERAPEUTIC PEER PLAY* TERHADAP TINGKAT
KECEMASAN PADA ANAK USIA SEKOLAH SELAMA HOSPITALISASI DI
RUANG FIRDAUS RSI BANJARNEGARA**

Disusun oleh :

Nama : Aqmarinda Lailya Ghassani

NIM : 30902200245

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 23 November 2023 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Penguji I,

Ns.Nopi Nur Khasanah, M.Kep., Sp.Kep.An
NIDN. 06-3011-8701



Penguji II,

Ns.Kurnia Wijayanti, M.Kep
NIDN. 06-2802-8603



Penguji III,

Ns.Indra Tri Astuti, M.Kep. Sp.Kep.An
NIDN. 06-1809-7805



Mengetahui
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Dr. Iwan Ardian, SKM, M.Kep
NIDN. 06-2208-7403



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
Skripsi, November 2023**

ABSTRAK

Aqmarinda Lailya Ghassani

**PENGARUH *THERAPEUTIC PEER PLAY* TERHADAP TINGKAT
KECEMASAN PADA ANAK USIA SEKOLAH SELAMA HOSPITALISASI
DI RUANG FIRDAUS RSI BANJARNEGARA**

77 halaman + 16 tabel + 2 gambar + 14 lampiran + xv

Latar Belakang: Anak usia sekolah dalam rentang usia 7-12 tahun sedang mengalami perkembangan fisik, sosial, kognitif dan emosional yang signifikan. Selama masa hospitalisasi, kecemasan merupakan respon dominan yang dapat mempengaruhi perkembangan anak. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh *therapeutic peer play* terhadap kecemasan pada anak usia sekolah selama dirawat di ruang Firdaus RSI Banjarnegara.

Metode: Penelitian ini menggunakan metode *quasi experiment* dengan *desain pre and post test with control group*. Pengumpulan data dilakukan menggunakan kuesioner CSAS-C. Jumlah responden sebanyak 40 responden yang terbagi dalam kelompok eksperimen dan kelompok kontrol masing-masing 20 responden menggunakan teknik *purposive sampling*. Data yang diperoleh diolah menggunakan SPSS dengan uji statistik *Chi Square* dan *Mann Whitney*.

Hasil: Mayoritas dari subjek pasien anak berada dalam rentang usia 9-10 tahun, yang mencakup 27 pasien anak atau sekitar 67,5% dari total sampel. Pasien anak yang menjadi subjek penelitian mayoritas adalah pasien laki-laki, dengan 26 responden (65%). Perbandingan antara pasien anak yang memiliki pengalaman hospitalisasi (16 pasien) dengan yang tidak (24 pasien). Mayoritas pasien anak sebelum intervensi mengalami tingkat kecemasan yang tinggi, baik dalam kategori berat maupun panik. Sebanyak 58% dari total responden mengalami kecemasan berat. Selain itu, 37% dari total responden mengalami kecemasan dalam tingkat panik. kedua intervensi menunjukkan adanya pengaruh signifikan terhadap penurunan tingkat kecemasan pasien anak, perlu dicatat bahwa *Therapeutic Peer Play* berdasarkan uji *Chi-Square* masih menunjukkan dampak yang lebih signifikan (*p-value* 0,001) dalam mengurangi tingkat kecemasan dibandingkan dengan perlakuan kontrol (*p-value* 0,002). Perbedaan signifikan hasil posttest antara kedua perlakuan dibuktikan hasil Uji *Mann Whitney* dengan nilai *p-value* $0,000 < 0,05$.

Simpulan: Terdapat pengaruh *Therapeutic Peer Play* terhadap tingkat kecemasan pada anak usia sekolah selama hospitalisasi di Ruang Firdaus RSI Banjarnegara.

Kata kunci: *Therapeutic Peer Play*, Kecemasan, Hospitalisasi

Daftar Pustaka: 46 (2004-2023)

**BACHELOR OF SCIENCE IN NURSING
FACULTY OF NURSING SCIENCE
SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY SEMARANG
Thesis, November 2023**

ABSTRACT

Aqmarinda Lailya Ghassani

The Effect of Therapeutic Peer Play on Anxiety Levels in School-Aged Children During Hospitalization in the Firdaus Ward, RSI Banjarnegara

77 pages + 16 table + 2 pictures + 14 attachments + xv

Background: School-age children in the age range of 7-12 years are experiencing significant physical, social, cognitive and emotional development. During hospitalization, anxiety is the dominant response that can affect children's development. This study aims to determine the effect of therapeutic peer play on anxiety in school-age children while being treated in the Firdaus room of RSI Banjarnegara.

Method: This study used quasi experiment method with pre and post test design with control group. Data collection was carried out using the CSAS-C questionnaire. The number of respondents was 40 respondents who were divided into experimental groups and control groups of 20 respondents each using purposive sampling technique. The data obtained were processed using SPSS with Chi Square and Mann Whitney statistical tests.

Result: The majority of the pediatric patient subjects were in the age range of 9-10 years, which included 27 pediatric patients or about 67.5% of the total sample. The majority of pediatric patients were male, with 26 respondents (65%). There was a comparison between pediatric patients who had hospitalization experience (16 patients) and those who did not (24 patients). The majority of pediatric patients before the intervention experienced high levels of anxiety, both in the severe and panic categories. A total of 58% of the total respondents experienced severe anxiety. In addition, 37% of the total respondents experienced anxiety in the panic level. Both interventions showed a significant effect on reducing the anxiety level of pediatric patients, it should be noted that Therapeutic Peer Play based on Chi-Square test still showed a more significant impact (p-value 0.001) in reducing anxiety levels compared to the control treatment (p-value 0.002). The significant difference in posttest results between the two treatments was evidenced by the Mann Whitney Test results with a p-value of 0.000 <0.05.

Conclusion: There is an effect of Therapeutic Peer Play on anxiety levels in school-age children during hospitalization in the Firdaus Room of RSI Banjarnegara.

Keywords: Therapeutic Peer Play, Anxiety, Hospitalization
Bibliographies: 46 (2004-2023)



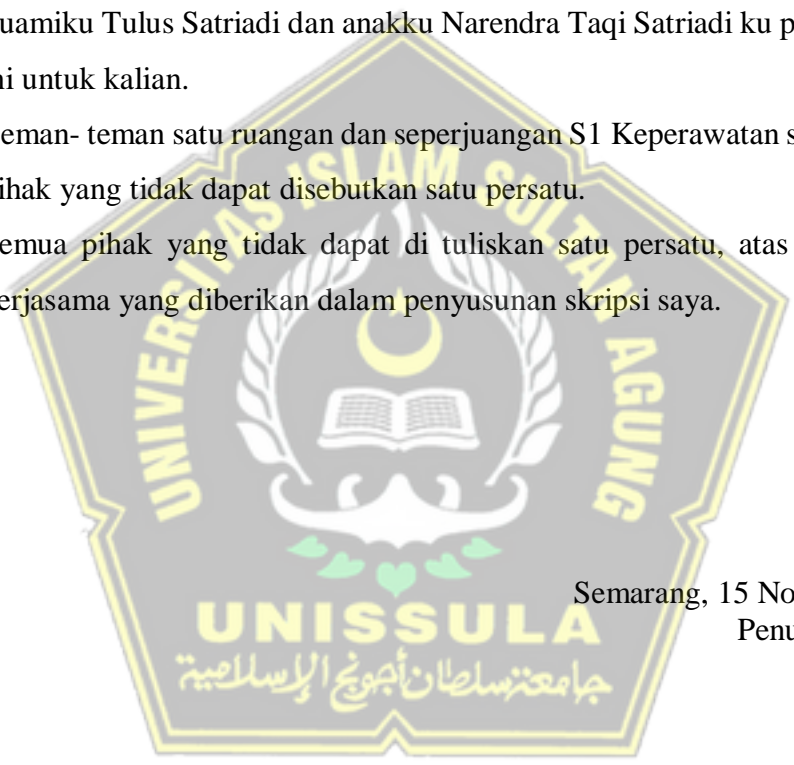
KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb. Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan baik yang berjudul **“PENGARUH *THERAPEUTIC PEER PLAY* TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PADA ANAK USIA SEKOLAH SELAMA HOSPITALISASI DI RUANG FIRDAUS RSI BANJARNEGARA”**. Skripsi ini merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Terima kasih penulis sampaikan kepada berbagai pihak yang sudah membantu dalam proses pembuatan skripsi ini, di antaranya:

1. Prof. Dr. H. Gunarto, S.H., S.Akt, M.Hum selaku rektor Universitas Islam Sultan Agung,
2. Dr. Iwan Ardian, SKM, M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan,
3. Dr. Ns. Dwi Retno Sulistyaningsih, Sp.Kep.MB selaku Kaprodi S1 Keperawatan,
4. Ns. Kurnia Wijayanti, M.Kep selaku pembimbing I yang berkenan meluangkan waktu dalam memberikan pengarahan, bimbingan dan motivasi selama pembuatan skripsi ini,
5. Ns. Indra Tri Astuti, M.Kep.Sp.Kep.An selaku pembimbing II yang berkenan meluangkan waktu dalam memberikan pengarahan, bimbingan dan motivasi selama pembuatan skripsi ini,
6. Ns.Nopi Nur Khasanah, M.Kep., Sp.Kep.An selaku penguji I terima kasih saran dan masukannya.
7. dr. H. Arif Fadlullah Chonar selaku Direktur Rumah Sakit Islam Banjarnegara yang sudah memberikan kesempatan bagi penulis untuk melakukan segala proses pembuatan skripsi, sehingga penulis dapat menerapkan ilmu yang sudah dipelajari serta didapatkan selama belajar di Fakultas Ilmu Keperawatan.

8. Terima Kasih kepada Rumah Sakit Islam Banjarnegara dan Staf yang sudah memberikan kesempatan bagi penulis untuk melakukan segala proses pembuatan skripsi, sehingga penulis dapat menerapkan ilmu yang sudah dipelajari serta didapatkan selama belajar di Fakultas Ilmu Keperawatan.
9. Seluruh Dosen Pengajar dan Staf FIK UNISSULA yang telah memberikan ilmu pengetahuan serta bantuan kepada penulis.
10. Orang tua dan keluarga yang selalu mendoakan, sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik dan tepat waktu.
11. Suamiku Tulus Satriadi dan anakku Narendra Taqi Satriadi ku persembahkan ini untuk kalian.
12. Teman-teman satu ruangan dan seperjuangan S1 Keperawatan serta berbagai pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu.
13. Semua pihak yang tidak dapat di tuliskan satu persatu, atas bantuan dan kerjasama yang diberikan dalam penyusunan skripsi saya.



Semarang, 15 November 2023
Penulis

Aqmarinda Lailya Ghassani

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Kecemasan	7
B. Anak Usia Sekolah (7-12 Tahun)	16
C. Hospitalisasi	20
D. <i>Therapeutic peer play</i>	24
E. Kerangka Teori	36
F. Hipotesis	37
BAB III METODE PENELITIAN	38
A. Kerangka Konsep	38
B. Jenis Desain Penelitian	38
C. Populasi Dan Sampel	39
D. Teknik Sampling	40
E. Tempat Dan Waktu Penelitian	41
F. Instrumen Penelitian	41
G. Definisi Operasional	43
H. Teknik Pengumpulan Data	44
I. Teknik Pengolahan Data	46
J. Analisa Data	48
K. Etika Penelitian	49
BAB IV HASIL PENELITIAN	51

A. Pengantar BAB	51
B. Uji Syarat	51
C. Karakteristik Responden	52
D. Kecemasan Sebelum diberikan Intervensi	56
E. Kecemasan Sesudah diberikan Intervensi	56
F. Perbedaan Kecemasan Sebelum dan Sesudah diberikan Intervensi ...	57
BAB V PEMBAHASAN	62
A. Pengantar BAB	62
B. Interpretasi dan Diskusi Hasil	62
C. Keterbatasan Penelitian	74
D. Implikasi untuk Keperawatan	74
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	76
A. Kesimpulan	76
B. Saran	77
DAFTAR PUSTAKA	78
LAMPIRAN	82



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Desain Penelitian.....	38
Tabel 3.2 <i>Chinese Version State Anxiety Scale for Children (CSAS-C)</i>	42
Tabel 3.3 Definisi Operasional.....	43
Tabel 4.1. Uji Normalitas	51
Tabel 4.2. Uji Homogenitas	52
Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Pasien Anak Berdasarkan Usia	52
Tabel 4.4. Tabulasi Silang dan <i>Chi Square</i> Tingkat Kecemasan Berdasarkan Usia	53
Tabel 4.5. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	53
Tabel 4.6. Tabulasi Silang dan <i>Chi Square</i> Tingkat Kecemasan Berdasarkan Jenis Kelamin	54
Tabel 4.7. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengalaman Hospitalisasi	55
Tabel 4.8. Tabulasi Silang dan <i>Chi Square</i> Tingkat Kecemasan Berdasarkan Pengalaman Hospitalisasi.....	55
Tabel 4.9. Distribusi Frekuensi Kecemasan Pada Pasien Anak Sebelum Diberikan Intervensi.....	56
Tabel 4.10. Distribusi Frekuensi Kecemasan Pada Pasien Anak Sesudah Diberikan Intervensi.....	56
Tabel 4.11. Tabulasi Silang <i>Uji Chi-Square</i> Kelompok Eksperimen.....	57
Tabel 4.12. Tabulasi Silang <i>Uji Chi-Square</i> Kelompok Kontrol	59
Tabel 4.13. Uji Mann-Whitney	60



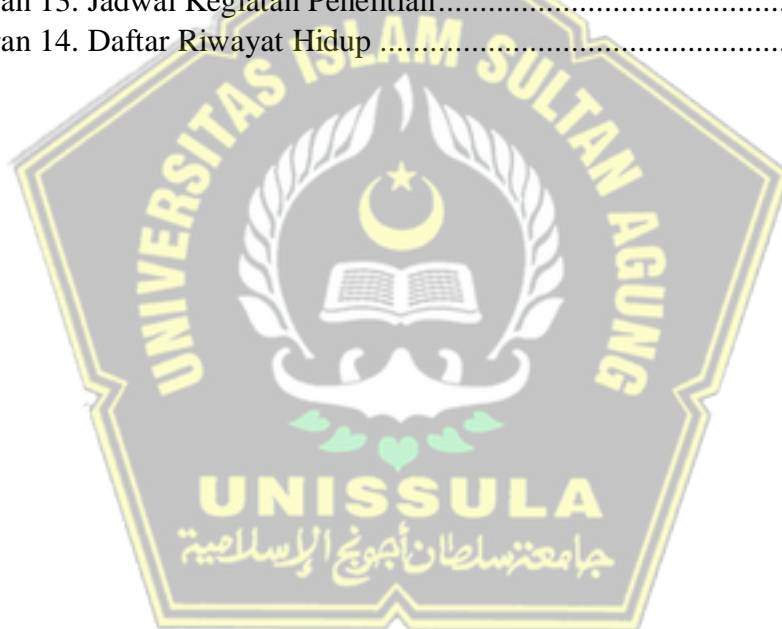
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori 1	36
Gambar 3.1 Kerangka Teori 2	38



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Ijin Penelitian.....	83
Lampiran 2. Surat Ijin Survey Penelitian.....	84
Lampiran 3. Surat Ijin Etik Penelitian	85
Lampiran 4. Surat Ijin Penelitian Dari RSI Banjarnegara.....	86
Lampiran 5. Standar Operasional Prosedur <i>Therapeutic Peer Play</i>	87
Lampiran 6. Lembar Persetujuan Responden.....	88
Lampiran 7. Lembar Observasi dan Pertanyaan.....	89
Lampiran 8. Output Analisis Data SPSS	90
Lampiran 9. Catatan Hasil Konsultasi/Bimbingan	95
Lampiran 10. Catatan Hasil Konsultasi/Bimbingan	97
Lampiran 11. Catatan Hasil Konsultasi/Bimbingan	99
Lampiran 12. Dokumentasi Penelitian.....	100
Lampiran 13. Jadwal Kegiatan Penelitian.....	101
Lampiran 14. Daftar Riwayat Hidup	102



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Anak usia sekolah berada dalam rentang usia 7-12 tahun yaitu usia masa perkembangan yang penting dimana anak mulai memiliki lingkungan di luar rumah yang mendukung kebutuhan dasar belajar mandiri. Periode ini ditandai dengan perubahan perkembangan fisik, sosial, kognitif dan emosional (Fatoni, 2018). Namun, pada masa ini, anak-anak rentan terhadap penyakit karena sistem kekebalan tubuh yang masih berkembang, sehingga meningkatkan risiko hospitalisasi (Yunita, 2021).

Hospitalisasi anak mengacu pada kondisi saat anak dirawat di rumah sakit untuk perawatan dan pengobatan (Permana, 2017). Selama hospitalisasi, anak sering menunjukkan perilaku agresif, ekspresi kemarahan verbal, ketidakkoooperatifan terhadap petugas kesehatan, dan ketergantungan pada orang tua. Perilaku ini mencerminkan berbagai emosi seperti marah, sedih, takut, rasa bersalah, dan kecemasan selama masa perawatan (A. Pulungan *et al.*, 2017; Pulungan, 2020).

Kecemasan menjadi respon dominan selama hospitalisasi anak, yang mencakup perasaan kesepian, rasa bosan, terisolasi dan depresi. Perasaan tersebut memerlukan intervensi yang tepat sesuai tahap perkembangan, sehingga tidak mengganggu pertumbuhan dan perkembangan anak. Anak yang tenang akan kooperatif selama tindakan keperawatan (Sitorus *et al.*, 2020). Menurut Solikhah (2011), kecemasan anak saat hospitalisasi dipengaruhi

faktor usia, jenis kelamin, pengalaman menjalani hospitalisasi dan memiliki sakit serupa sebelumnya. Selain itu ada faktor eksternal berupa dukungan dari keluarga, keterlibatan orang tua atau keluarga memberikan perasaan tenang dan nyaman sehingga dapat mengurangi tingkat kecemasan pada anak.

Pada tahun 2017 hasil Survei Kesehatan Nasional SUSENAS dalam (Yunita, 2021), 3,21% anak Indonesia mengalami hospitalisasi. Berdasarkan hasil survei ibu dan anak ditemukan 1.425 anak mengalami dampak hospitalisasi dan 33,2% di antaranya mengalami dampak hospitalisasi berat, 41,6% sedang, dan 25,2% ringan (Musdalipa *et al.*, 2019). Penelitian oleh Rahmnia *et al.* (2024), kecemasan anak usia sekolah selama hospitalisasi di Rumah Sakit Al-Islam Bandung dari 41 responden, 26 anak (63,4%) mengalami kecemasan dan sebagian besar mengalami kecemasan ringan.

Berdasarkan data register pasien di Ruang Firdaus RSI Banjarnegara pada bulan November 2022 sampai Januari 2023 Pada tahun 2022 terdapat jumlah pasien dirawat 415 anak, rata-rata jumlah populasi per hari yaitu sekitar 7-10 pasien adalah usia sekolah. Hasil observasi yang dilakukan di Ruang Firdaus RSI Banjarnegara menunjukkan anak tidak kooperatif dan cemas dengan tindakan perawatan ditandai dengan menangis, penolakan dan rasa takut terhadap petugas medis yang memberikan perawatan di Ruang Firdaus RSI Banjarnegara.

Menurut Handayani & Puspitasari (2018) perilaku tidak kooperatif anak selama hospitalisasi dapat diatasi dengan bermain. Penelitian dilakukan pada anak usia pra sekolah dan jenis permainan individu bersama orang tua.

Therapeutic peer play merupakan salah satu intervensi yang tepat untuk anak usia sekolah yang bisa diterapkan selama hospitalisasi. Solikhah (2011) mengemukakan *therapeutic play* lebih berpengaruh terhadap kecemasan anak usia sekolah sebelum operasi dari pada kecemasan setelah operasi. Intervensi *therapeutic peer play* menurunkan tingkat kecemasan anak usia sekolah yang dirawat di rumah sakit sebesar 66%. Penelitian Siahaan & Juniah (2022) menggunakan terapi bermain mewarnai untuk mengurangi kecemasan pada anak usia prasekolah akibat hospitalisasi.

Penelitian kajian literatur oleh Salsabila *et al.* (2022) dari 15 artikel jurnal penelitian tentang *play therapy* untuk mengurangi kecemasan anak saat hospitalisasi, terdapat permainan dengan karakteristik sosial berupa permainan soliter dan permainan asosiatif atau *peer play*. Hanya terdapat 2 artikel yang membahas permainan asosiatif berupa *peer play* yang dapat membantu menurunkan kecemasan serta mengembangkan kemampuan sosial pasien anak.

Therapeutic peer play berguna untuk mengatasi kecemasan anak terhadap rasa sakit (Ball & Bindler, 2003 dalam Solikhah, 2011). *Therapeutic peer play* istilah yang digunakan oleh peneliti untuk menjelaskan permainan terapeutik bersama dengan teman sebaya. Berbagai penelitian tentang *therapeutic play* maupun *peer play* sudah banyak dilakukan, namun yang menjelaskan secara penuh tentang *therapeutic peer play* belum ditemukan. Penelitian lain menggunakan subjek anak pra sekolah dengan permainan yang cenderung soliter atau individu, responden merupakan pasien dengan indikasi

medis operasi. Sedangkan dalam penelitian ini subjek penelitian adalah anak usia sekolah dengan permainan sosial atau interaktif dan pasien yang tidak menjalani operasi pembedahan.

Therapeutic peer play sesuai untuk anak usia sekolah dengan kelebihan mengedepankan interaksi sosial, meningkatkan motivasi kesembuhan, pembelajaran mengenai keterampilan sosial dan perilaku positif pemecahan masalah serta melibatkan empati terhadap kondisi satu sama lain. *Therapeutic peer play* memiliki keterbatasan minor mengenai kesetaraan individu serta memerlukan pengawasan dan ketersediaan lingkungan bermain. Sesuai dengan pernyataan Solikhah (2011), penyesuaian permainan dilakukan untuk mengatasi perbedaan preferensi minat dan tujuan antar pasien anak. Aturan permainan mencegah efek sosial negatif yang timbul selama permainan karena perasaan tidak cocok individu dalam kelompok tertentu.

Berdasarkan uraian di atas peneliti tertarik melakukan penelitian tentang *therapeutic peer play* terhadap tingkat kecemasan pada anak usia sekolah selama hospitalisasi. Sebagai pembeda penelitian berfokus kepada anak usia sekolah yaitu 7-12 tahun karena lebih mudah beradaptasi dengan lingkungan selama hospitalisasi. Metode *play therapy* yang digunakan dalam penelitian ini adalah *therapeutic peer play* dengan jenis permainan kartu anatomi tubuh. Kelebihan terapi bermain ini adalah menurunkan kecemasan serta mengembangkan kemampuan sosial pasien anak. Judul dari penelitian ini adalah pengaruh *therapeutic peer play* terhadap kecemasan pada anak usia sekolah selama hospitalisasi diruang Firdaus RSI Banjarnegara.

B. Rumusan Masalah

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi bagaimana pengaruh *therapeutic peer play* terhadap kecemasan pada anak usia sekolah (7-12 tahun) selama hospitalisasi di Ruang Firdaus RSI Banjarnegara. Masalah tersebut berkaitan dengan tingkat kecemasan anak selama perawatan di rumah sakit, faktor-faktor yang memengaruhi kecemasan seperti usia, jenis kelamin dan pengalaman hospitalisasi sebelumnya, serta kurangnya penelitian tentang *therapeutic peer play* sebagai intervensi yang mampu menurunkan kecemasan dan mengembangkan kemampuan sosial anak selama masa hospitalisasi. Oleh karena itu, penelitian ini berfokus pada pengaruh *therapeutic peer play* terhadap tingkat kecemasan anak usia sekolah selama hospitalisasi di ruang Firdaus RSI Banjarnegara.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui pengaruh *therapeutic peer play* terhadap kecemasan pada anak usia sekolah selama dirawat di ruang Firdaus RSI Banjarnegara.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui karakteristik responden anak usia sekolah yang di rawat di RSI Banjarnegara
- b. Mengetahui tingkat kecemasan anak usia sekolah sebelum diberikan *therapeutic peer play* saat dirawat di RSI Banjarnegara
- c. Mengetahui tingkat kecemasan anak usia sekolah sesudah diberikan *therapeutic peer play* saat dirawat di RSI Banjarnegara

- d. Menganalisis perbedaan tingkat kecemasan anak usia sekolah sebelum dan sesudah diberikan *therapeutic peer play* saat dirawat di RSI Banjarnegara.

D. Manfaat Penelitian

1. Masyarakat

Memberikan edukasi, manfaat dan penerapan *therapeutic peer play* sehingga masyarakat memperoleh pelayanan yang lebih baik saat anak di rumah sakit, terutama saat menjalani rawat inap dengan kondisi kecemasan.

2. Pelayanan Kesehatan

Meningkatkan pelayanan instalasi rawat inap pasien anak dengan menerapkan *therapeutic peer play* sebagai intervensi untuk menurunkan kecemasan anak selama rawat inap di rumah sakit agar pasien anak lebih kooperatif selama tindakan medis oleh tenaga kesehatan dan mencapai kesembuhan.

3. Perkembangan Ilmu Keperawatan

Menambah literatur tentang upaya penatalaksanaan untuk meminimalkan tingkat kecemasan pada anak usia sekolah selama hospitalisasi melalui *therapeutic peer play*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kecemasan

1. Definisi Kecemasan

Kecemasan adalah rasa takut yang berlebihan, kecemasan, bencana yang akan segera terjadi, kekhawatiran, atau ketakutan akan ancaman nyata atau yang dirasakan (Saputro & Fazrin, 2017). Kecemasan adalah keadaan emosional yang tidak menyenangkan yang ditandai dengan perasaan subjektif atau perasaan yang tidak diketahui alasannya, seperti ketegangan, kekhawatiran dan ketakutan (Noviyanti *et al.*, 2019). Sehingga dapat disimpulkan kecemasan adalah rasa takut atau kekhawatiran berlebihan yang bersifat subjektif dan tanpa alasan.

2. Klasifikasi Kecemasan

Menurut Weningtyastuti (2020), kecemasan dibagi menjadi empat tingkatan, yaitu:

a. Kecemasan ringan

Kecemasan ringan berkaitan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari, membuat seseorang waspada dan meningkatkan jangkauan persepsinya. Kecemasan ini dapat merangsang belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas (Weningtyastuti, 2020).

b. Kecemasan sedang

Kecemasan sedang dapat memungkinkan seseorang untuk fokus pada hal-hal penting dan mengesampingkan segala sesuatu yang lain, sehingga

seseorang akan mengalami lebih banyak pilihan, tetapi masih dapat melakukan sesuatu dengan lebih terarah. Penampilan yang muncul pada tingkat ini adalah peningkatan kelelahan, peningkatan denyut jantung dan laju pernapasan, peningkatan ketegangan otot, berbicara cepat dan volume lebih keras, area persepsi menyempit, kemampuan belajar tetapi tidak optimal, konsentrasi menurun, mudah lupa, marah dan menangis (Weningtyastuti, 2020).

c. Kecemasan berat

Kecemasan berat dapat mengurangi jangkauan persepsi seseorang. Seseorang cenderung fokus pada hal-hal yang spesifik dan tanpa memikirkan hal lain. Semua tindakan adalah untuk mengurangi ketegangan. Individu membutuhkan banyak arahan untuk fokus pada area lain (Weningtyastuti, 2020).

d. Panik

Tingkatan panik kecemasan berhubungan dengan ketakutan dan waktu. Detailnya tidak proporsional. Orang yang mengalami kepanikan tidak dapat melakukan sesuatu bahkan jika mereka memiliki arahan. Panik meliputi depersonalisasi yang mengarah pada peningkatan aktivitas motorik, penurunan kemampuan berkomunikasi dengan orang lain, distorsi kognitif, dan pemikiran irasional. Tingkat kecemasan ini tidak sesuai dengan kehidupan, dan jika terus berlanjut dalam waktu lama, kelelahan dan kematian akan terjadi (Weningtyastuti, 2020).

3. Respon terhadap kecemasan

Kecemasan dapat mempengaruhi kondisi fisik seseorang, respon kecemasan menurut Saputro & Fazrin (2017), antara lain:

a. Respon fisiologis terhadap kecemasan

Secara fisiologis respon tubuh terhadap kecemasan adalah dengan mengaktifkan sistem saraf otonom (simpatis dan parasimpatis). Anak akan menderita kecemasan karena demam, mual, muntah, mudah marah, sakit kepala, sakit perut, kelelahan, dan kurang perhatian (Saputro & Fazrin, 2017).

b. Respon psikologis terhadap kecemasan

Reaksi perilaku tampak gelisah, termasuk ketegangan tubuh, tremor, reaksi syok, peningkatan kecepatan bicara, penarikan interpersonal, penghindaran dan kewaspadaan ekstrem (Saputro & Fazrin, 2017).

c. Respon kognitif

Kecemasan mempengaruhi kemampuan berpikir tentang proses berpikir dan isi pikiran, yaitu ketidakmampuan untuk berkonsentrasi, penurunan konsentrasi, pelupa, kebingungan, sangat waspada, takut kehilangan kendali, takut cedera atau kematian dan mimpi buruk (Saputro & Fazrin, 2017).

d. Respon afektif

Klien mengekspresikan respon emosionalnya terhadap kecemasan dalam bentuk kebingungan. Ketegangan, ketakutan, kewaspadaan, rasa

bersalah, kekhawatiran dan keraguan yang berlebihan (Saputro & Fazrin, 2017).

4. Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan anak

Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pada anak menurut Saputro & Fazrin (2017), antara lain:

a. Jenis kelamin

Jenis kelamin dapat mempengaruhi tingkat stress hospitalisasi, dan anak perempuan yang dirawat di rumah sakit memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi daripada anak laki-laki. Dapat diketahui faktor yang mempengaruhi kecemasan (Saputro & Fazrin, 2017). Solikhah (2011) memaparkan bahwa anak laki-laki dan perempuan memiliki perbedaan kecemasan selama masa hospitalisasi meskipun tidak signifikan.

b. Karakteristik saudara kandung (anak ke-)

Karakteristik saudara kandung bisa mempengaruhi kecemasan anak tentang hospitalisasi. Dibandingkan dengan anak kedua, anak yang lahir sebagai anak pertama mungkin menunjukkan kecemasan yang berlebihan. Posisi anak tunggal mempunyai ciri-ciri mudah cemas, anti sosial, dan terlalu menggantungkan kepada orang tuanya. Anak tersebut terlalu dilindungi dan segala kebutuhannya terpenuhi, sehingga akan tumbuh menjadi anak yang perfeksionis dan cenderung pencemas (Umi Solikhah, 2011; Saputro & Fazrin, 2017). Posisi anak tengah yang berada diantara anak sulung dan anak bungsu akan lebih mampu beradaptasi dengan lingkungan dan mandiri, sehingga anak dapat meminimalkan

kecemasan yang ia alami. Anak terakhir (bungsu) adalah anak yang termuda usianya dalam keluarga, sehingga menjadi pusat perhatian keluarga. Perhatian berlebihan dari keluarga akan mengakibatkan anak manja, cepat putus asa, dan mudah cemas (Hanum, 2017 dalam Fahira, 2019).

c. Pengalaman sakit dan perawatan di rumah sakit

Dibandingkan dengan anak tanpa pengalaman rawat inap, anak dengan pengalaman rawat inap memiliki kecemasan yang lebih rendah. Respon anak menunjukkan peningkatan kepekaan pada lingkungan, dan kemampuan mengingat peristiwa yang dialaminya dan lingkungan di sekitarnya secara detail (Siwahyudati & Zulaicha, 2017). Menurut Solikhah (2011), anak yang pernah merasakan sakit sebelumnya akan merespons sakitnya saat ini dengan lebih positif. Namun tidak terdapat perbedaan tingkat kecemasan secara statistik antara dua kelompok anak yang pernah mengalami sakit serupa dengan hospitalisasi dibandingkan dengan anak yang belum pernah mengalami sakit dan hospitalisasi.

d. Persepsi anak terhadap sakit

Jumlah keluarga yang cukup akan mempengaruhi perilaku dan persepsi anak ketika menghadapi masalah hospitalisasi. Semakin banyak jumlah anggota keluarga dalam satu rumah, semakin baik dukungan keluarga dalam pengasuhan anak (Solikhah, 2011; Saputro & Fazrin, 2017). Dalam penelitian Solikhah (2011), disebutkan bahwa semakin tinggi dukungan keluarga maka akan semakin rendah dukungan anak. Namun

dalam penelitian tersebut tidak dilakukan pengambilan data secara kuantitatif untuk menilai dukungan keluarga terhadap tingkat kecemasan anak selama masa rawat inap.

e. Perpisahan pada orang tua

Anak sering mengalami kecemasan selama masa perawatan di rumah sakit terutama pada saat perawat melakukan tindakan keperawatan anak yang mengalami kecemasan yaitu tidak mau berpisah dengan orang tua (Debora *et al.*, 2018). Menurut Solikhah (2011), keterlibatan salah satu orang tua tetap dibutuhkan selama tindakan intervensi terapi bermain. Hal tersebut disebabkan karena keterlibatan orang tua memberikan perasaan tenang, nyaman, merasa disayang dan diperhatikan.

f. Usia

Usia dan tingkat perkembangan, semakin tua usia seseorang atau semakin tinggi perkembangan seseorang maka semakin banyak pengalaman hidup yang dimilikinya. Pengalaman hidup yang banyak dapat mengurangi kecemasan (Rukmanawati, 2019). Solikhah (2011) dalam penelitiannya menjelaskan bahwa usia tidak berpengaruh terhadap tingkat kecemasan anak yang menjalani operasi pembedahan. Hal tersebut disebabkan oleh tindakan medis akan dianggap sebagai tindakan invasif oleh anak sehingga menjadi ancaman yang meningkatkan kecemasan.

5. Alat ukur kecemasan

Alat ukur kecemasan yang bisa digunakan untuk pasien anak menurut Saputro & Fazrin (2017) yaitu :

a. *Zung Self Rating Anxiety Scale*

Skala ini terdiri dari 20 pertanyaan dengan 15 tentang peningkatan kecemasan dan 5 pertanyaan tentang penurunan kecemasan yang berfokus pada kecemasan secara umum dalam mengatasi stress.

b. *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)*

Semua tanda kecemasan harus diukur, termasuk kecemasan psikologis dan kecemasan fisik. HARS terdiri dari 14 item pertanyaan untuk mengukur tanda adanya kecemasan pada anak dan orang dewasa. Menurut (Kusmawati, 2019) skala HARS mengukur kecemasan berdasarkan munculnya gejala pada individu yang mengalami kecemasan. Skala HARS telah terbukti memiliki validitas dan reliabilitas yang cukup untuk mengukur kecemasan dalam uji klinis, yaitu 0,93 dan 0,97. Keadaan ini menunjukkan bahwa menggunakan skala HARS untuk mengukur kecemasan akan memperoleh hasil yang reliabel dan valid.

c. *Children Manifest Anxiety Scale (CMAS)*

CMAS berisi 50 pertanyaan. Responden menjawab “ya” atau “tidak” sesuai dengan situasinya masing-masing dan memberikan skor (O) pada kolom jawaban “ya” atau skor (X) pada kolom jawaban “tidak”. Solikhah (2011) mengatakan tujuan dari alat ukur ini adalah untuk membuat ukuran obyektif dari kecemasan kelompok anak-anak, mempertahankan

penilaian yang efektif dan akurat dalam waktu singkat, membuat proyek yang cocok untuk siswa sekolah dasar dan meningkatkan norma dan informasi yang beragam dari kelompok. Alat ukur CMAS dikatakan efektif yang valid dan reliabel.

d. *Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED)*

SCARED merupakan alat untuk mengukur kecemasan anak yang terdiri dari 41 item. Dalam alat ini responden (orangtua/pengasuh) diminta untuk menjelaskan bagaimana perasaan anak selama 3 bulan terakhir.

e. *The Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS)*

PARS digunakan untuk menilai kecemasan anak-anak dan remaja antara 6-17 tahun.

f. *Chinese Version of The State Anxiety Scale for Children (CSAS – C)*

Chinese Version of Ther State Scale for Children (CSAS-C) mempunyai 10 item pernyataan. Lima item merupakan pernyataan tentang keadaan kecemasan, dan lima item lainnya merupakan pernyataan tentang adanya kecemasan.

Penelitian ini menggunakan *Chinese Version of The State Anxiety Scale for Children (CSAS – C)* *Chinese Version of Ther State Scale for Children (CSAS-C)*, skala ini memiliki kelebihan dapat mengukur tingkat kecemasan pada anak melalui kombinasi pertanyaan verbal dan pengamatan kondisi fisiologis anak secara akurat. CSAS-C adalah alat penilaian psikologis untuk mengukur tingkat kecemasan pada anak. Penggunaan skala ini melalui tahap persetujuan etika, penentuan konteks penilaian, pemilihan

responden, terjemahan dan validasi jika diperlukan, administrasi responden, penilaian dan interpretasi skor, serta analisis data dan pelaporan. Hasil skoring dapat memberikan panduan untuk intervensi dan dukungan yang sesuai terhadap anak yang mengalami kecemasan.

6. Dampak Kecemasan terhadap Kesehatan Anak

Alfano *et al.* (2009) dalam penelitiannya menemukan bahwa kecemasan pada anak dapat berkontribusi terhadap berbagai masalah kesehatan yang terkait dengan kecemasan, salah satunya adalah gangguan tidur. Anak yang mengalami kecemasan cenderung mengalami kesulitan tidur, bangun tengah malam, atau tidur yang tidak nyenyak. Hal ini dapat mengganggu pola tidur yang sehat dan berdampak negatif pada pertumbuhan dan perkembangan fisik. Kecemasan pada anak terkait dengan dapat mengganggu kesehatan fisik dan mental.

Muris *et al.* (2011) menjelaskan bahwa kecemasan berdampak pada sistem kekebalan tubuh anak. Tingkat kecemasan yang tinggi pada anak dapat mempengaruhi produksi sitokin dan merusak respons kekebalan tubuh. Hal ini membuat anak lebih rentan terhadap infeksi dan penyakit, serta memperlambat proses penyembuhan tubuh saat sakit.

Dampak lain dari kecemasan terhadap kesehatan anak adalah peningkatan risiko gangguan makan, seperti *anoreksia nervosa* atau *bulimia*. Anak yang mengalami kecemasan berat cenderung memiliki pola pikir yang merugikan terkait dengan makanan dan tubuh mereka sendiri. Kecemasan pada remaja dan perilaku makan yang tidak sehat dapat

menyebabkan masalah kesehatan jangka panjang (Ralph-Nearman *et al.*, 2019).

Secara umum kecemasan memiliki dampak yang luas dan serius terhadap kesehatan anak. Dampak-dampak ini meliputi gangguan tidur, penurunan respons kekebalan tubuh dan peningkatan risiko gangguan makan. Oleh karena itu, penting bagi orang tua, pendidik, dan profesional kesehatan untuk memahami dampak-dampak ini dan memberikan dukungan yang tepat bagi anak yang mengalami kecemasan guna menjaga kesehatan dan kesejahteraan mereka.

B. Anak Usia Sekolah (7-12 Tahun)

1. Definisi anak usia sekolah

Anak usia sekolah merupakan anak pada umur 7-12 tahun. Dimana pada masa ini anak mulai bertanggung jawab atas perilakunya sendiri, orang tua, teman, dan orang lain (Wong *et al.*, 2009 dalam Solikhah, 2011).

Anak usia sekolah adalah masa usia sekolah sebagai masa kanak-kanak akhir yang berlangsung dari umur 7-12 tahun. Karakteristik utama umur sekolah merupakan menunjukkan perbedaan-perbedaan individual dalam banyak segi bicara antara lain perbandingan dalam intelegensi, keahlian dalam berbahasa, dan pertumbuhan karakter (Walansendow *et al.*, 2016).

2. Pertumbuhan dan perkembangan anak usia sekolah

a. Pertumbuhan

Pertumbuhan merupakan penambahan atau perubahan ukuran atau organ, bentuk, dan berat anak dan orang dewasa, seperti penambahan berat badan dan tinggi badan (Senja *et al.*, 2020).

b. Perkembangan

1) Definisi Perkembangan

Perkembangan merupakan suatu struktur yang terorganisir dengan fungsi-fungsi tertentu, sehingga perubahan struktur organisasi dan bentuknya akan menyebabkan perubahan fungsi (Pardede, 2020).

2) Aspek – aspek Perkembangan menurut (Pardede, 2020) yaitu :

a) Perkembangan Motorik

1) Motorik kasar

Biasanya, anak-anak bermain sepatu roda dan kemampuan berlari dan melompat mereka meningkat secara bertahap.

2) Motorik halus

Anak-anak dapat menulis tanpa merangkai huruf. Misalnya, hanya menulis surat. Anak usia ini masih sulit mengalami kecelakaan, apalagi karena peningkatan kemampuan motorik, orang tua harus terus memberikan bimbingan kepada anaknya dalam situasi baru dan mengancam.

b) Perkembangan psikososial

- 1) Anak usia sekolah biasanya telah menguasai tiga tugas perkembangan pertama (otonomi, inisiatif dan kepercayaan) dan saat ini fokus pada penguasaan kecerdasan.
- 2) Perasaan inferioritas mungkin berasal dari harapan yang tidak realistis atau perasaan gagal memenuhi standar yang ditetapkan oleh orang lain untuk anak-anak. Ketika seorang anak merasa cukup, kepercayaan dirinya akan turun. Anak usia sekolah terkendala oleh tugas dan aktivitas yang dapat mereka selesaikan.
- 3) Anak usia sekolah belajar aturan, bekerja sama, dan berkompetisi untuk mencapai tujuannya.
- 4) Rasa takut dan stressor

c) Perkembangan kognitif

Perkembangan kognitif menggambarkan bagaimana ketrampilan berpikir anak berkembang dan berfungsi. Kemampuan kognitif dapat dipahami sebagai kemampuan anak untuk berpikir lebih kompleks dan bernalar serta memecahkan masalah. Kemampuan berpikir anak berkembang dari tingkat yang sederhana dan konkrit ke tingkat yang lebih kompleks dan abstrak.

d) Perkembangan Bahasa

Anak-anak memiliki pemahaman yang lebih dalam dan kemampuan untuk menjelaskan komunikasi lisan dan tulisan.

Perkembangan bahasa pada saat ini tercermin dari perubahan kosakata dan tata bahasa. Anak-anak semakin menggunakan kata kerja yang benar untuk menggambarkan tindakan seperti memukul, melempar, menendang.

e) Perkembangan moral

Ciri perkembangan moral adalah kemampuan anak untuk memahami aturan, norma dan etika yang berlaku di masyarakat. Perilaku moral sebagian besar dipengaruhi oleh cara pendidikan dan perilaku moral masyarakat sekitar. Perkembangan moral juga tidak terlepas dari perkembangan kognitif dan emosional anak.

f) Perkembangan emosi

Emosi memainkan peran penting dalam perkembangan. Akibat dari emosi tersebut juga dapat dirasakan secara fisik oleh anak, terutama ketika emosinya kuat dan berulang-ulang. Ekspresi emosi seperti: marah, takut, iri, ingin tahu, gembira, dan sedih.

g) Perkembangan sosial

Mencapai kedewasaan dalam hubungan atau interaksi sosial. Bisa juga diartikan sebagai proses pembelajaran yang sesuai dengan norma kelompok, tradisi, dan etika agama. Perkembangan sosial anak dipengaruhi oleh keluarga, teman sebaya dan guru.

3. Faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak

Faktor yang mempengaruhi perkembangan anak antara lain faktor internal (genetik) dan faktor eksternal (lingkungan). Pertumbuhan dan

perkembangan anak juga dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor lain, seperti stimulasi orang tua, nutrisi dan jenis kelamin. Dalam kelangsungan proses tumbuh kembang anak, nutrisi dan stimulasi orang tua sangat dibutuhkan. Anak yang memiliki kebutuhan nutrisi yang cukup dan dirangsang langsung oleh orang tuanya akan memiliki perkembangan anak yang baik (Imajudin *et al.*, 2020 dalam Fahira, 2019).

C. Hospitalisasi

1. Definisi Hospitalisasi

Hospitalisasi merupakan suatu proses dimana karena suatu alasan yang berencana atau mendesak, seorang anak diharuskan tinggal di rumah sakit untuk terapi dan pengobatan sampai kembali ke rumah. Dalam prosesnya, anak dan orang tua dapat melalui berbagai peristiwa yang menurut beberapa penelitian ternyata menjadi pengalaman yang sangat traumatis (Permana, 2017). Definisi lain menurut (Kartika *et al.*, 2021). Hospitalisasi adalah kecemasan yang dialami ketika anak terpisah dari keluarga saat anak dirawat di rumah sakit. Anak harus tinggal di rumah sakit untuk semua prosedur, perawatan dan pengobatan. Lingkungan rumah sakit memberikan tekanan pada anak-anak dan orang tua.

2. Reaksi Hospitalisasi Anak Usia Sekolah

Menurut Fadlian (2015) (dalam Sopha & Amalia Wildani, 2022) reaksi anak terhadap rawat inap dimulai sebelum masuk rumah sakit, selama dirawat di rumah sakit dan setelah keluar dari rumah sakit. Perubahan perilaku sementara dapat terjadi selama anak dirawat di rumah sakit dan

dipulangkan. Perubahan ini disebabkan oleh perpisahan dari orang-orang terdekatnya, hilangnya kesempatan untuk menjalin hubungan baru, dan lingkungan yang tidak dikenal.

Kekhawatiran yang paling umum dari anak-anak yang dirawat di rumah sakit adalah kecemasan yang disebabkan oleh perpisahan dari keluarga dan teman-teman, ketakutan terhadap orang asing dan lingkungan, ketidakpastian tentang aturan dan harapan rumah sakit, ketakutan akan rasa sakit dan ketidaknyamanan, kehilangan kontrol emosional dan fisik, dan persepsi perubahan fisik, kehilangan kemandirian dan identitas (Fadlian, 2015 dalam Sopha & Amalia Wildani, 2022).

3. Dampak Hospitalisasi

Faktor risiko individual yang membuat anak-anak tertentu lebih rentan terhadap stress hospitalisasi ditunjukkan dengan perilaku pasca hospitalisasi (Jannah, 2016) yaitu :

- a. Dampak hospitalisasi sebagian anak mulai berada jauh dari orang tuanya, yang dapat berlangsung selama beberapa menit (paling lama) sampai beberapa hari, dan kemudian cenderung memiliki perilaku ketergantungan, seperti cenderung menempel pada orang tua mereka, dan sangat menentang perpisahan. Perilaku negatif lainnya: ketakutan baru, penolakan untuk tidur, bangun di malam hari, menarik diri, dan pemalu, mengamuk, mendekati selimut dan mainan, penurunan ketrampilan yang baru dipelajari (misalnya pergi ke kamar mandi sendirian).

b. Perilaku negative meliputi, ketidakpedulian emosional, diikuti oleh ketergantungan yang kuat dan menuntut pada orang tua, kemarahan terhadap orang tua, kecemburuan orang lain (seperti saudara kandung). Gangguan emosional jangka panjang mungkin berhubungan dengan waktu dan frekuensi kunjungan rumah, rawat inap berulang terkait dengan penyakit di masa depan. Namun, kunjungan keluarga yang sering dapat mengurangi dampak ini (Jannah, 2016).

Faktor-faktor yang membuat anak lebih rentan terhadap pengaruh emosional dan rawat inap menyebabkan kebutuhan anak yang berbeda secara signifikan, yaitu pengalaman dan pengakuan peristiwa media sebelumnya, lama tinggal dan jumlah rawat inap menggantikan rasa takut akan hal yang tidak diketahui dan diketahui (Jannah, 2016).

4. Faktor – faktor yang Mempengaruhi Hospitalisasi pada Anak menurut Handriana (2016) yaitu :

- a. Fantasi-fantasi dan kecemasan yang tidak realistik tentang awal kegelapan dan situasi asing
- b. Jika pengunjung tidak diizinkan, kontak sosial akan terputus
- c. Nyeri dan komplikasi yang disebabkan oleh pembedahan atau penyakit
- d. Proses yang menyakitkan
- e. Takut cacat atau mati
- f. Berpisah dengan orang tua dan saudara kandung

5. Manfaat Hospitalisasi

Hospitalisasi anak dapat memperkuat koping keluarga dan menciptakan strategi koping baru. Ada berbagai cara untuk meningkatkan manfaat psikologis ini (Handriana, 2016), di antaranya yaitu:

a. Membantu mengembangkan hubungan orangtua – anak

Ketika anak dirawat di rumah sakit, kedekatan antara orang tua dan anak akan terlihat. Peristiwa yang dialami saat anak harus dirawat inap dapat membuat orang tua sadar bahwa mereka dapat memberikan dukungan lebih kepada anak untuk mempersiapkan pengalaman rawat inap.

b. Memberikan kesempatan belajar

Sakit dan harus dirawat di rumah sakit dapat memberikan kesempatan bagi anak dan orang tua untuk belajar tentang kesehatannya. Anak-anak dapat belajar tentang penyakit dan memberikan pengalaman kepada tenaga kesehatan sehingga mereka dapat memilih pekerjaan yang menjadi keputusan mereka di masa depan.

c. Meningkatkan pengendalian diri

Pengalaman selama di rumah sakit dapat memberikan kesempatan untuk meningkatkan pengendalian diri anak. Anak – anak akan menemukan diri mereka tidak terluka atau ditinggalkan, tetapi mereka akan menyadari bahwa mereka dicintai, diperhatikan, dan diperlakukan dengan penuh cinta.

d. Menyediakan lingkungan sosialisasi

Hospitalisasi dapat memberikan anak - anak dan orang tua dengan kesempatan untuk penerimaan sosial. Mereka merasa bahwa krisis tidak hanya dialami oleh diri mereka sendiri, tetapi juga dialami oleh orang lain.

D. *Therapeutic peer play*

1. Permainan terapeutik

Bermain terapeutik adalah teknik bermain yang direncanakan untuk meningkatkan kesempatan pada anak dalam memperlakukan ketakutan dan bentuk perhatian yang berhubungan dengan keadaan sakit (Ball & Bindler, 2003 dalam Solikhah, 2011). Keadaan anak yang terganggu secara fisik akan mendapatkan kesenangan melalui bermain terapeutik dan mempengaruhi kesiapan anak selama dilakukan tindakan keperawatan. Menurut Mahon (2009), bermain dapat menyembuhkan anak-anak yang dalam proses kebingungan dan gangguan emosi, dan perasaan galau. Bermain terapeutik penting disesuaikan dengan tahap perkembangan anak pada usia tertentu.

2. *Therapeutic peer play*

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

therapeutic peer play belum ditemukan. *Therapeutic peer play* merupakan permainan yang sesuai untuk anak usia sekolah.

Permainan bagi anak usia sekolah menggunakan dimensi baru yang merefleksikan tingkat perkembangan untuk meningkatkan ketrampilan fisik, kemampuan intelektual, mengembangkan rasa memiliki antar teman. Menurut Freud pada fase laten anak usia sekolah, mereka membina hubungan dengan teman sebaya sesama jenis dan mengawali ketertarikan dengan lawan jenis. Bermain menjadi kebutuhan yang sangat penting untuk mendukung kualitas perkembangan anak. Permainan dengan teman sebaya sangat berperan terhadap pertumbuhan hubungan sosial, intelektual dan ketrampilan anak (Wong *et al*, 2009 dalam Solikhah, 2011).

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

Therapeutic peer play pada anak usia sekolah memberikan sarana untuk melepaskan diri dari ketegangan dan stress yang dihadapi dilingkungan rumah sakit (Wong *et al*, 2009 dalam Solikhah, 2011). Umi

Solikhah (2011) dalam penelitiannya di Rumah Sakit Umum Banyumas menyatakan pemberian *therapeutic peer play* yang dilakukan dengan memberikan permainan pada anak bersama teman sebayanya menggunakan permainan kartu, cerita bersambung, anatomi tubuh dan *puzzle* berpengaruh pada anak usia sekolah yang dirawat di ruang anak, dibuktikan dampak terapi ini efektif menurunkan kecemasan pada anak usia sekolah yang dirawat di Rumah Sakit Banyumas.

3. Faktor yang mempengaruhi *Therapeutic peer play*

Therapeutic peer play perlu memperhatikan kondisi pasien serta kebijakan dari rumah sakit agar dapat dilaksanakan untuk membantu kesembuhan pasien anak. *Therapeutic peer play* dapat memberikan hiburan, interaksi sosial, dan stimulasi kognitif bagi pasien, sehingga dapat membantu pemulihan pasien dan menurunkan tingkat kecemasan (Porter, 2015a). Namun, penting untuk mempertimbangkan hal-hal berikut:

- a. Kebijakan Rumah Sakit: diperlukan informasi administrasi rumah sakit tentang aturan dan panduan khusus terkait aktivitas rekreasi pada pasien anak, termasuk kegiatan bermain pasien anak di dalam rumah sakit.
- b. Kondisi Pasien: permainan yang dilakukan harus mempertimbangkan kondisi medis masing-masing pasien, rencana perawatan, dan batasan yang dimiliki oleh pasien. Pasien dengan penyakit atau memiliki persyaratan medis khusus mungkin tidak dapat berpartisipasi dalam *therapeutic peer play*.

- c. Pengendalian Infeksi: Rumah sakit memiliki protokol pengendalian infeksi yang ketat untuk mencegah penyebaran kuman dan menjaga kebersihan lingkungan. Pastikan bahwa setiap peralatan permainan dibersihkan dan disanitasi dengan benar sebelum dan sesudah digunakan untuk meminimalkan risiko penularan infeksi.
- d. Kebisingan dan Gangguan: Bangsal rumah sakit umumnya menjaga kondisi ketenangan pasien yang membutuhkan istirahat. Waspadai tingkat kebisingan yang dihasilkan oleh aktivitas permainan agar tidak mengganggu pasien lain atau tenaga kesehatan yang bertugas.
- e. Persetujuan dan Pengawasan: Dapatkan persetujuan dari pasien atau wali dan melibatkan petugas medis yang berwenang. Pengawasan lebih ketat diperlukan, terutama untuk pasien anak memiliki gangguan kognitif.
- f. Permainan yang Sesuai: Pilih permainan yang cocok untuk lingkungan rumah sakit, dengan mempertimbangkan faktor-faktor seperti kesesuaian usia, konten, dan potensi menimbulkan kecemasan atau keresahan. Pilih permainan yang menarik, tanpa kekerasan, dan mendorong interaksi sosial yang positif.

Menurut penelitian Solikhah (2011), faktor yang mempengaruhi *therapeutic peer play* adalah sebagai berikut:

- a. Usia: Secara sosial anak usia sekolah perlu adaptasi untuk mampu beradaptasi sosial dengan lebih baik, meskipun memiliki hubungan yang baik dengan teman sebaya maupun dengan orang lain di sekitarnya. Keadaan sakit dapat menurunkan fokus anak terhadap lingkungan

sekitar, sehingga anak pada usia sekolah lebih sulit untuk menyesuaikan diri.

- b. Jenis Kelamin: anak usia sekolah mengalami kecemasan dan kecakapan verbal lebih dominan didapati pada anak perempuan; sedangkan agresi, aktivitas, dominasi, impulsifitas, kecakapan pengamatan ruang dan kecakapan kuantitatif lebih dominan muncul pada laki-laki.
- c. Pengalaman Dirawat: Pengalaman pernah dirawat pada sakit sebelumnya oleh anak usia sekolah akan membuat anak merasa lebih terbiasa dibandingkan dengan pasien anak yang baru pernah menjalani hospitalisasi.
- d. Keluarga Pendukung: anak usia sekolah membutuhkan bimbingan orang tua. Saat dalam masa hospitalisasi reaksi negatif yang muncul adalah iritabilitas terhadap orang tua, menarik diri dari petugas, dan tidak mau berhubungan dengan teman sebaya. Saat dilakukan *therapeutic play* pada anak usia sekolah perlu melibatkan salah satu dari orang tuanya.
- e. Gambaran Kecemasan Anak: Anak usia sekolah selama hospitalisasi merasa tidak berdaya sehingga timbul kecemasan, anak merasa lemah, merasa mudah lelah, dan merasa sedih.

4. Jenis Permainan *Therapeutic peer play*

Hoag *et al.* (2022) dalam penelitiannya tentang dampak *therapeutic recreation* saat hospitalisasi menyebutkan bahwa permainan yang dapat dilakukan bagi pasien dengan rentang usia 8-17 tahun saat menjalani

hospitalisasi antara lain adalah aktivitas fisik, permainan kartu dan papan, permainan video, prakarya, dan percakapan *therapeutic*.

Sedangkan secara teoritis, Permainan terapeutik dirancang untuk meningkatkan perkembangan fisik, kognitif, emosional, atau sosial dan dapat digunakan di berbagai rangkaian perawatan kesehatan untuk mendukung intervensi terapeutik. Permainan ini sering dirancang dengan tujuan terapeutik tertentu dan dapat digunakan oleh profesional perawatan kesehatan, terapis, atau pengasuh untuk melibatkan pasien dengan cara yang terstruktur dan terarah. Berikut adalah beberapa contoh permainan terapeutik yang digunakan dalam konteks yang berbeda menurut Porter (2015b) :

a. Permainan Kognitif:

- 1) Permainan Memori: Mencocokkan kartu atau permainan papan berbasis memori untuk meningkatkan daya ingat dan keterampilan kognitif.
- 2) Permainan Teka-teki: Teka-teki gambar, teka-teki silang, atau Sudoku untuk meningkatkan kemampuan pemecahan masalah dan berpikir kritis.
- 3) Aplikasi Pelatihan Kognitif: Aplikasi digital atau permainan berbasis komputer yang dirancang untuk meningkatkan fungsi kognitif seperti perhatian, memori, dan fungsi eksekutif.

b. Permainan Rehabilitasi Fisik:

- 1) Permainan *Virtual Reality* (VR): Pengalaman VR imersif yang menyimulasikan lingkungan dunia nyata untuk tujuan rehabilitasi, seperti pelatihan keseimbangan atau peningkatan keterampilan motorik halus.
- 2) Permainan Wii atau Kinect: Video permainan yang dikontrol gerakan yang mendorong aktivitas fisik dan latihan rehabilitasi.
- 3) Permainan Papan Keseimbangan: Permainan yang memanfaatkan papan keseimbangan untuk meningkatkan keseimbangan, koordinasi, dan kekuatan inti.

c. Permainan Pengembangan Emosional dan Sosial:

- 1) Permainan Identifikasi Emosi: Permainan yang membantu individu mengenali dan mengekspresikan emosi, seperti pencocokan kartu emosi atau sandiwara emosi.
- 2) Permainan Papan Kooperatif: Permainan yang membutuhkan kolaborasi dan kerja tim, mendorong interaksi sosial dan keterampilan komunikasi.
- 3) Permainan Membangun Keterampilan Sosial: Permainan peran atau skenario yang mengajarkan keterampilan sosial seperti mengambil giliran, mendengarkan, dan empati.

d. Permainan Integrasi Sensorik:

- 1) Kit Bermain Sensorik: Kit yang mencakup berbagai bahan sensorik seperti benda bertekstur, benda beraroma, atau teka-teki taktil untuk melibatkan dan merangsang indera.
- 2) Aplikasi Eksplorasi Sensorik: Aplikasi digital yang memberikan pengalaman sensorik interaktif melalui visual, suara, atau getaran.

Dalam penelitian ini digunakan jenis permainan berupa permainan kognitif berupa kartu memori tentang anatomi tubuh. Kelebihan dari permainan ini adalah dapat meningkatkan daya ingat dan keterampilan kognitif serta meningkatkan kemampuan pemecahan masalah dan berpikir kritis. Permainan yang dilakukan tidak memerlukan ruangan yang luas serta mudah diawasi oleh peneliti maupun tenaga kesehatan yang sedang bertugas. Permainan ini dapat dimainkan oleh pasien anak dengan kriteria inklusi dalam penelitian ini. sehingga, diharapkan terjadi penurunan tingkat kecemasan pada pasien anak yang menjalani hospitalisasi.

5. Kelebihan dan Kekurangan *Therapeutic peer play*

Kelebihan dan kekurangan *therapeutic peer play* (permainan antar teman sebaya) dapat bervariasi tergantung pada konteks, individu, dan tujuan terapi yang diinginkan. Berikut adalah beberapa kelebihan dan kekurangan *therapeutic peer play* secara umum:

a. Kelebihan *Therapeutic peer play*:

- 1) Sosial Interaksi: *Therapeutic peer play* memungkinkan individu untuk berinteraksi dengan teman sebaya, memperluas lingkaran

sosial, membangun hubungan, dan meningkatkan keterampilan sosial.

- 2) Kesenangan dan Motivasi: Permainan dengan teman sebaya dapat menciptakan suasana yang menyenangkan dan memotivasi individu untuk terlibat dalam terapi, meningkatkan partisipasi dan keberlanjutan terapi.
- 3) Pembelajaran Sosial dan Keterampilan Hidup: Melalui interaksi dalam permainan, individu dapat belajar mengenai aturan, komunikasi, kerja sama, mengelola emosi, mengambil giliran, dan menyelesaikan konflik.
- 4) Model Perilaku Positif: Melalui observasi teman sebaya, individu dapat mengamati dan meniru perilaku positif, mengembangkan keterampilan sosial, dan meningkatkan pemecahan masalah.
- 5) Empati dan Dukungan Emosional: *therapeutic peer play* dapat menciptakan kesempatan untuk membangun empati, saling mendukung, dan memahami pengalaman dan perasaan satu sama lain.

b. Kekurangan *Therapeutic peer play*:

- 1) Kompatibilitas dan Kemampuan: Keberhasilan *therapeutic peer play* bergantung pada kemampuan dan tingkat kompatibilitas antara individu yang terlibat. Perbedaan dalam kemampuan fisik, kognitif, atau sosial dapat mempengaruhi interaksi dan manfaat terapi.

- 2) Kontrol dan Pengawasan: Dalam beberapa kasus, *therapeutic peer play* mungkin memerlukan pengawasan yang lebih intensif untuk memastikan keselamatan, mengatasi konflik, atau mencegah perilaku negatif.
- 3) Pengaturan dan Lingkungan: Lingkungan tempat *therapeutic peer play* dilakukan dapat mempengaruhi efektivitas terapi. Gangguan eksternal atau kebisingan dapat mengurangi konsentrasi dan interaksi yang diinginkan.
- 4) Perbedaan Tujuan dan Minat: Perbedaan minat dan tujuan antara individu dalam *therapeutic peer play* dapat menjadi tantangan, sehingga memerlukan penyesuaian untuk memastikan setiap individu terlibat secara bermakna.
- 5) Efek Sosial Negatif: Dalam beberapa situasi, *therapeutic peer play* dapat memunculkan tekanan sosial atau perbandingan yang tidak sehat, terutama jika individu merasa tertekan atau tidak cocok dalam kelompok tertentu.

Penting untuk mempertimbangkan kelebihan dan kekurangan ini ketika merencanakan dan melaksanakan *therapeutic peer play*. Setiap individu memiliki kebutuhan dan respons yang berbeda, sehingga penyesuaian dan pengawasan yang tepat diperlukan untuk mencapai hasil terapi yang optimal (Porter, 2015b).

6. Prosedur Permainan *Therapeutic peer play*

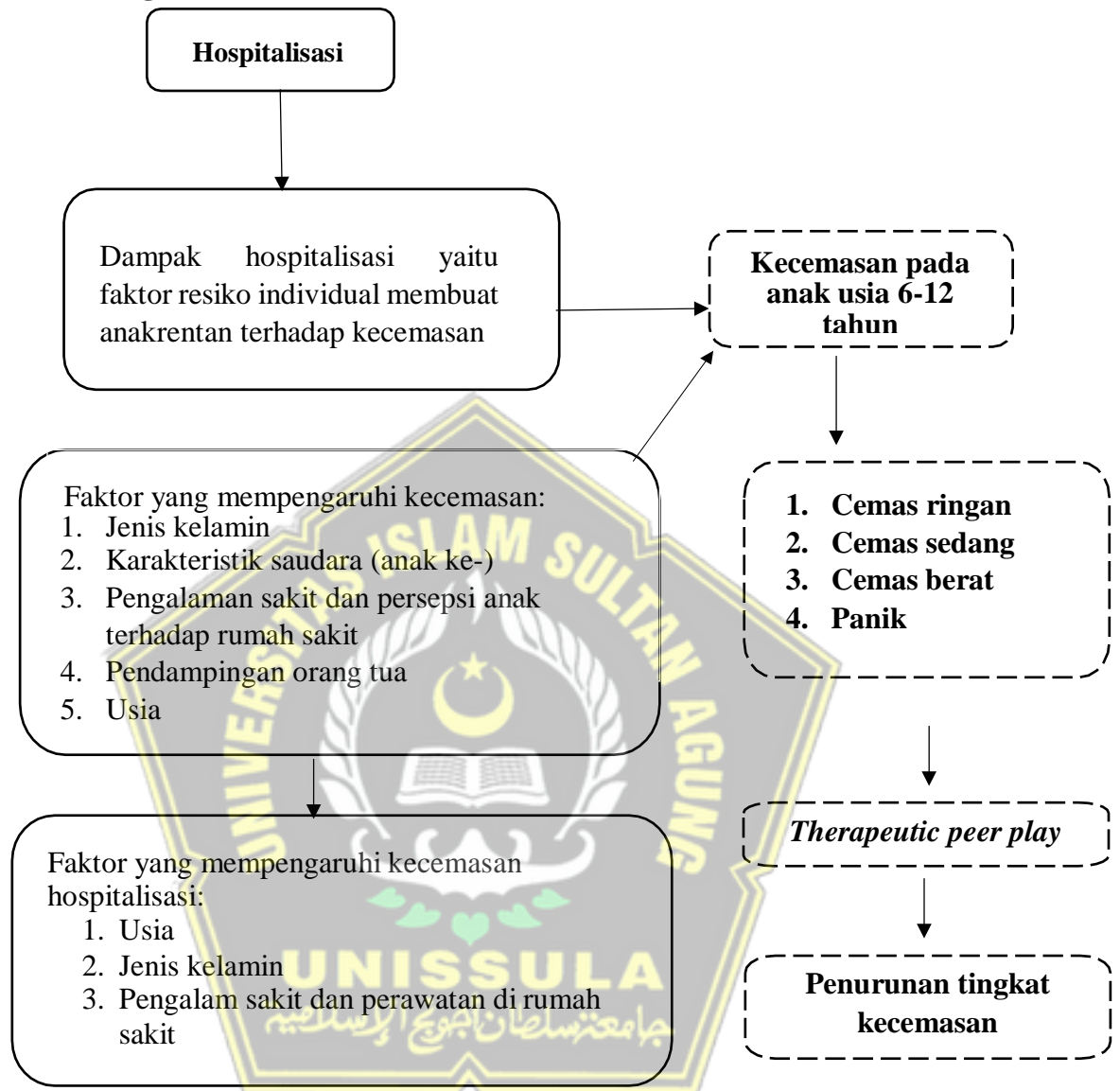
Berikut merupakan prosedur *therapeutic peer play* yang dimodifikasi dari Porter (2015a) dengan menggunakan permainan kartu anatomi tubuh:

- a. Evaluasi Kelayakan: Pertimbangkan kondisi fisik, kognitif, dan emosional peserta terapi untuk memastikan bahwa pasien anak dapat berpartisipasi dalam permainan kartu dengan aman dan nyaman.
- b. Tujuan Terapi: menetapkan tujuan terapi yang ingin dicapai melalui *therapeutic peer play* dengan permainan kartu anatomi tubuh. Tujuan dari terapi ini adalah menurunkan tingkat kecemasan pasien anak usia sekolah selama hospitalisasi, sehingga dilakukan pretest kondisi awal kecemasan pada anak sebelum dilakukan permainan.
- c. Pengantar Permainan: Jelaskan aturan permainan kepada peserta dan pastikan mereka memahami cara bermain. Bantu mereka memahami tujuan permainan, langkah-langkah permainan, dan konsep penting lainnya. Menurut Hoag *et al.* (2022) waktu ideal untuk melaksanakan *therapeutic peer play* adalah 30-45 menit dalam kelompok bermain jika memungkinkan. Namun jika hanya terdapat satu pasien anak, maka permainan dilakukan oleh pasien bersama wali dan terapis tenaga medis. Pasien anak diajak melakukan permainan dengan bantuan kartu bergambar anggota anatomi tubuh, pasien menebak nama dari anggota tubuh yang ditampilkan secara acak. Setiap jawaban yang benar pasien anak bisa mendapatkan *reward* dari terapis tenaga kesehatan.

- d. Praktik dan Pelatihan: Berikan kesempatan kepada peserta untuk berlatih memainkan permainan kartu dengan bimbingan terapis atau dalam kelompok. Berikan umpan balik konstruktif dan dukungan saat mereka mengembangkan keterampilan baru.
- e. Interaksi Sosial: Dorong interaksi sosial antara peserta selama permainan. Ajarkan keterampilan komunikasi, kerja sama, pengambilan giliran, dan resolusi konflik. Bantu peserta membangun koneksi dan menjalin hubungan positif satu sama lain.
- f. Refleksi dan Diskusi: Setelah permainan selesai, berikan waktu untuk merefleksikan pengalaman peserta. Diskusikan strategi yang digunakan, tantangan yang dihadapi, dan bagaimana mereka dapat menghubungkan pengalaman permainan dengan kehidupan sehari-hari.
- g. Evaluasi dan Perencanaan Lanjutan: Lakukan evaluasi terhadap kemajuan peserta dalam mencapai tujuan terapi. Dilakukan *post test* untuk mengetahui apakah terjadi penurunan tingkat kecemasan setelah dilakukan permainan.


Penting untuk mengadaptasi prosedur ini sesuai dengan kebutuhan individu, kelompok, atau lingkungan terapi. Selalu pertimbangkan tingkat keterampilan, minat, dan kemampuan peserta dalam merancang terapi *peer play* yang sesuai.

E. Kerangka Teori



Keterangan :

 : Tidak Diukur

 : Diukur

Gambar 2.1 Kerangka Teori 1

Sumber: (Handriana, 2016); (Saputro & Fazrin, 2017); (Jannah, 2016); (Umi Solikhah, 2011)

F. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini terdiri dari tiga hipotesis yaitu:

1. Pengaruh *therapeutic peer play*

H₁: Ada pengaruh *therapeutic peer play* terhadap tingkat kecemasan pada anak usia sekolah selama hospitalisasi di Ruang Firdaus RSI Banjarnegara.

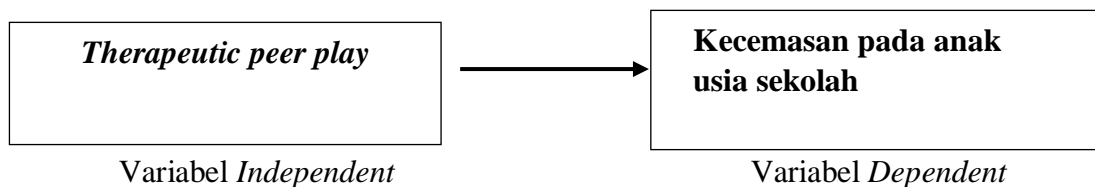
H₀: Tidak ada pengaruh *therapeutic peer play* terhadap tingkat kecemasan pada anak usia sekolah selama hospitalisasi di Ruang Firdaus RSI Banjarnegara.



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Teori 2

B. Jenis Desain Penelitian

Jenis desain penelitian yang akan di gunakan dalam penelitian ini yaitu penelitian kuantitatif dengan menggunakan metode eksperimen. Menurut Sugiyono (2014), penelitian eksperimen bermaksud untuk mengetahui seberapa besar kadar kemurnian (kebenaran) pengaruh X terhadap Y. Penelitian eksperimen merupakan suatu model penelitian yang memberikan suatu stimulus, kemudian mengobservasi pengaruh atau akibat dari perubahan dari stimulasi obyek yang dikenai stimulasi.

Penelitian ini menggunakan metode *quasi experiment* dengan *desain pre and post test with control group*, yaitu merupakan desain penelitian yang bertujuan untuk menguji hubungan sebab akibat. Rancangan penelitian ini melibatkan satu kelompok perlakuan dan kontrol serta melakukan pengkajian sebelum dilakukan intervensi dan menguji perubahan yang terjadi setelah intervensi (Heavey, 2014).

Tabel 3.1. Desain Penelitian

Subjek	<i>Pre test</i>	Perlakuan	<i>Post test</i>
Eksperimen	O1	X1	O2
Kontrol	O3	X2	O4

Keterangan :

O1 : Nilai *pre test* kecemasan kelompok eksperimen

O2 : Nilai *post test* kecemasan kelompok eksperimen

O3 : Nilai *pre test* kecemasan kelompok kontrol

O4 : Nilai *post test* kecemasan kelompok kontrol

X1 : Intervensi (*Therapeutic peer play*)

X2 : Perlakuan sesuai prosedur RSI Banjarnegara (Ditenangkan oleh orang tua pasien)

C. Populasi Dan Sampel

1. Populasi Penelitian

Populasi adalah suatu wilayah umum yang terdiri dari subjek dan objek dengan sifat dan karakteristik tertentu yang ditentukan dan disimpulkan oleh peneliti (Heavey, 2014). Sedangkan populasi dalam penelitian ini adalah anak usia sekolah yang dirawat di Ruang Firdaus Rumah Sakit Islam Banjarnegara dalam kurun waktu 3 bulan terakhir (Agustus, September, Oktober) yaitu 64 pasien.

2. Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2014). Sampel adalah sebagian dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Heavey, 2014). Teknik pengambilan sampel penelitian diambil dengan *purposive sampling*. Besar sampel ditentukan berdasarkan rumus:

$$n = \left(\frac{(Z\alpha + Z\beta)s}{x_1 - x_2} \right)^2$$

Dengan perhitungan sebagai berikut

$$n = \left(\frac{(1,96 + 0,84) \cdot 14,3}{8,9} \right)^2$$

$$n = \left(\frac{17,6}{8,9} \right)^2$$

$$n = 20,239 \text{ dibulatkan menjadi } 20 \text{ subjek}$$

Keterangan :

n = Besar sampel minimal

$Z\alpha$ = Derajat kepercayaan 95% (1,96)

$Z\beta$ = Kekuatan uji 80% (0,84)

α = Standar deviasi (14,3) ((Li *et al.*, 2016)

$x_1 - x_2$ = Selisih rata-rata (8,9) (Li *et al.*, 2016)

Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 20,239 peneliti membulatkan menjadi 20 subjek untuk setiap kelompok. Sehingga jumlah sampel masing-masing kelompok yaitu 20 subjek kelompok intervensi dan 20 subjek kelompok kontrol pada anak-anak usia sekolah yang di rawat di Ruang Firdaus Rumah Sakit Islam Banjarnegara.

D. Teknik Sampling

Teknik sampling merupakan salah satu jenis teknik pengambilan sampel. Ada berbagai macam teknik pengambilan sampel untuk menentukan sampel penelitian (Sugiyono, 2014). Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini yaitu teknik *purposive sampling*. *Purposive sampling* harus didasarkan pada informasi sebelumnya tentang keadaan keseluruhan dan harus

diyakini kebenarannya, sehingga tidak ada lagi keraguan atau masih berdasarkan dugaan atau perkiraan (Kusumastuti, 2020).

1. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- a. Anak usia sekolah
- b. Anak yang tingkat kesadarannya *compos mentis*
- c. Anak yang kooperatif
- d. Anak yang mengalami tingkat kecemasan selama hospitalisasi di ruang Firdaus Rumah Sakit Islam Banjarnegara
- e. Anak yang tidak mengalami tindakan pembedahan di ruang Firdaus Rumah Sakit Islam Banjarnegara

2. Kriteria eksklusi dari penelitian ini adalah:

- a. Anak dengan kondisi yang tiba-tiba mengalami kondisi gawat darurat
- b. Anak yang orang tua atau keluarganya yang tidak bersedia dijadikan responden

E. Tempat Dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Islam Banjarnegara Ruang Anak Firdaus. Penelitian ini dilakukan pada bulan Agustus 2023 – Oktober 2023.

F. Instrumen Penelitian

Instrumen ini menggunakan kuesioner CSAS-C yang terdiri dari 10 item pernyataan ditambah dengan 10 pernyataan yang menggambarkan respon fisiologi kecemasan. Dua puluh pernyataan terdiri dari 15 pernyataan positif dan 5 pernyataan negatif yang semuanya diklasifikasikan dalam jawaban dengan 1 – 3 sehingga terdapat 10 yang telah diobservasi dan 10 yang

ditanyakan pada responden. Instrumen kecemasan CSAS-C versi Indonesia yang telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas dengan hasil valid (r hasil > 0,514) dan reliabel dengan r Alpha 0,888 (Rofiqoh & Isytiaroh, 2016). Kelebihan dari kuesioner CSAS-C menurut Weningtyastuti (2020) yaitu *state anxiety scale* memiliki formulir isian yang lebih pendek sehingga CSAS-C dapat digunakan dan objektif untuk mengkaji tingkat kecemasan anak.

Tabel 3.2 Chinese Version State Anxiety Scale for Children (CSAS-C)

No	Gejala Kecemasan		
	Gejala berat	Gejala ringan	Tidak ada gejala
Observasi			
1	Sangat marah <input type="checkbox"/>	Marah <input type="checkbox"/>	Tidak marah <input type="checkbox"/>
2	Tidak senang <input type="checkbox"/>	Senang <input type="checkbox"/>	Sangat senang <input type="checkbox"/>
3	Sangat gelisah <input type="checkbox"/>	Gelisah <input type="checkbox"/>	Tidak gelisah <input type="checkbox"/>
4	Tidak tenang <input type="checkbox"/>	Tenang <input type="checkbox"/>	Sangat tenang <input type="checkbox"/>
5	Tidak santai <input type="checkbox"/>	Santai <input type="checkbox"/>	Sangat santai <input type="checkbox"/>
6	Sangat khawatir <input type="checkbox"/>	Khawatir <input type="checkbox"/>	Tidak khawatir <input type="checkbox"/>
7	Tidak bahagia <input type="checkbox"/>	Bahagia <input type="checkbox"/>	Sangat bahagia <input type="checkbox"/>
8	Tidak gembira <input type="checkbox"/>	Gembira <input type="checkbox"/>	Sangat gembira <input type="checkbox"/>
9	Sangat lemah <input type="checkbox"/>	Lemah <input type="checkbox"/>	Tidak lemah <input type="checkbox"/>
10	Banyak keringat <input type="checkbox"/>	Berkeringat <input type="checkbox"/>	Tidak berkeringat <input type="checkbox"/>
Ditanyakan			
11	Sangat takut <input type="checkbox"/>	Takut <input type="checkbox"/>	Tidak takut <input type="checkbox"/>
12	Sangat kesusahan <input type="checkbox"/>	Kesusahan <input type="checkbox"/>	Tidak kesusahan <input type="checkbox"/>
13	Sangat berdebar-debar <input type="checkbox"/>	Berdebar-debar <input type="checkbox"/>	Tidak berdebar-debar <input type="checkbox"/>
14	Sangat sesak nafas <input type="checkbox"/>	Sesak nafas <input type="checkbox"/>	Tidak sesak nafas <input type="checkbox"/>
15	Pusing berat <input type="checkbox"/>	Pusing <input type="checkbox"/>	Tidak pusing <input type="checkbox"/>
16	Sakit kepala berat <input type="checkbox"/>	Sakit kepala <input type="checkbox"/>	Tidak sakit kepala <input type="checkbox"/>
17	Nyeri dada berat <input type="checkbox"/>	Nyeri dada <input type="checkbox"/>	Tidak nyeri dada <input type="checkbox"/>
18	Sangat sulit tidur <input type="checkbox"/>	Sulit tidur <input type="checkbox"/>	Tidak sulit tidur <input type="checkbox"/>
19	Sakit perut berat <input type="checkbox"/>	Sakit perut <input type="checkbox"/>	Tidak sakit perut <input type="checkbox"/>
20	Sangat mual/ingin muntah <input type="checkbox"/>	Mual <input type="checkbox"/>	Tidak mual <input type="checkbox"/>
Jumlah Skor Total			
Keterangan:			Ringan (skor 20-30)
a. Gejala berat setiap jawaban dikalikan 3			Sedang (skor 31-40)
b. Gejala ringan setiap jawaban dikalikan 2			Berat (skor 41-50)
c. Tidak ada gejala setiap jawaban dikalikan 1			Panik (skor 51-60)

Sumber: (Li, H. C, 2004. Psychometric Evaluation of The Chinese Version of The State Anxiety Scale for Children. *Journal of Res Nurse Health* 27 (3), 198-207)(Li & Lopez, 2004).

G. Definisi Operasional

Tabel 3.3 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala	skor
1.	Umur	Usia dihitung sejak dilahirkan sampai dengan ulang tahun terakhir.	Identitas pasien rawat inap pada rentang usia 7-12 tahun	Kuesioner diisi oleh peneliti dengan cara wawancara.	Nominal	Jawaban: 7 - 8 tahun : U1 9 – 10 tahun : U2 11 - 12 tahun : U3
2.	Jenis Kelamin	Jenis kelamin biner pasien anak yang menjalani rawat inap di ruang Firdaus RSI Banjarnegara	Jenis kelamin pasien anak dengan jenis kelamin laki-laki dan perempuan	Kuesioner diisi oleh peneliti dengan cara wawancara.	Nominal	Jawaban: Laki -laki : Jk1 Perempuan : Jk2
3.	Pengalaman Dirawat Di Rumah Sakit	Pengalaman pasien dirawat di rumah sakit sebelumnya	Pertanyaan kepada pasien apakah pernah menjalani rawat inap di rumah sakit sebelumnya	Kuesioner diisi oleh peneliti dengan cara wawancara.	Nominal	Jawaban: Ya : Prs 1 Tidak : Prs 2
3.	<i>Therapeutic Peer play</i>	Tindakan keperawatan mengelompokkan terapi bermain dengan usia sebaya	Checklist kategori subjek eksperimen dan kontrol	Kuesioner diisi oleh peneliti melalui observasi dan pertanyaan.	Nominal	Jawaban: Dilakukan : 1 Tidak dilakukan : 2
4.	kategori Kecemasan CSAS-C 10	Kekhawatiran yang tidak jelas, diakibatkan oleh situasi yang baru dalam perawatan di rumah sakit	Terdiri dari pernyataan mengenai perasaan dan gejala fisik yang dialami	Kuesioner kecemasan anak usia sekolah yang dikembangkan dari kuesioner CSAS-C 10 indikator observasi dan 10 pertanyaan	Ordinal-	Jawaban: Ringan (Skor 20 - 30) : 1 Sedang (Skor 31 - 40) : 2 Berat (Skor 41 - 40) : 3 Panik (Skor 51 - 60) : 4

H. Teknik Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data menggunakan angket atau kuesioner, yang terdiri atas beberapa pertanyaan instrumen ini digunakan untuk menggali hal-hal yang dibutuhkan dan ingin diketahui dalam mendapatkan hasil penelitian tentang Pengaruh *Therapeutic peer play* Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Anak Usia Sekolah Selama Hospitalisasi Di Ruang Firdaus RSI Banjarnegara.

Tahap pertama adalah tahap persiapan. Sebelum pengambilan data, peneliti terlebih dahulu menyusun proposal penelitian yang kemudian dilanjutkan dengan melakukan studi pendahuluan di Ruang Firdaus RSI Banjarnegara. Setelah itu dilanjutkan dengan mengurus perizinan terkait dengan penelitian yang akan dilakukan. Selanjutnya peneliti melakukan uji etik di Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Tahap kedua adalah tahap pelaksanaan. Pada tahap ini dimulai setelah peneliti mendapatkan izin dari Universitas Islam Sultan Agung Semarang dan dari RSI Banjarnegara. Pada tahap ini terbagi menjadi beberapa langkah yaitu:

1. Peneliti mengajukan permohonan izin kepada pihak akademik untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Islam Banjarnegara.
2. Peneliti memiliki surat izin survei pendahuluan dari pihak akademik dan meminta persetujuan dari kepala Rumah Sakit Islam Banjarnegara untuk melakukan penelitian.
3. Peneliti meminta izin kepada Kepala Ruang Firdaus untuk melakukan observasi pendahuluan untuk menentukan responden dalam kriteria inklusi dan eksklusi.

4. Peneliti menjelaskan prosedur penelitian kepada Kepala Ruang Firdaus.
5. Peneliti menjelaskan *inform consent* kepada responden.
6. Peneliti memberikan kuesioner *Chinese Version State Anxiety Scale for Children* (CSAS-C) pada orang tua responden untuk menjelaskan tentang tujuan, manfaat serta menjelaskan tata cara untuk mengisi kuesioner yang diberikan terhadap responden.
7. Setelah peneliti memberikan dan menjelaskan teknik kuesioner, responden melakukan pengisian kuesioner, seperti :
 - a. Peneliti mendatangi responden dan orang tua responden untuk meminta izin kepada responden dan orang tua untuk melakukan penelitian
 - b. Peneliti melakukan observasi pada responden serta memberikan pertanyaan dari kuesioner *pre test* dengan bantuan orang tua responden selama 10 menit.
 - c. Peneliti memberikan prosedur perlakuan kontrol yaitu menurunkan kecemasan anak dengan ditenangkan oleh orang tua pasien dan perlakuan intervensi berupa prosedur *therapeutic peer play* kepada masing-masing kelompok penelitian selama 10-15 menit.
 - d. Peneliti melakukan observasi setelah pemberian perlakuan penelitian pada responden serta memberikan pertanyaan dari kuesioner *post test* dengan bantuan orang tua responden selama 10 menit
 - e. Setelah mengobservasi dan memberikan pertanyaan, peneliti mengecek kembali kuesioner yang sudah diisi

8. Selanjutnya peneliti akan melakukan pengolahan data dan mengolah hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap responden.
9. Peneliti menelaah kembali data untuk dicek dan dilihat hasilnya

I. Teknik Pengolahan Data

Teknik pengolahan data dalam penelitian ini menggunakan pendapat Hidayat (2011) adalah sebagai berikut :

1. *Editing*

Editing adalah upaya untuk mengolah data yang digunakan untuk memudahkan dan menyesuaikan data penelitian dalam penggunaan teknik statistik.

2. *Coding*

Coding adalah suatu kegiatan pengolahan data dengan memberikan simbol berupa angka pada jawaban kuesioner kemudian mengelompokkannya ke dalam kategori yang sama, tujuannya untuk menyederhanakan jawaban.

Adapun kode yang akan di berikan pada responden adalah sebagai berikut :

a. Usia

7 - 8 tahun : U1

9 - 10 tahun : U2

11 - 12 tahun : U3

b. Jenis Kelamin

Laki -laki : Jk1

Perempuan : Jk2

c. Pengalaman Dirawat Di Rumah Sakit

Ya : Prs 1

Tidak : Prs 2

d. Tingkat kecemasan CSAS-C

Kecemasan Ringan (Skor 20 – 30) : 1

Kecemasan Sedang (Skor 31 – 40) : 2

Kecemasarn Berat (Skor 41 – 40) : 3

Panik (Skor 51 – 60) : 4

3. *Scoring*

Pada tahap *scoring* peneliti memberikan nilai sesuai dengan skor yang telah ditentukan pada lembar kuesioner tingkat kecemasan anak usia sekolah ke dalam komputersasi. Memberi kode jawaban sesuai dengan skor kuesioner (CSAS-C) yang disediakan untuk kategori:

a. Skor 20 – 30 : Ringan

b. Skor 31 – 40 : Sedang

c. Skor 41 – 40 : Berat

d. Skor 51 – 60 : Panik

4. *Tabulating*

Tabulating adalah teknik pengolahan data dengan menyajikan data yang diperoleh dalam bentuk tabel agar hasil penelitian dapat terbaca dengan jelas. Setelah mengolah data selesai, hasil pendataan tersebut akan diolah oleh program *Statistical Product and Service Solutions (SPSS) 27*.

J. Analisa Data

Penelitian ini menggunakan dua analisis yaitu analisis univariat dan analisis bivariat. Analisis univariat digunakan untuk mengetahui distribusi frekuensi masing-masing variabel yang diteliti dan bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Variabel yang dianalisis pada analisis univariat yaitu tingkat kecemasan sebelum dan sesudah, serta karakteristik responden berupa usia, jenis kelamin dan pengalaman di rawat di rumah sakit. Selain itu, dapat dilakukan perhitungan rata-rata dan standar deviasi.

Analisis bivariate digunakan untuk mengetahui apakah ada hubungan antara perlakuan penelitian berupa *Therapeutic peer play* dengan tingkat kecemasan anak selama hospitalisasi dan hubungan perlakuan kontrol dengan tingkat kecemasan selama masa hospitalisasi anak. Data dalam penelitian ini berupa data kuantitatif sehingga dianalisis dengan teknik analisis kuantitatif melalui proses komputerisasi menggunakan program SPSS versi 27 yang menghitung hubungan antara variabel. Uji statistik yang akan dipergunakan dalam penelitian ini adalah Uji *Chi Square* dan uji *Mann-Whitney*, dimana data penelitian berbentuk nominal (Heavey, 2014).

Uji *Chi Square* merupakan uji non parametrik untuk skala data yang bersifat ordinal, interval dan rasio. Kriteria pengujiannya yaitu:

- a) Nilai $p < 0,05$ maka terdapat perbedaan yang signifikan

b) Nilai $p > 0,05$ maka tidak terdapat perbedaan yang signifikan (Heavey, 2014).

Penelitian ini juga menggunakan Uji *Mann Whitney* merupakan uji non parametrik untuk skala data yang bersifat ordinal, interval dan rasio untuk menguji data dari dua kelompok tidak berpasangan, membandingkan dua hasil *posttest* dari masing-masing kelompok dengan perlakuan yang berbeda. Kriteria pengujiannya yaitu:

- a) Nilai $p < 0,05$ maka terdapat perbedaan yang signifikan
- b) Nilai $p > 0,05$ maka tidak terdapat perbedaan yang signifikan (Heavey, 2014).

K. Etika Penelitian

Masalah etika penelitian keperawatan merupakan isu yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia maka aspek etik penelitian harus diperhatikan.

Masalah etik yang perlu dipertimbangkan meliputi :

1. *Inform Consent* (menginformasikan persetujuan)

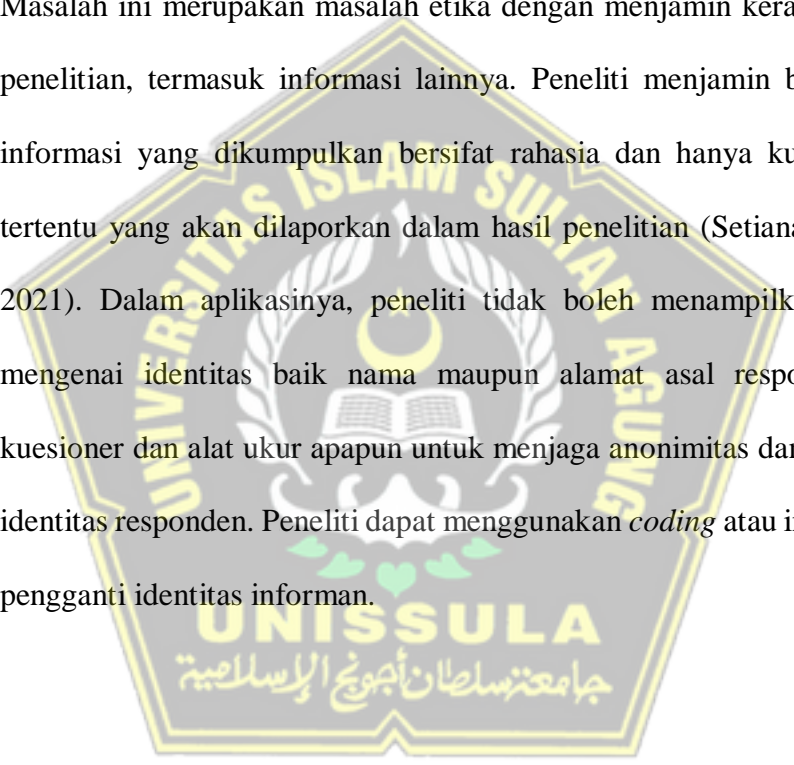
Inform Consent adalah informasi tentang penelitian yang dilakukan yang harus kepada subjek penelitian atau yang diwawancarai. *Inform consent* diberikan dan disetujui oleh responden, tujuan *inform consent* adalah agar subjek penelitian memahami maksud dan tujuan peneliti, proses penelitian dan dampaknya, dan akhirnya memutuskan apakah responden setuju atau tidak setuju menjadi objek penelitian.

2. *Anonymity* (tanpa nama)

Etika keperawatan adalah pertanyaan untuk memastikan penggunaan subjek penelitian dengan tidak memberikan atau mencantumkan nama yang diwawancarai pada daftar alat ukur, peneliti hanya menulis kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan menjamin kerahasiaan hasil penelitian, termasuk informasi lainnya. Peneliti menjamin bahwa semua informasi yang dikumpulkan bersifat rahasia dan hanya kumpulan data tertentu yang akan dilaporkan dalam hasil penelitian (Setiana & Nuraeni, 2021). Dalam aplikasinya, peneliti tidak boleh menampilkan informasi mengenai identitas baik nama maupun alamat asal responden dalam kuesioner dan alat ukur apapun untuk menjaga anonimitas dan kerahasiaan identitas responden. Peneliti dapat menggunakan *coding* atau inisial sebagai pengganti identitas informan.



BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Pengantar BAB

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Agustus sampai dengan bulan Oktober 2023 di Rumah Sakit Islam Banjarnegara. Penelitian ini menggunakan *purposive sampling* sehingga didapatkan 40 responden subjek penelitian dan dibagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Pengumpulan data dilakukan dengan cara pemberian kuesioner kepada responden atau orang tua pasien anak. Tujuan dalam penelitian ini yaitu untuk mengetahui pengaruh *therapeutic peer play* terhadap kecemasan pada anak usia sekolah selama dirawat diruang Firdaus RSI Banjarnegara.

B. Uji Syarat

1. Uji Normalitas

Tabel 4.1. Uji Normalitas

No	Kelompok	Signifikansi	Keterangan
1	K _E <i>Pretest</i>	0,138	Normal
2	K _E <i>Posttest</i>	0,440	Normal
3	K _K <i>Pretest</i>	0,444	Normal
4	K _K <i>Posttest</i>	0,054	Normal

Uji syarat dalam penelitian ini menunjukkan data hasil *pretest* dan *posttest* pada masing-masing kelompok eksperimen dan kontrol berdistribusi normal. Berdasarkan tabel 4.1 hasil uji normalitas menunjukkan bahwa tes tersebut memiliki sebaran 0,138, 0,440, 0,444 dan 0,054 dimana berdasarkan pengambilan keputusan SPSS apabila Sig. > 0,05 maka data dinyatakan normal.

2. Uji Homogenitas

Tabel 4.2. Uji Homogenitas

Variabel	Signifikansi	Keterangan
<i>Pre Test</i>	0,481	Homogen
<i>Post Test</i>	0,301	Homogen

Uji homogenitas dalam penelitian ini menunjukkan bahwa data bersifat homogen, baik pada hasil pretest dan posttest. Berdasarkan tabel 4.2 hasil uji homogenitas tersebut, dapat dilihat uji homogenitas varian *pre test* menghasilkan $p = 0,481$ dan *post test* $p = 0,301$ ($p > 0,05$). Dapat disimpulkan bahwa kelompok eksperimen dan kelompok kontrol adalah homogen karena memiliki nilai signifikansi yang lebih besar dari 0,05

C. Karakteristik Responden

Karakteristik dari penelitian ini meliputi Usia, Jenis Kelamin dan Pengalaman hospitalisasi. Berikut penjelasan dari masing-masing karakteristik dari subjek penelitian pasien anak:

1. Usia

Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Pasien Anak Berdasarkan Usia

No	Usia	Frekuensi	Persentase (%)
1	7 - 8	7	17,5
2	9 - 10	27	67,5
3	11 - 12	6	15
Total		40	100

Berdasarkan analisis pada Tabel 4.3 dari penelitian ini, terdapat 40 pasien anak yang menjadi subjek, terbagi dalam kelompok kontrol dan kelompok eksperimen. Mayoritas dari subjek pasien anak berada dalam rentang usia 9-10 tahun, yang mencakup 27 pasien anak atau sekitar 67,5% dari total sampel.

Tabel 4.4. Tabulasi Silang dan Chi Square Tingkat Kecemasan Berdasarkan Usia

Usia	Kecemasan Ringan	Kecemasan Sedang	Kecemasan Berat	Panik	Total	Chi-Square	P-Value
7	0	0	1	1	2		
8	0	0	4	1	5		
9	0	1	4	5	10		
10	0	1	9	7	17	6,059	0,810
11	0	0	4	0	4		
12	0	0	1	1	2		
Total	0	2	23	15	40		

Tabel 4.4. mengenai analisis tabulasi silang dan *chi square* tingkat kecemasan berdasarkan usia pada pasien anak menunjukkan tidak ada hubungan antara usia pasien anak dengan tingkat kecemasan. Terlihat bahwa tingkat kecemasan, kecemasan berat maupun sedang, cenderung meningkat seiring dengan bertambahnya usia dari 7 hingga 10 tahun. Puncak jumlah pasien anak dengan tingkat kecemasan tertinggi terjadi pada usia 10 tahun, mencapai total 17 pasien anak, yang menandakan potensi adanya faktor-faktor khusus pada rentang usia ini yang memengaruhi kecemasan. Meskipun demikian, terdapat kecenderungan rendahnya jumlah pasien anak dengan kecemasan pada usia 7, 11, dan 12 tahun. Mayoritas pasien anak menunjukkan kecemasan berat yaitu 23 dari total 40 pasien anak.

2. Jenis Kelamin

Tabel 4.5. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

No	Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
1	Laki-laki	26	65
2	Perempuan	14	35
	Total	40	100%

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa pasien anak yang menjadi responden penelitian ini dikelompokkan berdasarkan jenis kelamin dengan

total 40 pasien anak. Mayoritas pasien berjenis kelamin laki-laki sebanyak 26 responden (65%) sedangkan pasien perempuan sebanyak 14 responden (35%).

Tabel 4.6. Tabulasi Silang dan Chi Square Tingkat Kecemasan Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Kecemasan Ringan	Kecemasan Sedang	Kecemasan Berat	Panik	Total	Chi-Square	P-Value
Laki-laki	0	2	14	10	26	1,268	0,531
Perempuan	0	0	9	5	14		
Total	0	2	23	15	40		

Berdasarkan tabel 4.6 menunjukkan mayoritas subjek laki-laki, sebanyak 26 dari total 40 subjek, pasien anak jenis kelamin laki-laki menunjukkan tingkat kecemasan yang lebih tinggi yaitu kecemasan berat (14 pasien) hingga panik (10 pasien). Namun, analisis statistik dengan menggunakan nilai Chi-Square sebesar 1,268 dan p-value 0,531 menunjukkan bahwa perbedaan distribusi kecemasan antara kedua jenis kelamin tidak signifikan secara statistik. Meskipun terdapat perbedaan jumlah subjek dengan kecemasan berat, di mana subjek laki-laki lebih tinggi (14 subjek) daripada subjek perempuan (9 subjek).

Perbedaan dalam manifestasi kecemasan antara jenis kelamin memberikan aspek penting dalam pemahaman lebih lanjut terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pada kedua kelompok ini. Meskipun hasilnya tidak signifikan secara statistik, fokus pada perbedaan ini dapat memberikan wawasan mendalam tentang dinamika kecemasan berdasarkan jenis kelamin pada subjek yang diteliti.

3. Pengalaman Hospitalisasi

Tabel 4.7. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengalaman Hospitalisasi

No	Pengalaman Hospitalisasi	Frekuensi	Persentase
1	Ya	21	53
2	Tidak	19	47
	Total	40	100

Tabel 4.7. menunjukkan bahwa mayoritas pasien memiliki pengalaman hospitalisasi sebanyak 21 responden (53%) sedangkan sebanyak 19 responden (47%) baru pernah mengalami hospitalisasi.

Tabel 4.8. Tabulasi Silang dan Chi Square Tingkat Kecemasan Berdasarkan Pengalaman Hospitalisasi

Pengalaman Hospitalisasi	Kecemasan Ringan	Kecemasan Sedang	Kecemasan Berat	Panik	Total	Chi-Square	P-Value
Ya	0	1	9	6	16	0,091	0,956
Tidak	0	1	14	9	24		
Total	0	2	23	15	40		

Berdasarkan Tabel 4.8 distribusi tingkat kecemasan berdasarkan pengalaman hospitalisasi pada pasien anak. Perbandingan antara pasien anak yang memiliki pengalaman hospitalisasi (16 pasien) dengan yang tidak (24 pasien) menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan. Nilai Chi-Square sebesar 0,091 dengan p-value 0,956 menunjukkan bahwa perbedaan ini tidak memiliki signifikansi statistik.

Ada sedikit perbedaan dalam jumlah pasien anak dengan kecemasan berat antara kedua kelompok. Meskipun tidak ada perbedaan yang signifikan dalam distribusi kecemasan berdasarkan pengalaman hospitalisasi, Pasien tanpa pengalaman hospitalisasi cenderung memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan pasien anak dengan

pengalaman hospitalisasi sebelumnya, hal tersebut dapat menjadi dasar pengamatan secara lebih mendalam untuk mengetahui faktor pengalaman hospitalisasi pada pasien anak terhadap tingkat kecemasan.

D. Kecemasan Sebelum diberikan Intervensi

Tabel 4.9. Distribusi Frekuensi Kecemasan Pada Pasien Anak Sebelum Diberikan Intervensi

No	Tingkat Kecemasan	Kelompok Eksperimen		Kelompok Kontrol		Total	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Ringan	0	0	0	0	0	0
2	Sedang	1	5	1	5	2	5
3	Berat	10	50	13	65	23	58
4	Panik	9	45	6	30	15	37
	Total	20	100	20	100	40	100

Tabel 4.9 menunjukkan bahwa sebagian besar dari responden mengalami kecemasan berat sebelum diberikan intervensi dengan jumlah responden 23 yang terbagi menjadi 10 responden kelompok eksperimen (50%) dan 13 responden kelompok kontrol (65%). Kemudian pasien anak dengan tingkat kecemasan panik sebanyak 15 subjek (37%), terdiri dari 9 (45%) pasien anak pada kelompok eksperimen dan 6 (30%) pasien anak dalam kelompok kontrol.

E. Kecemasan Sesudah diberikan Intervensi

Tabel 4.10. Distribusi Frekuensi Kecemasan Pada Pasien Anak Sesudah Diberikan Intervensi

No	Tingkat Kecemasan	Kelompok Eksperimen		Kelompok Kontrol		Total	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Ringan	13	65	2	10	15	38
2	Sedang	7	35	15	75	22	55
3	Berat	0	0	3	15	3	7
4	Panik	0	0	0	0	0	0
	Total	20	100	20	100	40	100

Tabel 4.10 menunjukkan bahwa sebagian besar dari responden mengalami perubahan kecemasan setelah diberikan intervensi dengan kecemasan ringan sejumlah 13 pasien anak kelompok eksperimen (65%) dan tingkat kecemasan sedang 7 pasien anak (35%). Sedangkan, pada kelompok kontrol 2 pasien anak (10%) menunjukkan tingkat kecemasan ringan setelah diberikan perlakuan kontrol. Kecemasan sedang berjumlah 15 pasien anak (75%), sedangkan 3 pasien anak (15%) mengalami kecemasan berat.

F. Perbedaan Kecemasan Sebelum dan Sesudah diberikan Intervensi

Pada penelitian ini, untuk mengetahui perbedaan hasil antara *pretest* dan *posttest* pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol sehingga menjawab masalah dan hipotesis, maka dilakukan dengan uji *Chi-Square* data kategorik berpasangan untuk mengetahui perbedaan kecemasan kelompok penelitian sebelum diberikan perlakuan dan sesudah diberikan perlakuan. Sedangkan, perbedaan antara hasil *posttest* antara perlakuan kontrol dan eksperimen diketahui dengan melakukan uji *Mann-Whitney*:

1. Perbedaan Kecemasan Sebelum dan Sesudah diberikan Intervensi pada Kelompok Eksperimen menggunakan Uji *Chi-Square*

Tabel 4.11. Tabulasi Silang Uji *Chi-Square* Kelompok Eksperimen

PRE TEST	POST TEST				Total	<i>Chi-Square</i>	<i>P-Value</i>
	Ringan	Sedang	Berat	Panik			
Ringan	0	0	0	0	0		
Sedang	1	0	0	0	1		
Berat	10	0	0	0	10	13,162	0,001
Panik	2	7	0	0	9		
Total	13	7	0	0	20		

Berdasarkan tabel 4.11 hasil uji *Chi-Square* pada kelompok eksperimen, diketahui nilai *Asymp. Sig. (2-sided)* pada uji *Pearson Chi-Square* adalah sebesar 0,001. Berdasarkan pengambilan keputusan dapat

disimpulkan bahwa *Asymp. Sig. (2-sided)* $0,001 < 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa H_0 ditolak dan H_1 diterima yang berarti bahwa ada pengaruh *therapeutic peer play* dengan tingkat kecemasan berdasarkan hasil *pretest* dan *posttest*.

Analisis *Pearson Chi-Square* menunjukkan perbedaan yang mencolok antara hasil pre-test dan post-test pada tingkat kecemasan berbeda. Tidak terdapat pasien anak yang berada pada tingkat kecemasan ringan di kedua tes, sementara hanya satu pasien anak yang mengalami perubahan dari tingkat kecemasan sedang dalam pre-test menjadi tingkat kecemasan ringan dalam post-test. Namun, perubahan yang paling signifikan terlihat pada tingkat kecemasan berat dan ringan, dengan sepuluh pasien anak yang awalnya mengalami kecemasan berat beralih menjadi tingkat kecemasan ringan pada post-test.

Temuan ini menunjukkan bahwa intervensi atau perlakuan yang diberikan yaitu berupa *therapeutic peer play* secara keseluruhan memiliki dampak yang berarti pada tingkat kecemasan pasien anak yang mengalami hospitalisasi. Kajian teoritis diperlukan dalam pembahasan untuk memahami perubahan pada tingkat kecemasan tertentu, terutama pada tingkat kecemasan berat dan panik yang menunjukkan perubahan yang lebih mencolok dari pre-test ke post-test.

2. Perbedaan Kecemasan Sebelum dan Sesudah diberikan Intervensi pada Kelompok Kontrol menggunakan Uji *Chi-Square*

Perbandingan antara hasil *pretest* dan *posttest* pada kelompok kontrol serta hubungan antara kondisi kecemasan pasien anak sebelum dan sesudah diberikan perlakuan kontrol ditampilkan tabulasi silang pada tabel 4.12 dibawah ini.

Tabel 4.12. Tabulasi Silang Uji *Chi-Square* Kelompok Kontrol

PRE TEST	POST TEST				Total	Chi-Square	P-Value
	Ringan	Sedang	Berat	Panik			
Ringan	0	0	0	0	0		
Sedang	1	0	0	0	1		
Berat	1	12	0	0	13	17,538	0,002
Panik	0	3	3	0	6		
Total	2	15	3	0	20		

Berdasarkan tabel 4.12 hasil uji *Chi-Square* pada kelompok kontrol, diketahui nilai *Asymp. Sig. (2-sided)* pada uji *Pearson Chi-Square* adalah sebesar 0,002. Berdasarkan pengambilan keputusan dapat disimpulkan bahwa *Asymp. Sig. (2-sided)* $0,002 < 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa H_0 ditolak dan H_1 diterima yang berarti bahwa ada pengaruh perlakuan kontrol berupa pasien anak ditenangkan oleh orang tua dengan tingkat Kecemasan.

Analisis ini menyoroti perbedaan yang cukup mencolok antara hasil pre-test dan post-test pada tingkat kecemasan berbeda pada kelompok kontrol dengan perlakuan ditenangkan oleh orang tua. Pada tingkat kecemasan sedang hanya terdapat satu pasien anak yang menunjukkan perubahan ke tingkat kecemasan ringan. Pada tingkat kecemasan berat, perubahan paling signifikan terjadi, dimana dari 13 pasien anak yang

awalnya berada berubah menjadi cemas sedang dan ringan pada hasil post-test. Nilai Chi-Square yang signifikan sebesar 17,538 dengan p -value 0,002 menunjukkan bahwa perbedaan antara hasil pre-test dan post-test pada tingkat kecemasan sangatlah signifikan secara statistik. Temuan ini mengindikasikan bahwa intervensi kontrol yang diberikan memiliki dampak yang nyata pada tingkat kecemasan pasien anak. Meskipun terjadi penurunan tingkat kecemasan melalui perlakuan kontrol, namun tidak lebih signifikan seperti pada perlakuan eksperimen *Therapeutic peer play*.

3. Perbandingan Hasil *Posttest* Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol menggunakan Uji Mann Whitney

Tabel 4.13. Uji Mann-Whitney

Independent Sample Mann-Whitney	
Mann-Whitney U	79,500
Wilcoxon W	289,500
Z (Standardized Test Statistic)	-3,688
Asymptotic Sig. (2-sided test)	0,000

Tabel 4.13 menunjukkan nilai U sebesar 79,500 dan nilai W sebesar 289,500. Apabila dikonversikan ke nilai Z (*Standardized Test Statistic*) maka besarnya -3,688. Nilai sig. atau p -value sebesar $0,000 < 0,05$. Apabila nilai p -value $<$ batas kritis 0,05 maka terdapat perbedaan bermakna antara dua kelompok atau yang berarti H_1 diterima.

Terdapat perbedaan tingkat kecemasan pada *posttest* antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Pasien anak dengan perlakuan eksperimen *Therapeutic peer play* memiliki kategori tingkat kecemasan yang lebih rendah dibandingkan dengan pasien anak dengan perlakuan kontrol yaitu ditenangkan oleh orang tua pasien. Hasil analisis tersebut diperkuat pada tabel 4.11 dan tabel 4.12 serta hasil signifikasn p -

value pada uji *chi square* masing-masing kelompok yang menunjukkan bahwa memang terjadi penurunan tingkat kecemasan yang lebih signifikan pada pasien anak kelompok eksperimen.



BAB V

PEMBAHASAN

A. Pengantar BAB

Penelitian ini membahas pengaruh *therapeutic peer play* terhadap tingkat kecemasan pada anak usia sekolah selama hospitalisasi di Ruang Firdaus RSI Banjarnegara dengan total subjek penelitian sebanyak 40 orang pasien anak. Hasil penelitian telah diuraikan mengenai karakteristik responden yang terdiri dari usia, jenis kelamin dan pengalaman hospitalisasi. Analisis univariat menyajikan data distribusi frekuensi kecemasan responden sebelum dan sesudah diberikan *therapeutic peer play* serta menguraikan analisis bivariat mengenai pengaruh *therapeutic peer play* terhadap tingkat kecemasan pada anak usia sekolah selama hospitalisasi.

B. Interpretasi dan Diskusi Hasil

1. Usia

Hasil analisis dalam penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan signifikan antara usia pasien anak dengan tingkat kecemasan. Meskipun pasien anak dengan usia dari 7 hingga 10 tahun menunjukkan tingkat keceemasan yang lebih tinggi yaitu panik dan cemas berat, tidak ada hubungan yang signifikan antara usia pasien anak yang menjalani hospitalisasi dan tingkat kecemasan. Puncak jumlah pasien anak dengan tingkat kecemasan tertinggi terjadi pada usia 10 tahun, mencapai total 17 pasien anak, menunjukkan adanya faktor-faktor khusus yang memengaruhi kecemasan pada rentang usia ini. Namun, jumlah pasien anak kecemasan selama hospitalisasi relatif rendah pada usia 7, 11, dan 12

tahun. Mayoritas pasien anak menunjukkan kecemasan berat dengan 23 pasien dari total 40 pasien anak.

Subjek pasien anak pada penelitian ini sebagian besar terpusat pada median dari usia sekolah yaitu 9-10 tahun sebanyak 27 pasien anak (68%) berada pada rentang usia anak usia sekolah 6-12 tahun. Kelompok usia pasien anak dalam penelitian ini tidak terkait dengan tingkat kecemasan yang terjadi. Pasien dengan tingkat kecemasan sedang hingga panik hampir terdapat pada setiap kelompok usia anak. Menurut semakin tua usia maka akan memengaruhi tingkat perkembangan seseorang dan semakin banyak pengalaman yang dimiliki. Sehingga dapat mengurangi tingkat kecemasan. Namun, dalam kondisi hospitalisasi dimungkinkan terjadi pengecualian. Tindakan medis untuk mengupayakan kesembuhan pasien anak dianggap sebagai suatu ancaman sehingga menimbulkan kecemasan. Selain itu, anak berada di lingkungan asing yang tidak familier yaitu ruang rawat inap sehingga menimbulkan perasaan cemas.

Temuan dalam penelitian ini memperkuat dua penelitian sebelumnya tentang hubungan usia dan tingkat kecemasan selama hospitalisasi pasien anak. Menurut penelitian Solikhah (2011), umur tidak berpengaruh terhadap tingkat kecemasan anak yang menjalani hospitalisasi, karena tindakan medis dianggap sebagai tindakan invasif oleh anak dan ancaman sehingga meningkatkan kecemasan anak. Anak dengan berbagai rentang usia akan tetap mengalami tingkat kecemasan yang beragam bergantung terhadap pengalaman dan tindakan medis yang diberikan. Penelitian lain

oleh Helena (2016) menunjukkan bahwa perbedaan tingkat kecemasan pada anak yang menjalani hospitalisasi, hanya pada kelompok kontrol dan eksperimen. Sedangkan faktor usia anak sekolah tidak memberikan perbedaan nyata dengan rata-rata usia anak 7,82 dan standar deviasi 1,033.

2. Jenis Kelamin

Pasien anak yang menjadi subjek penelitian mayoritas pasien adalah laki-laki, dengan 26 responden (65%). Meskipun pasien anak laki-laki menunjukkan tingkat kecemasan yang lebih tinggi, perbedaan distribusi kecemasan antara kedua jenis kelamin tidak signifikan secara statistik. Meskipun demikian, pasien anak dengan jenis kelamin perempuan menunjukkan kecemasan berat hingga panik. Berbeda dengan kecemasan pada pasien anak laki-laki yang menunjukkan kecemasan sedang hingga panik.

Fakta tersebut menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang antara jenis kelamin pasien anak terhadap tingkat kecemasan hospitalisasi. Faktor-faktor lain terkait perkembangan kognitif dan sosial dapat memengaruhi tingkat kecemasan pada kedua kelompok subjek penelitian berdasarkan jenis kelamin. Namun perlu dilakukan penelitian berbeda yang berfokus kepada hubungan jenis kelamin pasien anak yang mengalami hospitalisasi dengan tingkat kecemasan. Sehingga, dapat dilakukan penarikan kesimpulan yang lebih akurat.

Kondisi tersebut dijelaskan dalam penelitian Saputro & Fazrin (2017), jenis kelamin memang dapat mempengaruhi tingkat stress hospitalisasi,

dan anak perempuan yang dirawat di rumah sakit memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi daripada anak laki-laki. Sedangkan, Solikhah (2011) dalam penelitiannya memaparkan hasil yang memperkuat temuan dalam penelitian ini, bahwa anak laki-laki dan perempuan memiliki perbedaan kecemasan selama masa hospitalisasi meskipun tidak signifikan.

Penelitian oleh Helena (2016) dengan temuan serupa dengan penelitian ini menyatakan, tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin pasien anak yang menjalani hospitalisasi terhadap tingkat kecemasan yang dialami dengan jumlah sampel 34 pasien anak dengan proporsi 58,8% dan 41,2%. Seluruh pasien mengalami kecemasan pada kategori sedang dan mengalami tingkat kecemasan setelah di berikan intervensi terapi bermain. Hasil penelitian ini juga memperkuat penelitian sebelumnya oleh Fahira (2022), dengan temuan tidak ada hubungan antara jenis kelamin anak dengan tingkat kecemasan selama dirawat di rumah sakit. Secara umum rawat inap dapat menyebabkan reaksi yang tidak menyenangkan bagi anak, baik menimbulkan cemas, stress, atau takut.

3. Pengalaman Hospitalisasi

Mayoritas pasien anak memiliki pengalaman hospitalisasi sebanyak 21 responden (53%), sedangkan 19 responden (47%) belum pernah mengalami hospitalisasi. Tidak terdapat perbedaan signifikan dalam distribusi tingkat kecemasan antara pasien anak dengan pengalaman hospitalisasi dan yang tidak. Meskipun demikian, terdapat sedikit

perbedaan dalam jumlah pasien anak dengan tingkat kecemasan berat antara kedua kelompok.

Pasien anak tanpa pengalaman hospitalisasi cenderung memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi, namun diperlukan pengamatan lebih lanjut untuk memahami faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pada pasien anak terkait dengan pengalaman hospitalisasi. Anak dengan pengalaman rawat inap memiliki kecemasan yang lebih rendah. Hal tersebut disebabkan oleh respon anak yang menunjukkan peningkatan kepekaan pada lingkungan, dan kemampuan mengingat peristiwa yang dialaminya dan lingkungan di sekitarnya secara detail (Siwahyudati & Zulaicha, 2017).

Penelitian ini mendapatkan temuan yang memperkuat temuan pada penelitian sebelumnya tentang hubungan pengalaman hospitalisasi terhadap tingkat kecemasan pasien anak. Bahwa, tidak terdapat hubungan antara kedua variabel tersebut.

Menurut Sopha & Amalia Wildani (2022), Hospitalisasi menjadi pengalaman sulit bagi pasien anak karena menimbulkan emosi negatif berupa kecemasan dan ketakutan yang dapat memunculkan penolakan dalam pengobatan. Sedangkan dalam penelitian ini tidak ditemukan hubungan antara pengalaman dirawat atau hospitalisasi dengan tingkat kecemasan yang dialami oleh pasien anak sebelum diberi intervensi.

Temuan serupa juga didapati pada penelitian Sitorus *et al.* (2020), bahwa tidak terdapat hubungan antara pengalaman dirawat pada anak usia sekolah dengan pengalaman hospitalisasi. Namun, terdapat temuan pasien anak tanpa pengalaman hospitalisasi memiliki tingkat kecemasan ringan hingga berat. Hal tersebut disebabkan oleh rasa takut dan cemas anak saat menjalani hospitalisasi harus merasakan sakit dan stress karena anak-anak ketika ditusuk jarum berulang selama prosedur medis.

Fahira (2022) dalam penelitiannya mendapatkan temuan serupa dengan penelitian ini. Dengan temuan 60% pasien yang belum pernah mengalami hospitalisasi cenderung memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi, namun tidak ada hubungan yang signifikan antara kedua variabel tersebut. Penelitian Solikhah (2011), menunjukkan tidak ada pengaruh signifikan antara pengalaman dirawat dengan tingkat kecemasan.

4. Tingkat Kecemasan Pasien Anak Sebelum Diberikan Intervensi

Mayoritas pasien anak sebelum intervensi mengalami tingkat kecemasan yang tinggi, baik dalam kategori berat maupun panik. Sebanyak 58% dari total responden mengalami kecemasan berat. Selain itu, 37% dari total responden mengalami kecemasan dalam tingkat panik. Hal ini menunjukkan bahwa sebelum intervensi diberikan, mayoritas pasien anak mengalami tingkat kecemasan yang cukup tinggi, terutama dalam kategori berat dan panik.

Meskipun tidak ada hubungan yang signifikan secara langsung antara usia, jenis kelamin, atau pengalaman hospitalisasi dengan tingkat kecemasan, faktor-faktor tersebut dapat membantu memahami dinamika kecemasan yang terjadi pada anak-anak yang mengalami situasi rawat inap. Menurut Rukmanawati (2019), usia maka akan memengaruhi tingkat kecemasan. Namun, kondisi hospitalisasi dianggap sebagai suatu ancaman sehingga menimbulkan kecemasan. Anak berada di lingkungan asing yang tidak familier sehingga menimbulkan perasaan cemas.

Jenis kelamin dapat mempengaruhi tingkat stress hospitalisasi (Saputro & Fazrin, 2017). Anak dengan pengalaman rawat inap memiliki kecemasan yang lebih rendah. Hal tersebut disebabkan oleh respon anak yang menunjukkan peningkatan kepekaan pada lingkungan, dan kemampuan mengingat peristiwa yang dialaminya dan lingkungan di sekitarnya secara detail (Siwahyudati & Zulaicha, 2017).

Faktor-faktor kecemasan pasien anak dalam penelitian ini tidak dapat menggambarkan tingkat kecemasan pasien anak yang mengalami hospitalisasi secara signifikan. Dapat diketahui bahwa kecemasan yang terjadi merupakan respons dari tindakan medis dan dianggap sebagai tindakan yang invasif bagi pasien anak. Kecemasan juga pengaruh dari lingkungan ruang rawat inap yang dianggap asing oleh pasien anak.

5. Tingkat Kecemasan Pasien Anak Setelah Diberikan Intervensi

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan dari penerapan *Therapeutic Peer Play* terhadap penurunan tingkat

kecemasan pada pasien anak yang menjalani hospitalisasi di ruang Firdaus Rumah Sakit Islam Banjarnegara. Temuan penting dalam penelitian ini adalah penurunan yang paling signifikan terjadi pada responden dengan tingkat kecemasan berat, 10 pasien anak atau 50% dari kelompok eksperimen mengalami penurunan tingkat kecemasan menjadi tingkat kecemasan ringan. Bahkan, terdapat 2 pasien anak (10%) yang mengalami penurunan tingkat kecemasan dari kategori panik menjadi kecemasan ringan setelah menerima perlakuan eksperimen *Therapeutic Peer Play*.

Temuan ini sesuai dengan penelitian terdahulu oleh Solikhah (2011), terjadi penurunan kecemasan yang sangat signifikan pada anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi setelah dilakukan intervensi berupa *Therapeutic Peer Play*. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian Solikhah (2011) adalah metode statistik parametrik dan non parametrik yang digunakan serta jenis permainan yang berbeda yaitu permainan kartu anatomi tubuh.

Hoag *et al.* (2022) dalam penelitiannya menyatakan bahwa *Therapeutic Peer Play* dapat menurunkan kecemasan pada pasien anak yang menjalani terapi cancer. Selain itu *Therapeutic Peer Play* juga bermanfaat dalam meningkatkan aktivitas fisik pasien anak dan memperbaiki *mood* serta kualitas tidur pasien anak yang menjalani perawatan cancer. *Therapeutic peer play* pada anak usia sekolah memberikan sarana untuk melepaskan diri dari ketegangan dan stress yang

dihadapi dilingkungan rumah sakit (Wong *et al*, 2009 dalam Solikhah (2011).

Karakteristik *Therapeutic Peer Play*, sesuai dengan kondisi dari Anak-anak yang berada dalam fase usia sekolah mengalami interaksi yang erat dengan teman sebaya, saling memengaruhi satu sama lain. Proses perkembangan sosial pada anak-anak ini melibatkan adaptasi yang dipengaruhi oleh lingkungan sekitar, jenis kelamin, serta sifat dan. Proses adaptasi pada anak usia sekolah lebih cenderung dipengaruhi oleh faktor situasional daripada karakteristik kepribadian, karena perhatian utama mereka terfokus pada aspek sosial yang lebih besar. Pada awal interaksi, anak-anak biasanya mencari kenyamanan dan kegembiraan, sehingga memudahkan untuk beradaptasi (Dany & Murtihardjana, 2009).

Temuan ini mengindikasikan bahwa *Therapeutic Peer Play* dapat dianggap sebagai metode yang efektif dalam mengurangi tingkat kecemasan pada pasien anak yang menjalani hospitalisasi di rumah sakit. Hasil ini memberikan dukungan empiris terhadap keefektifan intervensi berupa *Therapeutic Peer Play* dalam konteks penanganan kecemasan pada pasien anak yang menjalani hospitalisasi. Temuan ini sekaligus melengkapi penelitian sebelumnya tentang topik yang lebih luas yaitu *Therapeutic Play* seperti penelitian Helena (2016) dan Siahaan & Juniah (2022) yang membahas penurunan tingkat kecemasan anak yang mengalami hospitalisasi dengan terapi bermain individu.

Hasil dari kelompok kontrol menunjukkan bahwa perlakuan kontrol berupa pasien anak ditenangkan oleh orang tua memiliki dampak terhadap penurunan tingkat kecemasan pada pasien anak. Meskipun penurunan ini tidak sebesar yang terjadi pada kelompok eksperimen *Therapeutic Peer Play*, namun masih memberikan efek yang signifikan. Fakta ini menunjukkan bahwa kehadiran orang tua juga dapat menjadi faktor yang menyebabkan tingkat kecemasan lebih rendah. Menurut Solikhah (2011), kecemasan anak dapat turun jika berinteraksi dan mendapatkan dukungan penuh dari orang-orang terdekat. Selain itu, kemampuan adaptasi yang dimiliki oleh anak memerlukan waktu yang sangat tergantung pada kondisi anak untuk dapat menyesuaikan diri dengan situasi baru selama proses hospitalisasi.

Menurut Akhriansyah Mareta (2018), kecemasan anak usia sekolah membutuhkan kehadiran perawat sebanyak 87%. Kecemasan akibat hospitalisasi dapat dikurangi dengan kerja sama antara perawat melalui terapi terapeutik bersama orang tua, tenaga kesehatan yang lain dan pasien anak sendiri. Reaksi anak terhadap hospitalisasi sangat bergantung kepada tahapan perkembangan, pengalaman, sistem dukungan yang ada dan kemampuan *coping stress* anak. Selama perawatan peranan orang tua sangat dominan dan penting.

6. Perbedaan Tingkat Kecemasan Anak Usia Sekolah Sebelum Dan Sesudah Diberikan Intervensi

Terdapat perbedaan signifikan hasil *posttest* antara kedua kelompok *Therapeutic Peer Play* dan kelompok kontrol terkait penurunan tingkat kecemasan pasien anak yang menjalani hospitalisasi di ruang Firdaus RSI Banjarnegara. Analisis ini konsisten dengan temuan pada tabel tabulasi silang, di mana kelompok eksperimen menunjukkan penurunan tingkat kecemasan yang lebih signifikan. Dalam kelompok eksperimen, 50% dari pasien anak dengan tingkat kecemasan berat mengalami penurunan menjadi tingkat ringan. Sebaliknya, kelompok kontrol menunjukkan penurunan paling tinggi pada kategori kecemasan berat menjadi sedang, yaitu sebanyak 60% dari pasien anak. Menurut Li *et al.* (2016), kecemasan yang dialami anak-anak selama hospitalisasi di rumah sakit, yang dapat berdampak negatif pada kesehatan.

Dengan demikian, hasil analisis statistik dan tabel tabulasi silang secara konsisten menunjukkan bahwa *Therapeutic Peer Play* memiliki dampak yang lebih besar dalam mengurangi tingkat kecemasan pada pasien anak yang menjalani hospitalisasi dibandingkan dengan perlakuan kontrol yang melibatkan penenangan oleh orang tua. Meskipun demikian, diperlukan kerja sama antara perawat melalui terapi terapeutik bersama orang tua, tenaga kesehatan yang lain dan pasien anak sendiri.

Akhriansyah Mareta (2018), menyebutkan kecemasan anak usia sekolah membutuhkan kehadiran perawat sebanyak 87%. Reaksi anak

terhadap hospitalisasi sangat bergantung kepada tahapan perkembangan, pengalaman, sistem dukungan yang ada dan kemampuan *coping stress* anak. Selama perawatan peranan orang tua sangat dominan dan penting. Penilaian pasien anak terhadap ancaman dipengaruhi oleh persepsi kontrol atas ancaman tersebut. Kurangnya kontrol terhadap lingkungan rumah sakit dan prosedur medis dapat menyebabkan kecemasan yang signifikan pada anak-anak.

Therapeutic Peer Play di rumah sakit bertujuan untuk membantu pasien anak agar merasa lebih familier dengan lingkungan hospitalisasi melalui pengenalan serta melatih pasien anak terbiasa dengan situasi di rumah sakit dan prosedur medis. Selain itu, *Therapeutic Peer Play* dapat meningkatkan keterampilan komunikasi, mengembangkan kemampuan sosial, dan menyalurkan kreativitas pasien anak. Intervensi ini memberikan pasien anak peluang untuk berlatih tindakan medis melalui permainan, sehingga dapat bersosialisasi dengan lingkungan rumah sakit tanpa merasa terancam dan mengurangi tingkat kecemasan pasien anak (Li *et al.*, 2016; Umi Solikhah, 2011; Dany & Murtihardjana, 2009).

Meskipun hasil kedua intervensi yang diberikan menunjukkan adanya pengaruh terhadap penurunan tingkat kecemasan pasien anak, perlu dicatat bahwa *Therapeutic Peer Play* masih menunjukkan dampak yang lebih signifikan dalam mengurangi tingkat kecemasan dibandingkan dengan perlakuan kontrol. Hal ini menunjukkan bahwa *Therapeutic Peer Play* mungkin lebih efektif sebagai metode intervensi dalam mengelola

kecemasan pada pasien anak dibandingkan dengan pendekatan kontrol yang digunakan dalam penelitian ini. Namun, penggabungan dari kedua intervensi dapat memberikan dampak yang positif sehingga membantu proses tindakan medis yang bertujuan untuk kesembuhan pasien anak.

C. Keterbatasan Penelitian

1. Jumlah responden dalam penelitian ini terbatas, sehingga dapat mempengaruhi generalisasi temuan. Perlu penelitian dengan sampel atau cakupan yang lebih besar sehingga dapat mewakili populasi pasien anak yang mengalami kecemasan selama hospitalisasi.
2. Kelompok kontrol melalui intervensi berupa ditenangkan oleh orang tua pasien, variabilitas cara orang tua memberikan dukungan emosional dapat mempengaruhi hasil penelitian. Standardisasi lebih lanjut dalam implementasi perlakuan kontrol sangat diperlukan.
3. Faktor-faktor eksternal yang tidak terkontrol seperti karakteristik saudara kandung, persepsi anak terhadap sakit dan perpisahan pada orangtua. Serta faktor-faktor eksternal lainnya yang tidak teridentifikasi atau diukur secara memadai dalam penelitian.

D. Implikasi untuk Keperawatan

1. Bagi institusi pelayanan kesehatan, *Therapeutic Peer Play* dapat meningkatkan kualitas layanan Rumah Sakit sebagai salah satu opsi intervensi untuk mengurangi tingkat kecemasan pada pasien anak selama hospitalisasi.

2. Bagi Masyarakat, *Therapeutic Peer Play* dapat melengkapi upaya yang telah dilakukan selama ini untuk menurunkan tingkat kecemasan pada pasien anak. Kerjasama antara orangtua dan tenaga kesehatan rumah sakit selama masa perawatan pasien anak dapat mempermudah pemberian tindakan medis yang berimplikasi pada kesembuhan pasien anak.
3. Bagi Profesi, *Therapeutic Peer Play* dapat mengembangkan keterampilan perawat. Kolaborasi yang baik antara tenaga kesehatan dan keluarga pasien dapat meningkatkan efektivitas *Therapeutic Peer Play* dan perawatan pasien anak secara keseluruhan.



BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Mayoritas pasien anak berusia 9-10 tahun, Berjenis kelamin laki-laki, 57% pernah mengalami hospitalisasi. Tidak ada hubungan signifikan antara usia, jenis kelamin dan pengalaman hospitalisasi pasien anak dengan tingkat kecemasan selama hospitalisasi.
2. Sebelum diberikan intervensi sebanyak 58% dari total responden mengalami kecemasan berat. Selain itu, 37% dari total responden mengalami kecemasan dalam tingkat panik.
3. Setelah diberikan intervensi kecemasan kelompok eksperimen turun signifikan, 50% pasien anak tingkat kecemasan turun menjadi cemas ringan dan kecemasan 10% pasien anak turun dari panik menjadi cemas ringan. Kelompok kontrol mengalami penurunan kecemasan yang signifikan namun tidak sebesar kelompok eksperimen.
4. Terdapat perbedaan yang signifikan hasil *posttest* tingkat kecemasan antara kelompok kontrol dan kelompok eksperimen. Kelompok eksperimen menunjukkan tingkat kecemasan yang lebih rendah dibandingkan kelompok kontrol setelah diberikan intervensi.

B. Saran

1. Bagi Profesi Keperawatan

Therapeutic Peer Play dapat dipertimbangkan dalam profesi keperawatan untuk peningkatan kompetensi dalam pengelolaan kecemasan pasien anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi.

2. Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan

Therapeutic Peer Play dapat dijadikan sebagai program dan kebijakan atau bahkan layanan unggulan, manajemen kecemasan pasien anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi di RSI Banjarnegara.

3. Bagi Penelitian Selanjutnya

Memasukkan pengukuran yang lebih cermat terhadap variabel-variabel kontekstual, seperti dukungan keluarga dan faktor-faktor lingkungan, yang mungkin memengaruhi efektivitas intervensi *Therapeutic Peer Play* pada pasien anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi. Atau melakukan penelitian dengan pendekatan observasi kualitatif untuk mendapatkan pandangan yang lebih mendalam tentang kecemasan dan *Therapeutic Peer Play*.

DAFTAR PUSTAKA

- A. Pulungan, Z.S., Purnomo, E. & Purwanti A., A. 2017. Hospitalisasi Mempengaruhi Tingkat Kecemasan Anak Toddler. *Jurnal Kesehatan Manarang*, 3(2): 58.
- Akhriansyah Mareta 2018. Tingkat Kecemasan Akibat Hospitalisasi. 18(1): 71–76.
- Alfano, C.A., Zakem, A.H., Costa, N.M., Taylor, L.K. & Weems, C.F. 2009. Sleep Problems And Their Relation To Cognitive Factors, Anxiety, And Depressive Symptoms In Children And Adolescents. *Depression and Anxiety*, 26(6): 503–512.
- Dany, H. & Murthihardjana, L. 2009. *Memaksimalkan Produktifitas Anak*. Jakarta: Prestasi Pustaka.
- Debora, A., Sitompul & Rellina, D. 2018. Pengaruh Terapi Mewarnai Gambar Dengan Pasir Warna Terhadap Kecemasan Anak Prasekolah 3-5 Tahun. *Jurnal Keperawatan Suaka Insan*, 3(2): 1–7. Tersedia di <http://journal.stikessuakainsan.ac.id/index.php/jksi/article/view/106>.
- Fahira, A.M. 2022. *Gambaran Kecemasan Efek Hospitalisasi pada Anak Usia Sekolah di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang*. Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
- Fatoni, I. 2018. *Hubungan Caring Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Paa Anakak Yang Hospotalisasi di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Handayani, R.D. & Puspitasari, N.P.D. 2018. Tingkat Kooperatif Anak Usia Pra Sekolah (3 – 5 Tahun) Melalui Terapi Bermain Selama Menjalani Perawatan Di Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Surya Medika Yogyakarta*.
- Handriana, I. 2016. *Keperawatan Anak*. Cirebon: LovRinz Publishing.
- Heavey, E. 2014. *Statistik Keperawatan Pendekatan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Helena, N. 2016. Menurunkan Kecemasan Anak Usia Sekolah Selama Hospitalisasi Dengan Terapi Bermain All Tangled Up. *JOURNAL OF ISLAMIC NURSING Menurunkan*, 1(1): 69–82.
- Hidayat, A.A.A. 2011. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hoag, J.A., Bingen, K., Karst, J., Palou, A., Yan, K. & Zhang, J. 2022. Playing With a Purpose: The Impact of Therapeutic Recreation During Hospitalization. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology Nursing*, 39(1): 6–14.
- Jannah, N.I. 2016. *Gambaran Tingkat Stres Pada Anak Usia Sekolah dengan Hospitalisasi di RSUD Labuang Baji*. Universitas Islam Negeri Alauddiin Makassar.

- Kartika, L., Ani, M., Mariyana, R., Yudianto, A., Wijayati, S., Sitompul, M., Ulfa, A.F. & Purba, D.H. 2021. *Keperawatan Anak Dasar*. Jakarta: Yayasan Kita Menulis.
- Kusmawati, D. 2019. *Pengaruh Terapi Bermain Mewarnai Gambar Terhadap Tingkat Kecemasan Saat Hospitalisasi Pada Pasien Anak Usia Prasekolah (3-6 Tahun) Di Ruang Safir Santosa Hospital Bandung Kopo*. Universitas Bhakti Kencana.
- Kusumastuti, A. 2020. *Metode Penelitian Kualitatif*. Jakarta: CV Budi Utama.
- Li, H.C.W. & Lopez, V. 2004. Psychometric Evaluation of The Chinese Version of The State Anxiety Scale for Children. *Research in Nursing and Health*, 27(3): 198–207.
- Li, W.H.C., Chung, J.O.K., Ho, K.Y. & Kwok, B.M.C. 2016. Play Interventions to Reduce Anxiety and Negative Emotions in Hospitalized Children. *BMC Pediatrics*, 16(1): 1–9. Tersedia di <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-016-0570-5>.
- Mahon, L.M. 2009. *The Handbook of Play Therapy and Therapeutic Play*. 2nd ed. London: Mahon (2009) bermain dapat menyembuhkan anak-anak yang dalam proses kebingungan dan gangguan emosi, dan perasaan galau. Bermain terapeutik penting disesuaikan dengan tahap perkembangan anak pada usia tertentu.
- Muris, P., van Brakel, A.M.L., Arntz, A. & Schouten, E. 2011. Behavioral Inhibition as a Risk Factor for the Development of Childhood Anxiety Disorders: A Longitudinal Study. *Journal of Child and Family Studies*, 20(2): 157–170.
- Musdalipa, Kanita, A. & Hartina, S. 2019. Terapi Bermain Maggalenceng Sebagai Metode Untuk Menurunkan Kecemasan Pada Anak Usia Sekolah Yang Menjalani Hospitalisasi: a Literature Review. *Bimiki*, 7(5): 1–13.
- Noviyanti, I.P., Wasliah, I. & Ernawati 2019. Pengaruh Terapi Bermain Hospital Story Terhadap Kecemasan Pada Anak Usia Prasekolah Di Ruang Rawat Inap Rsud Patut Patuh Patju Kabupaten Lombok Barat Tahun 2018. *Prima*, 5(1): 1–8.
- Pardede, J.A. 2020. Kesiapan Peningkatan Perkembangan Anak Usia Sekolah.
- Permana, B. 2017. *Pengaruh Terapi Musik (Lagu Anak-Anak) Terhadap Kecemasan Pada Anak Usia Prasekolah Akibat Hospitalisasi Di RS Amal Sehat Wonogiri*. Universitas Muhammadiyah Semarang.
- Porter, H.R. 2015a. *Recreational Therapy Basics, Techniques And Interventions*. Enumclaw: Idyll Arbor, Inc.
- Porter, H.R. 2015b. *Recreational Therapy for Specific Diagnoses and Conditions*. Enumclaw: Idyll Arbor, Inc.

- Pulungan, I.M. 2020. *Respon Kecemasan Anak Usia Sekolah saat Pemasangan Infus Berdasarkan Perspektif Orang Tua di Kota Medan*. Universitas Sumatera Utara.
- Rahmnia, D.R., Apriliyani, I. & Kurniawan, W.E. 2024. Gambaran Tingkat Kecemasan Akibat Hospitalisasi pada Anak dengan Tindakan Invasif. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 6(2): 625–634.
- Ralph-Nearman, C., Achee, M., Lapidus, R., Stewart, J.L. & Filik, R. 2019. A systematic and methodological review of attentional biases in eating disorders: Food, body, and perfectionism. *Brain and Behavior*, 9(12): 1–22.
- Rofiqoh, S. & Isytiroh 2016. Prediktor Kecemasan Anak Usia Sekolah Yang Dirawat Di Rumah Sakit Kabupaten Pekalongan. *Journal Pena Medika*, 6(2): 112–124.
- Rukmanawati, F. 2019. *Gambaran Faktor-Faktor yang Menyebabkan Kecemasan Anak pada Tindakan Pencabutan Gigi di Puskesmas Godean I*. Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta.
- Salsabila, P., Anggraini, I.R., Alifatin, A. & Aini, N. 2022. Play Therapy to Reduce Anxiety in Children During Hospitalization: A Literature Review. *KnE Medicine*, 2022: 765–773.
- Saputro, H. & Fazrin, I. 2017. *Anak Sakit Wajib Bermain di Rumah Sakit: Penerapan Terapi Bermain Anak Sakit; Proses, Manfaat dan Pelaksanaannya*. Jakarta: Forum Ilmiah Kesehatan (FORIKES).
- Senja, A., Abdillah, I.L. & Santoso, E.B. 2020. *Keperawatan Pediatri*. Yogyakarta: Bumi Medika.
- Setiana, H.A. & Nuraeni, R. 2021. *Riset Keperawatan*. Cirebon: Lovrinz Publishing.
- Siahaan, E.R. & Juniah 2022. Pengaruh Terapi Bermain Mewarnai Terhadap kecemasan Pada Anak Usia Prasekolah Akibat Hospitalisasi. *Jurnal Keperawatan Bunda Delima*, 4(2): 14–19.
- Sitorus, M., Utami, T.A. & Prabawati, F.D. 2020. Hubungan Hospitalisasi dengan Tingkat Stres pada Anak Usia Sekolah di Unit Rawat Inap RSUD Koja Jakarta Utara. *Health Information : Jurnal Penelitian*, 12(2): 152–160.
- Siwahyudati & Zulaicha, E. 2017. *Hubungan Frekuensi Hospitalisasi Dengan Tingkat Kecemasan Anak Usia Sekolah Di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Solikhah, U. 2011. Therapeutic Peer Play Sebagai Upaya Menurunkan Kecemasan Anak Usia Sekolah Selama Hospitalisasi. *The Soedirman Journal of Nursing*, 6(1): 20–30. Tersedia di <https://media.neliti.com/media/publications/108744-ID-therapeutic-peer-play-sebagai-upaya-menu.pdf>.

- Sopha, R.F. & Amalia Wildani, A. 2022. Penggunaan Robot Keperawatan Untuk Menurunkan Emosi Negatif Pada Anak Yang Menjalani Hospitalisasi: Literature Review. *Jurnal Ilmu Kesehatan Dharmas Indonesia*, 2(1): 1–8.
- Sugiyono 2014. *Metode Penelitian kuantitatif, kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Umi Solikhah 2011. Therapeutic Peer Play Sebagai Upaya Menurunkan Kecemasan Anak Usia Sekolah Selama Hospitalisasi. *The Soedirman Journal of Nursing*, 6(1): 20–30.
- Walansendow, P.I.M., Mulyadi & Hamel, R. 2016. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Prestasi Anak Usia Sekolah Di Sd GMIM Tumpengan Sea Dua Kecamatan Pineleng. *e-journal Keperawatan (e-Kp)*, 4(2): 1–23.
- Weningtyastuti, K. 2020. *Pengaruh Alat Permainan Edukatif Terhadap Kecemasan Praoperasi Pada Anak Usia Sekolah di RS PKU Muhammadiyah Gamping*. Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta.
- Yunita 2021. *Gambaran Tingkat Kecemasan Anak Saat Menjalani Hospitalisasi di RS. Ilam Siti Khadijah Palembang*. Universitas Sriwijaya.

