

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian dan pembahasan tentang pengaruh kegiatan bermain terhadap skor kecemasan pada lansia paska bencana di dusun Kaliadem, Kepuharjo, Cangkringan, Yogyakarta sejak bulan April hingga Juni 2013. Penelitian melibatkan 17 orang pada kelompok perlakuan dan 20 orang pada kelompok kontrol.

Data yang disajikan dalam bentuk diagram, tabel dan narasi. Penyajian hasil penelitian dibagi dalam 3 bagian, yaitu: 1) gambaran lokasi penelitian, 2) gambaran paska erupsi merapi, 3) data karakteristik umum responden, 4) data khusus menampilkan pengaruh kegiatan bermain terhadap skor kecemasan lansia.

#### A. Hasil Penelitian

##### 1. Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Desa Kepuharjo, Cangkringan, Sleman, Yogyakarta. Desa Kepuharjo berada sekitar 7 km arah utara Kecamatan Cangkringan dan 27 km arah timur laut Ibukota Sleman mempunyai akses transportasi darat yang cukup baik dengan daerah-daerah lain disekitarnya. Letak geografis Desa Kepuharjo berada pada koordinat  $07^{\circ}40'42.7''\text{LS}$ - $07^{\circ}43'00.9''\text{LS}$  dan  $110^{\circ}27'59.9''\text{BT}$ - $110^{\circ}28'51.4''\text{BT}$ .

Lokasi penelitian, apabila dilihat dari topografi, ketinggian wilayah Kepuharjo berada pada 600-1200 m dari permukaan air laut dengan curah hujan rata-rata 2500mm/tahun serta suhu rata-rata per tahun

adalah 16-17°C. Desa Kepuharjo dilalui Sungai Gendol yang merupakan sungai pengalir air serta material-material dari erupsi Gunung Merapi.

Desa Kepuharjo terletak di Kecamatan Cangkringan Kabupaten Sleman dengan batas sebelah utara yaitu Taman Nasional Gunung Merapi, sebelah selatan yaitu Desa Wukirsari, sebelah barat yaitu dengan Desa Umbulharjo, serta sebelah timur yaitu dengan Desa Glagaharjo. Luas wilayah Desa Kepuharjo adalah 875 Ha terbagi dalam luas bangunan umum, jalan, ladang, permukiman, perkuburan, tempat wisata, lapangan golf, lapangan olah raga dan hutan. Luas lahan yang diperuntukan bangunan umum adalah seluas 1.6880 Ha, untuk jalan seluas 5.2237 Ha, untuk sawah seluas 260.3075 Ha, untuk permukiman seluas 1.0600 Ha, dan untuk lainnya 189.300 Ha.

## **2. Gambaran Pasca Erupsi Merapi**

Erupsi dari gunung Merapi (dengan ketinggian puncak 2968mdpl per 2006), yang melanda bagian utara Yogyakarta pada tahun 2010 memberikan berbagai macam dampak kepada para korban bencana. Dampak yang terjadi bisa berupa bentuk material, kesehatan fisik dan psikologis korban bencana. Dinas kesehatan kabupaten Sleman mencatat sebanyak 756 korban bencana erupsi merapi mengalami gangguan jiwa sehingga membutuhkan pendampingan yang kontinyu, dari 756 orang yang mengalami gangguan jiwa, 52 orang mengalami gangguan jiwa berat dan sisanya mengalami gangguan jiwa ringan sampai sedang. Hal tersebut

dipacu oleh akibat dari bencana yang memungkinkan memberikan rasa duka cita yang mendalam bagi para korban bencana.

Menurut Wijayanti, Punik M *et al*, dampak erupsi merapi sangat mengganggu bagi kesehatan paru dan kulit. Hancurnya lahan pertanian juga secara tidak langsung mempengaruhi aspek ekonomi keluarga dan juga akan mempengaruhi kondisi kesehatan anak dan lansia. Hilangnya mata pencaharian para petani rumput dan juga peternak dapat mengakibatkan kerentanan pada kesehatan dan rendahnya kualitas kesehatan kesehatan dapat mempengaruhi kemampuan masyarakat untuk lepas dari belenggu kelemahan ekonomi yang dideritanya.

### **3. Data Karakteristik Umum Responden**

Subyek untuk kelompok kontrol adalah para lansia yang tinggal di Huntap Dusun Jambu, Kecamatan Cangkringan, Yogyakarta sejumlah 20 orang, sedangkan untuk kelompok intervensi adalah para lansia yang tinggal di Huntap Dusun Kaliadem Kecamatan Cangkringan, Yogyakarta sejumlah 17 orang. Adapun karakteristik subyek penelitian adalah seperti

Tabel 2. Data Karakteristik Subyek Penelitian

Karakteristik	Kontrol		Intervensi	
	N	%	N	%
<b>Jenis kelamin</b>				
a. Pria	4	20	4	23,5
b. Wanita	16	80	13	76,5
<b>Umur</b>				
a. Usia lanjut (60-74)	15	75	14	82,4
b. Tua (74-90)	5	25	3	17,6
<b>Pekerjaan</b>				
a. Buruh	5	25	2	11,8
b. Petani	8	40	0	0
c. Pedagang	2	10	1	5,9
d. Tidak bekerja	5	25	14	82,4
<b>Pendidikan</b>				
a. SD	4	20	6	35,3
b. Tidak sekolah	16	80	11	64,7
<b>Status Perkawinan</b>				
a. Menikah	6	30	13	76,5
b. Cerai meninggal	14	70	3	17,6
c. Tidak menikah	0		1	5,9
<b>Status Tinggal</b>				
a. Dengan keluarga	14	70	14	82,4
b. Sendiri	6	30	3	17,6

Dari tabel 2 diatas, dapat digambarkan bahwa subyek pada kelompok kontrol paling banyak berjenis kelamin wanita antara 60-74 tahun. Data tersebut menggambarkan pula riwayat pendidikan rata-rata adalah tidak bersekolah, berrmatapencapaian tersebar beragam, serta rata-rata masih tinggal bersama keluarganya. Begitu pula pada kelompok intervensi, subyek paling banyak berjenis kelamin wanita antara 60-74 tahun dengan riwayat pendidikan rata-rata tidak bersekolah, berrmatapencapaian banyak serta rata-rata masih tinggal bersama

#### 4. Gambaran Kecemasan Lansia

##### a. Kelompok Kontrol

Hasil skor *pretest* dan *post test* kecemasan pada kelompok kontrol disajikan dalam tabel di bawah ini,

Tabel 3. Data Skor Kecemasan pada *Pre Test* dan *Post Test* Kelompok Kontrol

Responden	TMAS		Responden	TMAS	
	pretest	post test		pretest	post test
A	12	20	K	7	9
B	10	9	L	8	12
c	6	6	M	12	11
D	8	17	N	9	10
E	16	16	O	8	14
F	17	14	P	7	10
G	17	10	Q	16	9
H	11	19	R	10	8
I	11	10	S	8	7
J	10	11	T	8	7

Analisa data menggunakan SPSS ini diawali dengan uji normalitas. Fungsinya untuk mengetahui apakah data yang dimiliki terdistribusi normal atau tidak, sehingga setelah mengetahui distribusi datanya akan dapat ditentukan jenis uji hipotesis mana yang akan digunakan. Uji normalitas pada kelompok kontrol ini menggunakan metode analitik dengan parameter *Shapiro-Wilk* karena jumlah sampel penelitian termasuk sampel kecil yaitu  $\leq 50$  sampel. Hasil yang diperoleh dari uji normalitas pada kelompok kontrol ini adalah 0,015 untuk data *pre test* dan 0,076 untuk data *post test*, sehingga dapat dikatakan untuk data *pre test* terdistribusi tidak normal (nilai signifikansi atau probabilitas  $\leq 0,05$ ) dan untuk data *post test*

terdistribusi normal (nilai signifikansi atau probabilitas  $>0,05$ ). Teorinya, jika ada salah satu data yang tidak terdistribusi normal (dalam hal ini data *post test*) pada satu uji normalitas meskipun data lainnya terdistribusi normal (dalam hal ini data *pre test*) maka kesimpulan yang ditetapkan persebaran data tetap dinyatakan terdistribusi tidak normal. Oleh karena data tidak terdistribusi normal, maka jenis uji hipotesis yang digunakan untuk kelompok kontrol ini adalah uji hipotesis non parametrik yaitu *Wilcoxon test*. Hasil uji hipotesis dengan *Wilcoxon test* didapatkan nilai signifikansi sebesar 0,443 (P value  $>0,05$ ) sehingga dapat disimpulkan bahwa  $H_0$  diterima,  $H_1$  ditolak untuk kelompok kontrol, artinya tidak ada perbedaan yang bermakna pada penurunan rata-rata skor kecemasan antara lansia pada kelompok kontrol.

b. Kelompok Intervensi

Hasil skor pretest dan *post test* kecemasan pada kelompok intervensi disajikan dalam tabel di bawah ini

Tabel 4. Data Skor Kecemasan pada *Pre Test* dan *Post Test* Kelompok Intervensi

Responden	TMAS		Responden	TMAS	
	pretest	post test		pretest	post test
A	16	14	J	13	6
B	5	10	K	16	9
c	15	12	L	10	9
D	14	4	M	7	10
E	9	8	N	8	4
F	7	6	O	12	8
G	11	15	P	9	6
H	11	10	Q	10	4
I	9	10			

Analisa data menggunakan SPSS ini diawali dengan uji normalitas. Fungsinya untuk mengetahui apakah data yang dimiliki terdistribusi normal atau tidak, sehingga setelah mengetahui distribusi datanya akan dapat ditentukan jenis uji hipotesis mana yang akan digunakan. Uji normalitas pada kelompok intervensi ini menggunakan metode analitik dengan parameter *Shapiro-Wilk* karena jumlah sampel penelitian termasuk sampel kecil yaitu  $\leq 50$  sampel. Hasil yang diperoleh dari uji normalitas pada kelompok intervensi ini adalah 0,876 untuk data *pre test* dan 0,32 untuk data *post test*, sehingga dapat dikatakan untuk data *pre test* terdistribusi normal (nilai signifikansi atau probabilitas  $> 0,05$ ) dan untuk data *post test* terdistribusi normal (nilai signifikansi atau probabilitas  $> 0,05$ ). Oleh karena data terdistribusi normal, maka jenis uji hipotesis yang digunakan untuk kelompok intervensi ini adalah uji hipotesis parametrik yaitu *paired T test*. Hasil uji hipotesis dengan *paired T test* didapatkan nilai

signifikansi sebesar 0,186 ( $P$  value  $>0,05$ ) sehingga dapat disimpulkan bahwa  $H_0$  diterima,  $H_1$  ditolak untuk kelompok intervensi, artinya tidak ada perbedaan yang bermakna pada penurunan rata-rata skor kecemasan antara lansia pada kelompok intervensi.

c. Perbandingan Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi

Uji selanjutnya adalah membandingkan apakah terdapat perbedaan yang bermakna pada penurunan rata-rata skor kecemasan antara kelompok yang diberikan intervensi dengan kelompok kontrol, maka diperlukan uji analisa data menggunakan SPSS kembali. Cara yang digunakan adalah dengan membandingkan selisih skor kecemasan yang didapat antara *pre test* dan *post test* pada kelompok kontrol dengan selisih skor kecemasan yang didapat antara *pre test* dan *post test* pada kelompok intervensi. Analisa data ini diawali dengan uji normalitas terlebih dahulu seperti langkah sebelumnya, sehingga dapat diketahui apakah data yang dimiliki terdistribusi normal atau tidak. Uji normalitas kali ini masih menggunakan metode analitik dengan parameter *Shapiro-Wilk* karena jumlah sampel penelitian termasuk sampel kecil yaitu  $\leq 50$  sampel dan hasil yang diperoleh adalah 0,288 sehingga dapat dikatakan data terdistribusi normal (nilai signifikansi atau probabilitas  $>0,05$ ). Oleh karena data terdistribusi normal, maka jenis uji hipotesis yang digunakan adalah uji hipotesis parametrik yaitu *independent T test*. Tahapan pertama yang dilakukan untuk mengambil kesimpulan adalah membuat hipotesis sebagai berikut  $H_0 =$  tidak ada

perbedaan yang bermakna pada penurunan rata-rata skor kecemasan lansia antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi dan  $H_1 =$  ada perbedaan yang bermakna pada penurunan rata-rata skor kecemasan lansia antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi. Selanjutnya kita lihat nilai probabilitas untuk menentukan  $H_0$  diterima/ditolak atau  $H_1$  diterima/ditolak dimana apabila probabilitas  $> 0,05$  maka  $H_0$  diterima dan  $H_1$  ditolak dan apabila probabilitas  $< 0,05$  maka  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima. Langkah terakhir untuk mengambil suatu keputusan dilihat dari *Asymp. Sig. (2-tailed)* dan dari hasil pada *Asymp. Sig. (2-tailed)* yaitu menunjukkan hasil 0,109 sehingga dapat disimpulkan bahwa  $H_0$  diterima dan  $H_1$  ditolak, artinya tidak ada perbedaan yang bermakna pada penurunan rata-rata skor kecemasan lansia pada kelompok yang diberikan intervensi dibandingkan kelompok kontrol.

## B. Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dijabarkan di atas, kegiatan bermain tidak memberikan perbedaan yang bermakna pada penurunan rata-rata skor kecemasan lansia antara kelompok yang diberikan intervensi (kelompok intervensi) dibandingkan kelompok yang tidak diberikan intervensi (kelompok kontrol). Hal ini dapat dibuktikan dengan melihat perubahan nilai *mean* skor kecemasan pada saat *pre test* dengan *post test* pada masing-masing kelompok yang dirangkum pada tabel berikut ini

Tabel 5. Nilai Rata-Rata Skor Kecemasan pada *Pre Test* dan *Post Test* Kelompok Kontrol dan Intervensi

	Rata-rata		Selisih
	<i>Pre test</i>	<i>Post test</i>	
Kontrol	10.55	11.45	0,9
Intervensi	10.12	8.53	-1.59

Tabel diatas menunjukkan bahwa terdapat penurunan nilai rata rata pada pada kelompok intervensi, yang artinya dapat dikatakan adanya penurunan kecemasan lansia pada kelompok intervensi berdasarkan penilaian skor TMAS namun tidak signifikan setelah melalui uji statistik.

Penurunan skor kecemasan pada kelompok intervensi dipengaruhi beberapa hal terutama dari jenis permainan yang diaplikasikan, yaitu permainan otak. Permainan ini dapat memberikan efek bahagia, memacu interaksi sosial antar pemain dan merangsang fungsi memori dan berpikir. Rangsangan penerimaan informasi jenis tertentu, khususnya pengalaman yang tidak biasa akan menghasilkan aktivitas - aktivitas baru dalam sel saraf. Hal ini akan memicu molekul – molekul perangsang pertumbuhan (*neurotrophin*) dalam jumlah besar. Jumlah *neurotrophin* yang dihasilkan sel – sel saraf diatur oleh seberapa aktif sel – sel ini berfungsi (Schaffer, 2007)

Rangsangan memori dan berpikir dapat meningkatkan fungsi kognitif yang mungkin dapat dihubungkan dengan penurunan kecemasan. Hal ini dapat dikaitkan dengan teori *neurotransmitter* yang menyebutkan bahwa penurunan fungsi kognitif berbanding lurus dengan penurunan aktivitas dopamin, glutamat dan asetil kolin. Hal tersebut mungkin dapat menyebabkan suatu kondisi kecemasan karena aktivitas dopamin dapat menjadi rendah pada keadaan cemas (Kaplan & Sadock, 1997). Sehingga dapat ditarik suatu garis

besar hubungan antara stimulasi otak, peningkatan fungsi kognitif dengan penurunan kecemasan.

Lansia mengalami perubahan biologis pada beberapa organ, salah satunya pada otak. Lansia dengan usia sekitar 80 tahun, dapat mengalami penurunan otak berat baik dari berat maupun fungsi kira kira 17% (Kaplan & Sadock, 1997). Beberapa penelitian, seperti pada salah satu penelitian *Regional Brain Changes in Aging Healthy Adults* oleh Naftali Raz, Ulman Lindenberger, Karen M. Rodrigue, Kristen M Kennedy, Denise Head, Adrienne Williamson pada tahun 2005 membuktikan bahwa dengan mengukur perubahan yang terjadi pada regional otak selama lima tahun, terjadi peningkatan penyusutan *cerebellum*, *entorhinal cortices*, *inferior temporal cortex*, dan *hippocampus* pada usia menengah menuju usia tua. Penurunan kemampuan mental yang dialami oleh banyak orang tidak disebabkan oleh cepatnya sel – sel saraf mengalami kematian. Penurunan tersebut disebabkan berkurangnya jumlah dan kompleksitas dendrit yang secara langsung menerima dan memproses informasi dari sel – sel saraf lainnya dan akan membentuk dasar memori (ingatan). Jika koneksi – koneksi jaringan saraf tersebut tidak dihidupkan secara teratur, maka dendrit – dendrit tersebut dapat mengalami *atrophia*. Hal ini dapat mengurangi kemampuan otak untuk memasukan informasi baru ke dalam memori dan juga untuk mempertahankan informasi yang sudah lama sekali. Penyusutan regional otak mungkin berpengaruh pada kemampuan otak menerima rangsangan dari aplikasi permainan. Hal ini mungkin menjadi salah satu alasan

ketidakbermaknaannya hasil pengujian statistik antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Menurut Jahja (2011), perubahan lain yang terjadi pada lansia yang berkaitan dengan aplikasi kegiatan bermain yaitu terjadi perubahan kemampuan motorik dan perubahan mental, antara lain:

a. Kekuatan

Penurunan kekuatan yang paling nyata adalah pada kelenturan otot-otot tangan bagian depan dan otot-otot yang menopang tegaknya tubuh. Selain itu pada orang usia lanjut juga cenderung menjadi canggung dan kagok. Pada aplikasi permainan, dibutuhkan sedikit usaha yang membutuhkan kekuatan. Contohnya pada aplikasi permainan *charade*, lansia diminta untuk membuat gerakan yang sesuai dengan instruksi yang diminta, sehingga pada aplikasi permainan jenis ini mendapatkan sedikit hambatan bagi lansia yang sudah tidak mampu memenuhi instruksi permainan.

b. Kecepatan

Penurunan kecepatan dalam bergerak bagi orang usia lanjut dapat dilihat dari tes terhadap waktu reaksi dan keterampilan dalam bergerak, seperti dalam menulis tangan. Kecepatan dalam bergerak tampak sangat mengurun setelah usia 60 tahun.

c. Belajar keterampilan baru

Orang lanjut usia membutuhkan waktu yang lebih lama dalam belajar keterampilan baru. Jenis permainan yang dianlikasikan yaitu

*puzzle, charade, family genogram*, dan plastisin merupakan suatu hal yang baru bagi orang usia lanjut. sehingga walaupun pada *The Efficacy of Play Therapy on ADHD, Anxiety, and Social Maturity in 8 to 12 Years Aged Clientele Children of Ahwaz Metropolitan Counseling Clinic* oleh F. Naderi, A. Heidarie, L. Bouron, dan P. Asgari pada tahun 2010 menyebutkan bahwa aplikasi bermain selama 10 kali dapat menurunkan skor kecemasan pada anak-anak secara signifikan, hal ini akan menjadi berbeda hasilnya jika diaplikasikan pada orang usia lanjut.

d. Kreativitas

Kapasitas atau keinginan yang diperlukan untuk berfikir kreatif cenderung berkurang. Teori ini menunjukkan bahwa prestasi kreativitas dalam menciptakan hal-hal baru pada orang usia lanjut secara umum relatif kurang dibanding mereka yang lebih muda. Aplikasi permainan plastisin membutuhkan kreativitas dan imajinasi untuk menghasilkan bentuk yang diinginkan.

e. Ingatan dan mengingat kembali.

Orang berusia lanjut pada umumnya cenderung lemah dalam mengingat hal-hal yang baru dipelajari. Sebagian dari ini disebabkan oleh fakta bahwa mereka tidak selalu termotivasi dengan kuat untuk mengingat - ingat sesuatu dan merasa kurang percaya diri akan kemampuan mengingat kembali. Sedangkan ketahanan ini dibutuhkan

Pada penelitian *The Efficacy of Play Therapy on ADHD, Anxiety, and Social Maturity in 8 to 12 Years Aged Clientele Children of Ahwaz Metropolitan Counseling Clinic* oleh F. Naderi, A. Heidarie, L. Bouron, dan P. Asgari pada tahun 2010, aplikasi permainan selama 1 jam dengan 10 kali pertemuan secara signifikan dapat menurunkan kecemasan pada anak-anak. Penelitian Pengaruh Terapi Bermain Terhadap Tingkat Kecemasan Anak Usia Prasekolah Selama Tindakan Keperawatan di Ruang Lukman Rumah Sakit Roemani Semarang oleh Dera Alfiyanti, Tri Hartiti, dan Amin Samiasih pada tahun 2007 juga membuktikan hal yang sama, namun jika dibandingkan dengan subyek penelitian yang peneliti gunakan, mungkin dikarenakan adanya kondisi penyusutan regional otak seiring dengan bertambahnya usia serta faktor lain yang sudah disebutkan diatas menjadikan aplikasi permainan pada lansia tidak memberikan pengaruh yang sama dibandingkan dengan anak-anak. Teori dari sudut pandang lain, yaitu teori *neurotransmitter* menunjukkan bahwa serotonin berperan dalam menyebabkan kecemasan terutama peningkatan aktivitas serotonin di beberapa area utama otak seperti *raphe nucleus, hypothalamus, thalamus, basal ganglia*, dan sistem limbik yang berkaitan dengan kecemasan (Shives, 2005). Maka dari itu, untuk menurunkan kecemasan, diperlukan usaha untuk menghambat ambilan dan metabolisme serotonin, sehingga meningkatkan konsentrasi serotonin pada celah sinaptik (Kaplan&Sadock, 1997). Bermain dapat memberikan perasaan senang, yang menyebabkan produksi serotonin, GABA dan ketokelamin meningkat. Pernyataan tersebut menunjukkan bahwa secara teoritis kegiatan

bermain yang dapat memberikan perasaan senang akan memberikan efek pada metabolisme neurotransmitter yang berpengaruh pada kondisi psikologis lansia, namun efek psikologis tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor pula, beberapa contohnya adalah usia dan jenis permainan yang diaplikasikan.

Kelompok perlakuan memiliki komposisi lansia terbanyak yang berusia 60 – 74 tahun (82,4%), tidak bekerja 82,4%, dan riwayat pendidikan tidak bersekolah 64,7%. Hal ini juga dapat mempengaruhi kemampuan lansia tersebut dalam menerima intervensi yang diberikan.

### **C. Kesulitan Penelitian**

Berbagai kelemahan dan Kesulitan dalam penelitian efektivitas kegiatan bermain terhadap penurunan skor kecemasan pada lansia didaerah paska bencana, diantaranya sebagai berikut :

1. Tidak memungkinkannya membuat kondisi atau aktivitas sehari-hari masing-masing individu antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi diluar penelitian sama persis sehingga sangat mungkin kondisi atau aktivitas sehari-hari yang berbeda pada masing-masing individu ini di masing-masing kelompok tersebut yang turut mempengaruhi hasil dari penelitian.
2. Keterbatasannya kemampuan bahasa daerah yang dimiliki oleh peneliti cukup menjadi kesulitan dari penelitian ini karena mempengaruhi kelancaran dalam berkomunikasi antara peneliti dengan subjek penelitian. Para lansia yang menjadi subjek penelitian kali ini terbiasa menggunakan bahasa jawa sebagai bahasa berkomunikasi sehari-hari

Meskipun ada beberapa yang bisa menggunakan bahasa Indonesia, namun mayoritas dari subjek penelitian tetap hanya fasih dalam bahasa Jawa. Akhirnya, solusi untuk kesulitan ini adalah peneliti ditemani oleh para kader lansia yang bisa berbahasa Indonesia sehingga mereka yang akan membantu menjelaskan arti dalam obrolan antara peneliti dan subjek penelitian.

3. Tidak memungkinkannya membuat masing-masing individu pasti mendapatkan waktu perlakuan yang sama pada saat intervensi, dikarenakan intervensi dilakukan secara berkelompok sehingga terkadang ada sebagian individu yang aktif yang mendominasi.
4. Jenis permainan yang didiskusikan pada setiap sesi di modul aplikasi kegiatan bermain, yang dibuat untuk dijadikan panduan penelitian mungkin akan selalu butuh modifikasi yang harus disesuaikan dengan karakteristik responden dan budaya setempat.
5. Adanya faktor pengganggu lainnya seperti beragamnya status pendidikan, riwayat penyakit dan tipe kepribadian yang juga berpotensi mempengaruhi kelancaran dalam proses intervensi sehingga mempengaruhi pula hasil dari penelitian ini.
6. Jarak tempat penelitian yang cukup jauh dan cuaca yang tidak bisa