

**EFEKTIFITAS PENERAPAN INTERVENSI TERAPI BERMAIN *PUZZLE*
TERHADAP PENURUNAN TINGKAT KECEMASAN ANAK USIA
PRASEKOLAH (3-6 TAHUN) AKIBAT HOSPITALISASI DI RUANG
MELATI RSUD ABDUL
WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Untuk memenuhi satu syarat memperoleh Ners



PROGRAM PROFESI NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA

SAMARINDA

2019

LEMBAR PENGESAHAN

**EFEKTIFITAS PENERAPAN INTERVENSI INOVASI BIBLIOTERAPI
BUKU CERITA BERGAMBAR TERHADAP PENURUNAN TINGKAT
KECEMASAN ANAK USIA PRASEKOLAH (3-5 TAHUN) DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN ANSIETAS DIRUANG MELATI
RUMAH SAKIT ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh :

DITA MAULINA PUSPA BELLA

NIM : P180709

Telah berhasil dipertahankan di hadapan dewan penguji

Pada Tanggal 18 Desember 2019

Penguji I,
Ns. Elly Fadly, S.Kep :
NIK. 19890414.201208.2.C2.374

Penguji II,
Ns. Aries Abiyoga, S.Kep., M.Kep :
NIK. 113072.86.18.128

Mengesahkan
Ketua Stikes Wiyata Husada
Samarinda

Mengetahui
Ketua Program Studi

Ns. Edy Mulyono, S.pd., S.Kep.,
M.Kep
NIK. 113072.74.13.045

Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep
NIK. 113072.86.13.071

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Melisa Damayanti

NIM : P180730

Program Studi : Ners

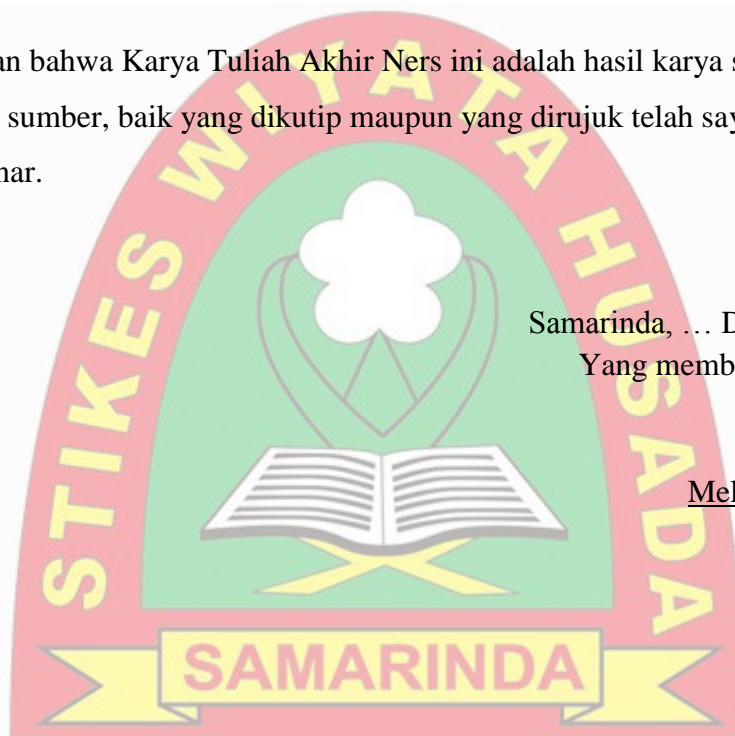
Judul Laporan Tugas Akhir : Efektifitas Penerapan Intervensi Terapi Bermain *Puzzle* Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Anak Usia Prasekolah (3-6 Tahun) Akibat Hospitalisasi Di Ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Menyatakan bahwa Karya Tulis Akhir Ners ini adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber, baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Samarinda, ... Desember 2019

Yang membuat pernyataan

Melisa Damayanti



KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT atas karunia dan rahmat-Nya sehingga penelitian yang berjudul efektifitas penerapan intervensi terapi bermain puzzle terhadap penurunan tingkat kecemasan anak usia prasekolah (3-6 tahun) akibat hospitalisasi di Ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners pada Program Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Saya menyadari kekurangan dan keterbatasan dalam hal pengetahuan dan wawasan yang dimiliki, oleh karena itu tanpa adanya bantuan berbagai pihak khususnya pembimbing maka karya tulis akhir ners ini dapat terselesaikan. Dalam kesempatan ini ijin penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada yang terhormat :

1. H. Mujito Hadi, selaku Ketua Yayasan Stikes Wiyata Husada Samarinda, yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti pendidikan di program studi ilmu keperawatan.
2. Ns. Edy Mulyono, S.Pd, S.Kep, M.Kep selaku Ketua Stikes Wiyata Husada Samarinda, yang telah memberikan kesempatan dan dukungan untuk mengikuti dan menyelesaikan penelitian ini.
3. Ns. Rusdi, S.Kep, M.Kep selaku Ketua Program Studi Keperawatan yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti pendidikan di program studi ilmu keperawatan.
4. Ns. Aries Abiyoga, S selaku pembimbing 1 yang dengan penuh kesabaran telah membimbing, mengarahkan serta memberikan masukan dalam menyusun dan menyelesaikan Kian ini.
5. Dr. David Hariadi Masjhoer, Sp. OT selaku Direktur RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk melakukan penelitian.
6. Iswanti, SST. Selaku kepala ruangan melati dan pembimbing II yang telah membimbing, mengarahkan serta memberikan masukan dalam menyusun dan menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dan juga sebagai penguji utama yang sangat membantu karena saran dan kritik yang telah diberikan. Seluruh

Staf Perawat di Ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda atas pengertian dan dukungan selama menyelesaikan karya tulis ini.

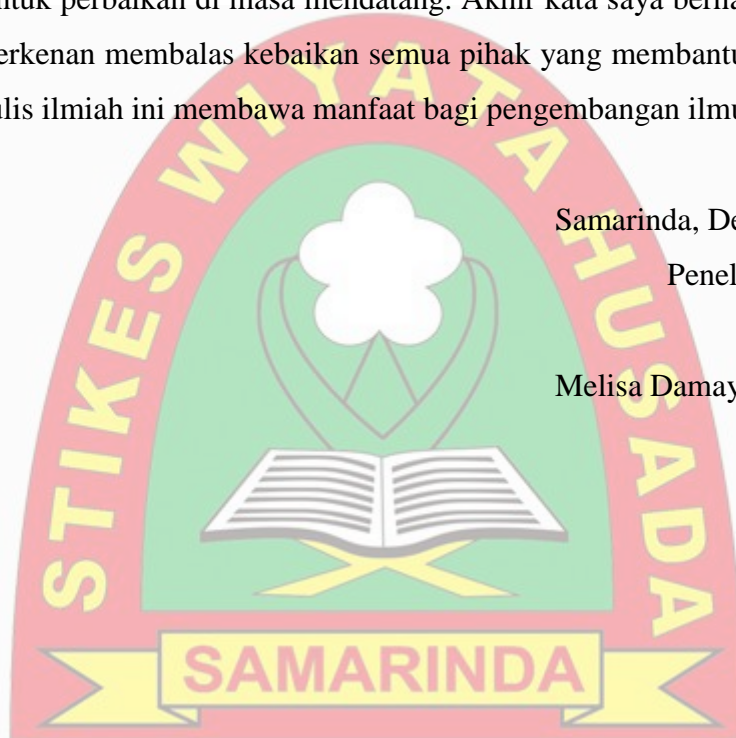
7. Untuk kedua orang tua Masdari & Salmiah (alm) yang telah memberikan support dan dukungan sampai di titik ini.
8. Seluruh Teman-teman Program Profesi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda. Terimakasih untuk kebersamaan, pertemanan, dukungan, masukan dan motivasinya yang telah diberikan selama ini..

Penulis menyadari bahwa penyusun karya tulis ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran untuk perbaikan di masa mendatang. Akhir kata saya berharap Allah SWT berkenan membalas kebaikan semua pihak yang membantu, semoga karya tulis ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Samarinda, Desember 2019

Peneliti

Melisa Damayanti, S.Kep



LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Melisa Damayanti

NIM : P180730

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada STIKES Wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Efektifitas Penerapan Intervensi Terapi Bermain *Puzzle* Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Anak Usia Prasekolah (3-6 Tahun) Akibat Hospitalisasi Di Ruang Melati Rsud Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

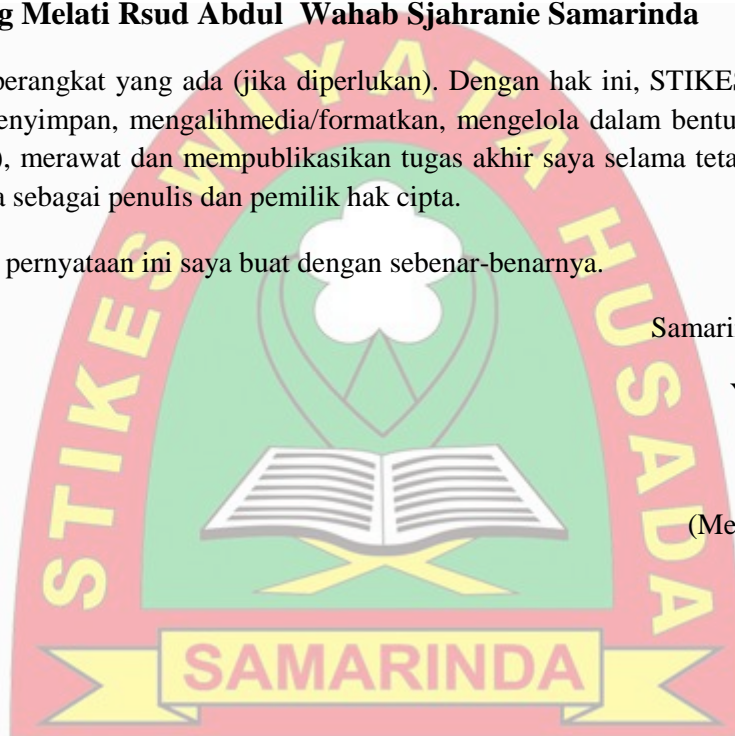
Berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, STIKES Wiyata Husada berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Samarinda, Januari 2020

Yang menyatakan

(Melisa Damayanti)



ABSTRAK

Efektifitas Penerapan Intervensi Terapi Bermain Puzzle Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Anak Usia Prasekolah (3-6 tahun) Akibat Hospitalisasi Diruang Melati Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Melisa Damayanti¹, Aries Abiyoga², Iswanti³

Latar Belakang : Anak dengan kecemasan yang mengalami hospitalisasi dengan berbagai penyakit dan tindakan medis memiliki dampak yang berkepanjangan bahkan setelah anak beranjak dewasa. Untuk mengurangi kecemasan diberikan bermain Puzzle.

Tujuan : untuk melakukan analisa terhadap melalui intervensi pemberian terapi bermain terhadap penurunan tingkat kecemasan akibat hospitalisasi pada anak prasekolah di Ruang Perawatan Anak **Metode** : sebuah studi kasus kepada anak perempuan berusia 3 tahun dengan diagnosa medis Luka Bakar grade II, pemberian terapi bermain puzzle dengan metode pre-expremental menggunakan rancangan One-group pre-post test, intrumen menggunakan lembar observasi kecemasan.

Hasil : Berdasarkan pengkajian, diagnosa keperawatan yang muncul yaitu nyeri, gangguan mobilitas fisik, gangguan integritas kulit, ansietas dan risiko infeksi. Masalah keperawatan tersebut dapat teratasi selama 3 hari pemberian asuhan keperawatan. Terdapat perubahan tingkat kecemasan pada klien.

Kesimpulan : Terdapat signifikasi pemberian terapi bermain puzzle dapat menurunkan tingkat kecemasan pada anak usia prasekolah.

Saran : pemberian terapi bermain puzzle dapat dijadikan cara yang efektif untuk intervensi kecemasan akibat hospitalisasi. Dukungan orang tua saat anak menjalani rawat inap sangat dibutuhkan dengan cara menemani anak selama dirawat dan mendampingi anak saat dilakukan tindakan keperawatan.

Kata Kunci : Hospitalisasi, Kecemasan, bermain puzzle

¹Mahasiswa Program Profesi Ners, STIKES Wiyata Husada Samarinda

²Dosen, STIKES Wiyata Husada Samarinda

³Pembimbing Klinik, RSUD Abdul Wahab Sjahranie

ABSTRAK

Effectiveness of the Application of Puzzle Play Intervention Therapy Against Decreased Anxiety Level Preschoolers (3-6 years) Due to Hospitalization in the Room of Jasmine Abdul Wahab Sjahranie Hospital Samarinda

Melisa Damayanti¹, Aries Abiyoga², Iswanti³

Background: Children with anxiety who experience hospitalization with various illnesses and medical measures have a prolonged impact even after the child is growing up. To reduce anxiety given playing Puzzle.

Objective: to conduct an analysis of intervention through the provision of play therapy to reduce the level of anxiety due to hospitalization in preschool children in the Child Care Room Method: a case study for girls aged 3 years with medical diagnosis of Burns Grade II, providing puzzle play therapy with pre methods -expremental using a One-group pre-post test design, instruments using anxiety observation sheets.

Results: Based on the assessment, nursing diagnoses that appeared were pain, physical mobility disorders, skin integrity disorders, anxiety and risk of infection. Nursing problems can be overcome for 3 days of nursing care. There is a change in the level of anxiety in the client.

Conclusion: There is a significance of providing puzzle play therapy can reduce anxiety levels in preschool children.

Suggestion: administration of puzzle play therapy can be an effective way for anxiety interventions due to hospitalization. Parental support when the child is hospitalized is very much needed by accompanying the child during treatment and accompanying the child during nursing actions.

Keywords: Hospitalization, Anxiety, playing puzzle

¹Mahasiswa Program Profesi Ners, STIKES Wiyata Husada Samarinda

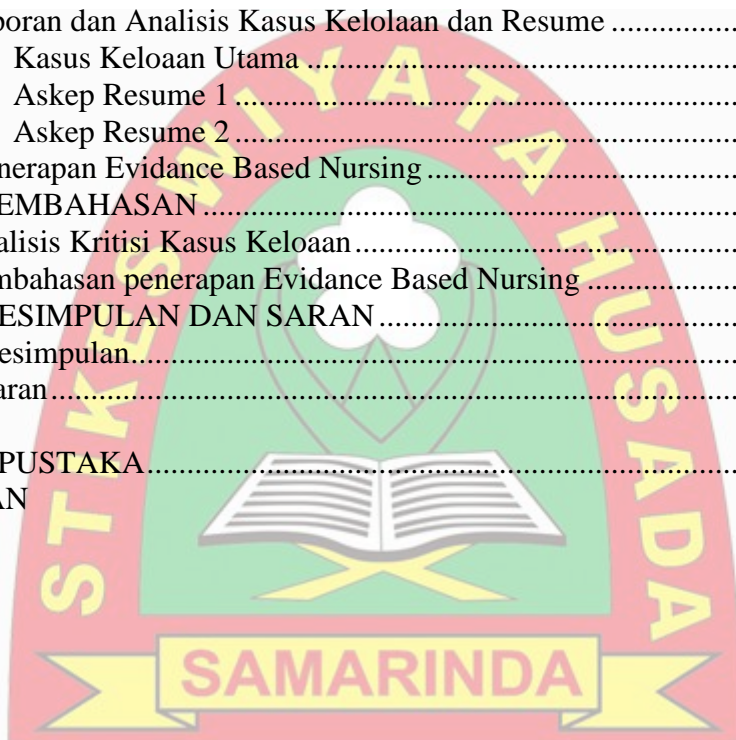
²Dosen, STIKES Wiyata Husada Samarinda

³Pembimbing Klinik, RSUD Abdul Wahab Sjahranie

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR KEASLIAN PENULISAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
ABSTRAK	vii
ABTRACT	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABLE	xi
DAFTAR GRAFIK	xii
DAFTAR SKEMA	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4
D. Manfaat Penelitian	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	5
A. Konsep Perawatan Anak	5
1. Pengertian keperawatan anak	5
2. Tahap Pertumbuhan dan Perkembangan Anak	5
3. Konsep sehat sakit	6
4. Pengertian pertumbuhan dan perkembangan	6
B. Konsep hospitalisasi	9
1. Definisi hospitalisasi	9
2. Manfaat hospitalisasi	10
3. Faktor yang mempengaruhi reaksi anak sakit dan rawat inap di rumah sakit	10
4. Dampak Hospitalisasi	11
C. Kecemasan	12
1. Definisi Kecemasan	12
2. Respon Cemas	12
3. Tingkatan Kecemasan	14
4. Faktor predisposisi	15
5. Faktor pencetus	16
6. Tanda dan gejala kecemasan	17
7. Faktor yang berhubungan dengan cemas	18
8. Cara mengukur kecemasan pada anak	21
D. Luka Bakar	22
1. Definisi luka bakar	22
2. Epidemiologi	22
3. Klasifikasi	23
4. Patofisiologi	25

5. Gambaran klinis.....	26
6. Prognosis	27
7. Komplikasi	28
E. Konsep Dasar Bermain	28
1. Definisi Terapi Bermain	28
2. Tujuan.....	28
3. Manfaat bermain.....	29
4. Prinsip bermain.....	30
5. Tipe permainan	31
F. Konsep Puzzle	32
1. Definisi puzzle.....	32
2. Manfaat terapi puzzle	32
BAB III PROSES PRAKTIK NERS.....	34
A. Laporan dan Analisis Kasus Kelolaan dan Resume	34
1. Kasus Keloan Utama	34
2. Askep Resume 1	68
3. Askep Resume 2	69
B. Penerapan Evidance Based Nursing	70
BAB IV PEMBAHASAN	76
A. Analisis Kritisi Kasus Keloan.....	76
B. Pembahasan penerapan Evidance Based Nursing	79
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	84
A. Kesimpulan.....	84
B. Saran.....	84
DAFTAR PUSTAKA.....	85
LAMPIRAN	



DAFTAR TABLE

Table 3.1 Skala Risiko Jatuh Pada Anak.....	42
Table 3.2 Laboratorium 1	45
Table 3.3 Analisa Data dan Diagnosa	46
Table 3.4 Intervensi Keperawatan.....	48
Table 3.5 Implementasi Keperawatan	53
Table 3.6 Tingkat Kecemasan <i>Pre test</i> dan <i>Post test</i>	75
Table 3.7 Tingkat kecemasan berdasarkan usia dan jenis kelamin	76



DAFTAR SKEMA

Skema 3.1 Alur Penelitian..... 73



Daftar Gambar

Gambar 2.1 Frekuensi mortalitas	23
Gambar 2.2 <i>Rule of Nine</i>	25
Gambar 2.3 Zona luka bakar	26



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Lembar permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 2 : Lembar Inform Consent Responden
- Lampiran 3 : Lembar Observasi Kecemasan
- Lampiran 4 : SOP Bermain Puzzle
- Lampiran 5 : Dokumentasi



BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Anak merupakan bagian dari keluarga dan masyarakat. Anak yang sakit dapat menimbulkan suatu stress bagi anak itu sendiri maupun keluarga (Setiawan *et al*, 2014). Di Amerika Serikat, diperkirakan lebih dari 5 juta anak menjalani hospitalisasi karena prosedur pembedahan dan lebih dari 50% dari jumlah tersebut, anak mengalami kecemasan dan stress. Diperkirakan juga lebih dari 1,6 juta anak dan anak usia antara 2-6 tahun menjalani hospitalisasi disebabkan karena injury dan berbagai penyebab lainnya (*Disease Control, National Discharge Survey* (NHDS), 2004 dalam Apriliawati, 2011).

Angka kesakitan anak di Indonesia berdasarkan survey Kesehatan Nasional (Susenas) tahun 2010 yang dikutip oleh Apriany (2013), di daerah perkotaan menurut kelompok usia 0-4 tahun sebesar 25,8%, usia 5-12 tahun sebanyak 14,91%, usia 13-15 tahun sekitar 9,1%, usia 16-21 tahun apabila dihitung dari keseluruhan jumlah penduduk adalah 14,44%. Anak yang dirawat di rumah sakit akan berpengaruh pada kondisi fisik dan psikologinya, hal ini disebut dengan hospitalisasi.

Hospitalisasi pada pasien anak menurut Nursalam (2008), dapat menyebabkan kecemasan dan stress pada semua tingkatan usia. Penyebab dari kecemasan dipengaruhi oleh banyak faktor, baik dari faktor lingkungan baru, keluarga yang mendampingi selama perawatan dan petugas (perawat, dokter, dan tenaga kesehatan lainnya). Dalam mengatasi hospitalisasi pada anak, perawat memegang peran penting untuk membantu orang tua menghadapi permasalahan yang berkaitan dengan perawatan anak di rumah sakit, focus intervensi keperawatan yang dilakukan adalah meminimalkan stressor, yang membuat anak lebih bisa kooperatif terhadap proses keperawatan, memberikan dukungan psikologis pada anak dan anggota keluarga selama anak dirawat di rumah sakit karena anak akan mengalami perasaan perpisahan dalam menjalani hospitalisasi (Supartini,2004).

Perkin dkk (2013) menjelaskan masa hospitalisasi pada anak usia prasekolah dapat menyebabkan Post Traumatic Stres Disorder (PTSD) yang dapat menyebabkan trauma hospitalisasi berkepanjangan bahkan setelah anak beranjak dewasa. Berbagai dampak kecemasan akibat hospitalisasi yang dialami anak usia prasekolah, akan beresiko mengganggu tumbuh kembang anak dan berdampak pada proses penyembuhan. Kecemasan yang teratasi dengan cepat dan baik akan membuat anak lebih nyaman dan lebih kooperatif dengan tenaga medis sehingga tidak menghambat proses perawatan (Wong, 2009). Permasalahan lain ketika anak harus menjalani perawatan di rumah sakit adalah terganggunya kebutuhan bermain pada anak. Hal ini disebabkan karena dunia anak adalah dunia bermain, khususnya bagi anak yang berusia 3-5 tahun (Wong, 2009). Menurut Siti Aizah & Susi Erna Wati (2014) dalam penelitiannya mengenai upaya menurunkan tingkat stress hospitalisasi dengan aktivitas mewarnai gambar pada anak usia 4-6 tahun yang mengalami hospitalisasi menunjukkan bahwa sebelum diberi aktivitas mewarnai gambar sebagian besar anak mengalami stress hospitalisasi pada tingkat berat. Setelah diberi aktivitas mewarnai gambar anak mengalami stress hospitalisasi ringan sampai dengan sedang. Menurut penelitian yang dilakukan Sri Hartini & Biyanti Dwi Winarsih (2018) mengenai terapi bermain pada anak prasekolah untuk menurunkan tingkat kecemasan saat hospitalisasi menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan pemberian terapi bermain dengan penurunan kecemasan anak akibat hospitalisasi pada anak usia prasekolah.

Reaksi terhadap perpisahan yang ditunjukkan anak adalah dengan menolak makan, sering bertanya, menangis walaupun secara perlahan dan tidak kooperatif terhadap petugas kesehatan. Perawat di rumah sakit juga membuat anak kehilangan kontrol terhadap dirinya, karena mengharuskan adanya pembatasan aktivitas anak sehingga anak menganggap tindakan dan prosedurnya mengancam integritas tubuhnya. Hal ini menimbulkan reaksi agresif dengan marah dan berontak, ekspresi verbal dengan mengucapkan kata-kata marah, tidak mau bekerja sama dengan perawat, dan ketergantungan dengan orang tua. Anak memerlukan media untuk

mengekspresikan perasaannya sehingga mampu bekerja sama dengan petugas kesehatan selama dalam perawatan. Media yang paling efektif adalah melalui kegiatan permainan. (Supartini, 2004). Wong (2009) menjelaskan salah satu cara untuk mengurangi kecemasan pada anak yaitu dengan memberikan suatu permainan yang unik dan dapat menarik perhatian anak. Terapi bermain atau play therapy diindikasikan sebagai salah satu jenis terapi yang cocok diterapkan pada anak.

Tujuan menerapkan terapi bermain di rumah sakit adalah agar anak dapat melanjutkan tumbuh kembang yang normal selama perawatan, agar dapat mengekspresikan pikiran dan fantasi anak, agar anak dapat mengembangkan kreatifitas melalui pengalaman bermain yang tepat dan agar anak dapat beradaptasi secara efektif dengan lingkungan yang baru yaitu rumah sakit sehingga kecemasan anak karena hospitalisasi dapat berkurang karena terapi bermain tersebut (Adriana, 2011). Menurut Supartini (2012) terapi bermain akan melepaskan anak dari ketegangan dan kecemasan yang dialami. Karena dengan bermain anak akan dapat mengalihkan rasa sakitnya pada permainan (distraksi) dan relaksasi melalui kesenangannya dalam bermain. Akibat adanya distraksi dan relaksasi yang terjadi, anak yang mengalami cemas akhirnya menjadi tidak cemas lagi. Alat permainan yang dirancang dengan baik akan lebih menarik anak dari pada alat permainan yang tidak di desain dengan baik. Anak biasanya menyukai dengan bentuk sederhana dan tidak rumit juga berwarna terang. Alfiyanti (2010) pada umumnya para anak-anak menyukai permainan *puzzle* dan mereka dapat memahami cara mainannya. *Puzzle* dan *games* untuk memotivasi diri karena hal itu menawarkan sebuah tantangan yang dapat secara umum dilaksanakan dengan berhasil (Tarigan, 2009).

Berdasarkan dari latar belakang diatas maka untuk mengatasi masalah tingkat kecemasan akibat hospitalisasi maka intervensi yang dilakukan adalah dengan memberikan terapi bermain *puzzle* pada anak usia pra-sekolah untuk menurunkan tingkat kecemasan akibat hospitalisasi di Ruang Perawatan anak Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

B. Perumusan Masalah

Anak dengan kecemasan yang mengalami hospitalisasi dengan berbagai penyakit dan tindakan medis memiliki dampak yang berkepanjangan bahkan setelah anak beranjak dewasa, Berbagai dampak kecemasan akibat hospitalisasi yang dialami anak usia prasekolah, akan beresiko mengganggu tumbuh kembang anak dan berdampak pada proses penyembuhan, berdasarkan hal tersebut maka perumusan masalah karya tulis ilmiah akhir ners adalah pemberian asuhan keperawatan dengan anak yang mengalami kecemasan akibat hospitalisasi, pemberian terapi bermain terhadap penurunan tingkat kecemasan anak prasekolah akibat hospitalisasi di Ruang Perawatan Anak Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penulisan karya ilmiah akhir ners (KIAN) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap melalui intervensi pemberian terapi bermain terhadap penurunan tingkat kecemasan akibat hospitalisasi pada anak prasekolah di Ruang Perawatan Anak Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi gambaran karakteristik responden (umur, jenis kelamin, dan tingkat kecemasan anak usia prasekolah yang menjalani hospitalisasi).
- b. Menganalisa intervensi pemberian terapi bermain *Puzzle* terhadap penurunan tingkat kecemasan anak prasekolah di Ruang Perawatan Anak Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

D. Manfaat Penelitian

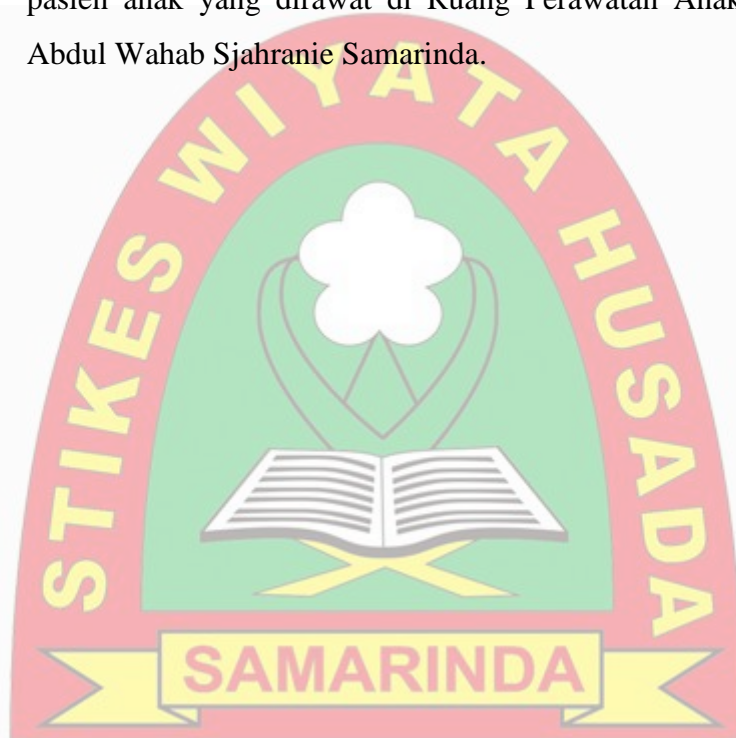
1. Manfaat secara Teoritis

Penulisa Karya Ilmiah Akhir Ners ini diharapkan dapat menambah wawasan ilmu pengetahuan dan instansi pendidikan tentang kecemasan

anak menghadapi hospitalisasi, intervensi keperawatan pemberian terapi bermain *puzzle* terhadap penurunan tingkat kecemasan akibat hospitalisasi pada anak pra-sekolah 3-6 tahun yang telah diteliti sebelumnya dapat berkembang.

2. Manfaat secara Praktik

Penulisa Karya Ilmiah Akhir Ners diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi tenaga kesehatan khususnya perawat dalam melaksanakan perannya sebagai care giver guna meningkatkan kualitas asuhan keperawatan sehingga dapat memaksimalkan penanganan pada semua pasien anak yang dirawat di Ruang Perawatan Anak Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Perawatan Anak

1. Definisi

Keperawatan anak merupakan keyakinan atau pandangan yang dimiliki perawat dalam memberikan pelayanan pada anak yang berfokus pada keluarga (*family centered care*), pencegahan terhadap trauma

(*atrumatic care*), dan manajemen kasus. Dalam dunia keperawatan anak, perawat perlu memahami, mengingat adanya beberapa prinsip yang berbeda dalam penerapan asuhan di karenakan anak bukan miniature orang dewasa tetapi sebagai individu yang unik (Hidayat, Aziz Alimul, 2012).

Keluarga merupakan unsur penting dalam perawatan anak mengingat anak bagian dari keluarga, dalam keperawatan anak harus mengenal keluarga sebagai tempat tinggal atau sebagai konstanta tetap dalam kehidupan anak (Wong, Perry & Hockenberry, 2009). Sebagai perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan anak, harus mampu memfasilitasi keluarga dalam berbagai bentuk pelayanan kesehatan baik berupa pemberian tindakan keperawatan langsung maupun pendidikan kesehatan pada anak. Selain itu, keperawatan anak perlu memperhatikan kehidupan sosial, budaya dan ekonomi keluarga karena tingkat sosial, budaya dan ekonomi dari keluarga dapat menentukan pola kehidupan anak selanjutnya faktor-faktor tersebut sangat menentukan perkembangan anak dalam kehidupan dimasyarakat.

2. Tahapan Perkembangan Anak

- a. Bayi; Erikson menjelaskan penanaman rasa percaya adalah hal mendasar pada fase ini. Terbentuknya kepercayaan diperoleh dari hubungannya dengan orang tua dan asuhan yang diterima anak. Rasa percaya yang diperoleh selama bayi memberi dasar untuk keberhasilan semua fase. Kepercayaan memberi bayi perasaan aman dan nyaman secara fisik, membantu mereka menghadapi situasi tidak dikenal dan tidak diketahui dengan rasa takut yang minimal (Wong, 2009).
- b. Toddler; Erikson menjelaskan tugas perkembangan anak pada masa toddler adalah menguasai sensasi autonomi sementara, sensasi ragu, dan malu. Mereka menyadari keinginan dan kontrol mereka terhadap orang lain. Perkembangan otonomi berpusat pada kemampuan anak untuk mengontrol tubuh dan lingkungannya. Pada

fase ini, anak akan meniru perilaku orang disekitarnya dan hal ini merupakan proses belajar. Sebaliknya, perasaan malu dan ragu akan timbul apabila anak dipaksa oleh orang tuanya atau orang dewasa lainnya untuk memilih atau berbuat sesuatu yang dikehendaki mereka (Wong, 2009).

- c. Prasekolah; masa prasekolah antara usia 3 sampai 6 tahun merupakan periode perkembangan psikososial sebagai periode inisiatif *versus* rasa bersalah, yaitu anak mengembangkan keinginan dengan cara eksplorasi terhadap apa yang ada disekelilingnya. Anak usia prasekolah adalah pelajar yang energik, antusias, dan memiliki imajinasi yang aktif, apabila orang tua tidak dapat menerima imajinasi dan aktivitasnya maka anak akan merasa bersalah. Keluarga merupakan orang dekat bagi anak usia prasekolah (Patrick, 2005).
- d. Sekolah; pada usia sekolah anak memiliki kemampuan untuk menghubungkan serangkaian kejadian untuk menghambat mental anak yang dapat diungkapkan secara verbal ataupun simbolik. Anak mengalami kemajuan dari membuat penilaian berdasarkan apa yang mereka lihat sampai membuat pilihan berdasarkan alasan mereka (pemikiran kognseptual) (Wong, 2009).
- e. Remaja (usia 13-18 tahun); anak remaja mulai melihat dirinya sebagai individu yang berbeda, unik dan terpisah dari setiap individu yang lain. Mereka menunjukkan perannya dengan sangat dekat dengan kelompoknya, bergaul dan mengadopsi nilai kelompok dan lingkungannya, untuk dapat mengambil keputusannya sendiri (Wong, 2009).

3. Konsep Sehat Sakit

Definisi sehat menurut WHO (1947) yaitu “sehat adalah suatu keadaan yang sempurna baik fisik, mental dan sosial, tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan”. Definisi sakit menurut Pemons (1979)

adalah gangguan fungsi normal individu sebagai tatalitas termasuk keadaan organisme sebagai system biologis dan penyesuaian sosialnya.

4. Pengertian Pertumbuhan dan Perkembangan

Soetjiningsih (2012) menjelaskan pertumbuhan (*growth*) berkaitan dengan perubahan dalam besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram, kilogram) ukuran panjang (cm, meter), umur tulang dan keseimbangan metabolic (retensi kalsium dan nitrogen tubuh). Dalam pengertian lain dikatakan bahwa pertumbuhan merupakan bertambahnya ukuran fisik (anatomi) dan struktur tubuh baik sebagian maupun seluruhnya karena adanya multiplikasi (bertambah banyak) sel-sel tubuh dan juga karena bertambah besarnya sel (IDAI, 2002).

Perkembangan (*development*) adalah bertambahnya kemampuan serta struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur, dapat diperkirakan dan diramalkan sebagai hasil dari proses diferensiasi sel, jaringan tubuh, organ-organ dan system organ yang terorganisasi dan berkembang sedemikian rupa sehingga hasil interaksi dengan lingkungan (Soetjiningsih, 2012).

a. Ciri-ciri Pertumbuhan

Menurut Soetjiningsih (2012), pertumbuhan mempunyai ciri-ciri:

- 1) Perubahan proporsi tubuh yang dapat diamati pada masa bayi dan dewasa.
- 2) Hilangnya ciri-ciri lama dan timbulnya ciri-ciri baru.
- 3) Perubahan ini ditandai dengan tanggalnya gigi susu dan timbulnya gigi permanen, hilangnya *reflex primitive* pada masa bayi, timbulnya tanda seks sekunder dan perubahan lainnya.

- 4) Kecepatan pertumbuhan tidak teratur ditandai dengan adanya masa-masa tertentu dimana pertumbuhan berlangsung cepat yang terjadi pada masa *prenatal*, bayi dan remaja (*adolesan*). Pertumbuhan berlangsung lambat pada masa prasekolah dan masa sekolah.

b. Ciri-ciri Perkembangan

Proses pertumbuhan dan perkembangan anak bersifat individual. Namun demikian pola perkembangan setiap anak mempunyai ciri-ciri yang sama, yaitu (Depkes, 2006):

- 1) Perkembangan menimbulkan perubahan; perkembangan terjadi bersamaan dengan pertumbuhan. Setiap pertumbuhan disertai dengan perubahan fungsi. Misalnya perkembangan intelegensia pada seorang anak akan menyertai pertumbuhan otak dan serabut saraf.
- 2) Pertumbuhan dan perkembangan pada tahap awal menentukan perkembangan selanjutnya; seorang anak tidak bisa melewati satu tahap perkembangan sebelum ia melewati tahapan sebelumnya. Contoh: seorang anak tidak akan bisa berjalan sebelum ia berdiri dan ia tidak bisa berdiri jika pertumbuhan kaki dan bagian tubuh lain yang terkait dengan fungsi anak terhambat. Perkembangan awal ini merupakan masa kritis karena akan menentukan perkembangan selanjutnya.
- 3) Pertumbuhan dan perkembangan mempunyai kecepatan yang berbeda; sebagaimana pertumbuhan, perkembangan juga mempunyai kecepatan yang berbeda-beda baik dalam pertumbuhan dan perkembangan setiap anak juga berbeda-beda.
- 4) Pertumbuhan berkorelasi dengan perkembangan; saat pertumbuhan berlangsung, maka perkembangannya mengikuti. Terjadi peningkatan kemampuan mental, memori, daya nalar, asosiasi dan lain-lain pada anak, sehingga pada anak sehat

seiring bertambahnya umur maka bertambah pula tinggi dan berat badannya begitupun kepandaiannya.

- 5) Perkembangan mempunyai pola yang tetap; perkembangan fungsi organ tubuh terjadi menurut hukum yang tetap, yaitu: pertama perkembangan terjadi lebih dahulu di daerah kepala, kemudian menuju ke arah kaudal/anggota tubuh (pola sفالokaudal). Kedua perkembangan terjadi lebih dahulu di daerah proksimal (gerak kasar) lalu berkembang ke bagian distal seperti jari-jari yang mempunyai kemampuan gerak halus (pola proksimodistal). Perkembangan memiliki tahap yang berurutan. Tahap perkembangan seorang anak mengikuti pola yang teratur dan berurutan. Tahap-tahap tersebut tidak bisa terjadi terbalik, misalnya anak mampu berjalan dahulu sebelum bisa berdiri.



c. Tingkat Perkembangan Anak

Menurut Damayanti (2008), karakteristik anak sesuai tingkat perkembangan :

- 1) Usia bayi (0-1 tahun); pada masa ini bayi belum dapat mengekspresikan perasaan dan pikirannya dengan kata-kata. Oleh karena itu, komunikasi dengan bayi lebih banyak menggunakan jenis komunikasi non verbal.
- 2) Usia prasekolah (2-5 tahun); karakteristik anak pada masa ini terutama pada anak dibawah 3 tahun adalah sangat egosentris.
- 3) Usia sekolah (6-12 tahun); anak pada usia ini sudah sangat peka terhadap stimulus yang dirasakan yang mengancam keutuhan tubuhnya.

- 4) Usia remaja (13-18 tahun); fase remaja merupakan masa transisi atau peralihan dari akhir masa anak-anak menuju masa dewasa.

B. Konsep Hospitalisasi

1. Definisi Hospitalisasi

Hospitalisasi adalah suatu keadaan kritis pada anak, saat anak sakit dan dirawat di rumah sakit. Keadaan ini terjadi karena anak berusaha untuk beradaptasi dengan lingkungan asing dan baru yaitu rumah sakit, sehingga kondisi tersebut menjadi faktor stresor bagi anak baik terhadap anak maupun orang tua dan keluarganya (Wong, 2009). Hospitalisasi merupakan suatu proses karena alasan berencana ataupun darurat yang mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit untuk menjalani terapi dan perawatan. Meskipun demikian di rumah sakit tetap merupakan masalah besar dan menimbulkan ketakutan, cemas bagi anak (Supartini, 2012). Hospitalisasi juga dapat diartikan adanya beberapa perubahan psikis yang dapat menjadi sebab anak di rumah sakit (Steven, 1999).

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa hospitalisasi adalah suatu proses karena alasan berencana maupun darurat yang mengharuskan anak dirawat atau tinggal di rumah sakit untuk mendapatkan perawatan yang dapat menyebabkan perubahan psikis pada anak. Perubahan psikis terjadi dikarenakan adanya suatu tekanan atau psikis pada anak. Jika seorang anak dirawat di rumah sakit, maka anak tersebut akan mudah mengalami krisis yang disebabkan anak mengalami stress akibat perubahan baik terhadap status kesehatannya maupun lingkungannya dalam kebiasaan sehari-hari. Selain itu anak mempunyai sejumlah keterbatasan dalam mekanisme coping untuk mengatasi masalah maupun kejadian-kejadian yang sifatnya menekan (Nursalam, Susilaningrum, dan Utami, 2005).

2. Manfaat Hospitalisasi

Meskipun hospitalisasi menyebabkan stress pada anak, hospitalisasi juga dapat memberikan manfaat yang baik, antara lain menyembuhkan anak, memberikan kesempatan kepada anak untuk mengatasi stress dan merasa kompeten dalam kemampuan koping serta dapat memberikan pengalaman bersosialisasi dan memperluas hubungan interpersonal mereka. Dengan menjalani rawat inap atau hospitalisasi dapat menangani masalah kesehatan yang dialami anak, meskipun hal ini dapat menimbulkan krisis. Manfaat psikologis lesain diperoleh anak juga diperoleh keluarga, yakni hospitalisasi anak dapat memperkuat koping keluarga dan memunculkan strategi koping baru.

3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Reaksi Anak Terhadap Sakit dan Rawat Inap di Rumah Sakit

Menurut Supartini (2004), faktor-faktor yang mempengaruhi reaksi anak terhadap sakit dan dirawat inap di rumah Sakit antara lain :

a. Pola Asuh Keluarga

Pola asuh keluarga yang terlalu protektif dan selalu memanjakan anak juga dapat mempengaruhi reaksi takut dan cemas anak di rawat di rumah sakit. Beda dengan keluarga yang suka memandirikan anak untuk aktivitas sehari-hari anak akan lebih kooperatif bila di rumah sakit.

b. Keluarga

Keluarga yang terlalu khawatir akan stres anaknya yang di rawat di rumah sakit akan menyebabkan anak menjadi semakin stress dan takut.

c. Pengalaman di Rawat di Rumah Sakit Sebelumnya

Apabila anak pernah mengalami pengalaman tidak menyenangkan di rawat di rumah sakit sebelumnya akan takut dan trauma. Sebaliknya

apabila anak dirawat di rumah sakit mendapatkn perawtan yang baik dan menyenangkan anak lebih kooperatif pada perawat dan dokter.

d. *Support system* yang tersedia

Anak mencari dukungan yang ada dari orang lain untuk melepaskan tekanan akibat penyakit yang dideritannya. Anak biasanya akan minta dukungan kepada orang terdekat misalnya dengan orang tua atau saudaranya. Perilaku ini biasanya di tandai dengan permintaan anak untuk ditunggu selama di rawat di rumah sakit, didampingi saat dilakukan treadment padanya, minta dipeluk saat merasa takut dan cemas bahkan saat merasa kesakitan.

e. Keterampilan Koping Dalam Menangani Stressor

Apabila mekanisme koping anak baik dalam menerima dia harus dirawat di rumah sakit lebih kooperatif anak tersebut dalam menjalani perawatan di rumah sakit.

4. Dampak Hospitalisasi

Menurut Wong (2009), penyakit dan hospitalisasi merupakan krisis bagi anak, terutama adanya stress akibat perubahan lingkungan dan kondisi dari sehat menjadi sakit, serta anak mempunyai keterbatasan dalam mekanisme koping pada dalam menghadapi stressor. Stressor yang ditunjukkan anak usia prasekolah pada saat hospitalisasi adalah:

a. Cemas akibat perpisahan

Karena akibat perpisahan adalah stress terbesar yang di alami anak usia prasekolah saat hospitalisasi. Kecemasan tersebut ditunjukkan dengan cara menolak makan, mengalami sulit tidur, menangis, selalu menanyakan orang tua, dan menarik diri.

b. Kehilangan kendali

Kehilangan kendali pada anak usia prasekolah akan meningkatkan persepsi ancaman dan dapat mempengaruhi anak dalam melakukan mekanisme koping. Kehilangan kendali pada anak usia prasekolah diakibatkan oleh adanya perubahan rutinitasm, reaksi fisik, serta ketergantungan yang harus dipenuhi.

c. Cedera tubuh

Konflik psikoseksual anak sangat rentan terhadap ancaman cedera tubuh. Prosedur invasi yang dilakukan terhadap anak menimbulkan sakit maupun tidak menjadi ancaman anak usia prasekolah karena konsep integritas tubuh yang belum berkembang dengan baik.

d. Nyeri

Reaksi nyeri pada prasekolah hampir sama dengan anak toddler. Anak usia prasekolah akan mendorong orang yang akan melakukan prosedur agar menjauh. Mencoba mengamankan atau menyingkirkan peralatan, atau berusaha mengunci dirinya ditempat yang aman.

C. Kecemasan

1. Pengertian

Kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas atau menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya serta tidak memiliki objek spesifik (Stuart, 2002). Kecemasan dialami secara subjektif dan dikomunikasikan secara interpersonal. Kecemasan berbeda dengan rasa takut yang merupakan penilaian intelektual terhadap bahaya (Stuart, 2002). Pendapat lain menyatakan bahwa takut sebenarnya tidak bisa dibedakan dengan cemas karena individu yang merasa takut atau cemas mengalami pola respon perilaku, fisiologis, dan emosional dalam rentang yang sama (Videbeck, 2008).

2. Respon Kecemasan

Menurut Stuart (2002), kecemasan dapat diekspresikan secara langsung melalui perubahan fisiologis dan psikologis seperti perilaku yang secara tidak langsung mempengaruhi timbulnya gejala atau mekanisme koping sebagai upaya melawan kecemasan.

a. Respon fisiologis

Respon system saraf otonom terhadap rasa takut dan kecemasan menimbulkan aktivitas involunter pada tubuh termasuk dalam pertahanan diri. Serabut saraf simpatis menaktifkan tanda-tanda vital pada setiap tanda bahaya untuk mempersiapkan pertahanan tubuh. Pada anak usia sekolah nilai normal denyut nadi adalah 75-110 kali/menit, tekanan darah berkisar 94-112/56-60 mmHg dan nilai suhu tubuh 37 °C (Muscari, 2008). Kelenjar adrenal melepas adrenalin (epineprin) yang menyebabkan tubuh mengambil lebih banyak oksigen, mendilatasi pupil, dan meningkatkan tekanan arteri serta frekuensi jantung sambil membuat kostriksi pembuluh darah perifer dan memicu darah dari system gastrointestinal serta reproduksi serta meningkatkan glikogenolisis guna menyokong jantung, otot, dan system saraf pusat (Videbeck, 2008). Anak yang mengalami gangguan kecemasan akibat perpisahan akan menunjukkan sakit perut, sakit kepala, mual, muntah, demam ringan, gelisah, kelelahan, sulit berkonsentrasi, mudah marah, beberapa anak juga menyakatan mengalami gejala vertigo dan palpitasi (Pott & Modleco, 2009). Manifestasi klinik pada anak kecemasan juga dapat berupa kesulitan tidur, *tantrum* di pagi hari (King Bernstein, 2007 dalam Pott & Modleco 2009). System kardiovaskuler akan memunculkan tanda palpitasi, jantung berdebar, tekanan darah meningkat. Respon kardiovaskuler ini memberikan data yang sangat bermanfaat terkait pengaruh stressor kehidupan nyata pada anak (Matthews, Salomon, Bredy & Allen, 2006 dalam Tsai, 2007). Respon parasimpatis juga dapat muncul seperti rasa ingin pingsan, tekanan darah menurun dan denyut nadi menurun (Stuart, 2008). Tetapi pada penelitian lain menunjukkan bahwa, anak usia sekolah yang menjalani prosedur pembedahan menunjukkan peningkatan tekanan darah dan denyut nadi. (Li & Lopez, 2004, 2006 dalam Tsai, 2007).

b. Respon psikologis

Respon perilaku akibat kecemasan adalah tampak gelisah, terdapat ketegangan fisik, tremor, reaksi terkejut, bicara cepat, kurang koordinasi, menarik diri dari hubungan interpersonal, melarikan diri dari masalah, menghindar, dan sangat waspada (Stuart, 2008). Respon kognitif akibat kecemasan adalah konsentrasi memburuk, perhatian terganggu, pelupa, salah dalam memberikan penilaian, lapang persepsi menurun, bingung, sangat waspada, kehilangan objektivitas dan takut kehilangan kendali, takut pada gambaran visual, takut pada cedera atau kematian dan mimpi buruk (Stuart, 2008). Respon afektif akibat kecemasan adalah tidak sabar, gelisah, tegang, gugup, ketakutan, waspada, khawatir, mati rasa, rasa bersalah atau malu (Stuart, 2008).

3. Tingkatan Kecemasan

Menurut Stuart (2008), kecemasan terbagi menjadi empat tingkatan yaitu :

a. Kecemasan ringan

Kecemasan tingkat ini berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari. Kecemasan ini menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsi. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar dan menumbuhkan kreativitas.

b. Kecemasan sedang

Kecemasan tingkat ini memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Kecemasan ini mempersempit lapang persepsi individu dengan demikian, individu tidak perhatian dan kurang selektif, namun dapat berfokus lebih banyak pada area lain jika diarahkan untuk melakukannya.

c. Kecemasan berat

Kecemasan ini sangat mengurangi lapang persepsi individu. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berfikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk

mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain.

d. Kecemasan tingkat panik

Kecemasan ini berhubungan dengan rasa ketakutan dari terror. Hal yang terinci terpecah dari proporsinya. Seorang individu dengan kecemasan tingkat panik mengalami kehilangan kendali dan tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Panik mencakup disorganisasi kepribadian dan menimbulkan peningkatan aktivitas motoric, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional. Kecemasan ini tidak sejalan dengan kehidupannya jika terus berlangsung dalam waktu yang lama, dapat terjadi kelelahan dan kematian.

4. Faktor predisposisi kecemasan

Faktor predisposisi kecemasan dijelaskan oleh beberapa teori yang telah dikembangkan untuk menjelaskan asal kecemasan, yaitu :

a. Pandangan psikoanalitis

Dalam pandangan ini dijelaskan kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian, yaitu id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitive, sedangkan superego mencerminkan hati nurani dan dikendalikan oleh norma budaya. Ego atau ketakutan, berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan tersebut, dan fungsi kecemasan adalah meningkatkan ego bahwa ada bahaya (Stuart, 2008).

Pada usia 8 bulan, bayi menunjukkan distress perpisahan, suatu petunjuk kapasitas kesehatan bayi untuk membedakan diri sendiri dan orang asing tertentu. Perilaku lekat dan perpisahan ringan terlihat sebagai sesuatu yang sesuai dengan respon adaptif terhadap stressor pada situasi yang penuh dengan tekanan pada masa kanak-kanak. Ketika anak mengalami pengalaman yang hebat dengan gejala yang berlebihan dalam mengatasi perpisahan ego

yang belum matang tidak terlalu kuat untuk mengatasi konflik (Dongoes, Townsend & Moorhouse, 2007).

b. Pandangan interpersonal

Menurut pandangan interpersonal, kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap ketidaksetujuan dan penolakan interpersonal. Kecemasan juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kerentanan tertentu (Stuart, 2008).

c. Pandangan Perilaku

Menurut pandangan perilaku, kecemasan merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan individu untuk mencapai tujuan yang diinginkan (Stuart, 2008).

d. Kajian Keluarga

Teori ini menunjukkan bahwa gangguan kecemasan biasanya terjadi dalam keluarga. Gangguan kecemasan juga tumpang tindih antara gangguan kecemasan dengan depresi (Stuart, 2008).

e. Kajian Biologis

Teori ini menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk benzodizepin, obat-obatan yang meningkatkan neuroregulator inhibisi asam gama aminobutirat (GABA), yang berperan penting dalam mekanisme biologis yang berhubungan dengan kecemasan. Kesehatan umum individu dan riwayat kecemasan pada keluarga memiliki efek nyata sebagai predisposisi kecemasan. Kecemasan mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kemampuan individu untuk menghadapi stressor (Stuart, 2008). Menurut Dongoes (2007), kecemasan adaptif terjadi secara fisiologis dalam system limbic di otak. Beberapa neurotransmitter termasuk serotonin dan norepineprin, dihubungkan dalam respon kecemasan ke dalam susunan system saraf pusat (Stuart, 2008).

5. Faktor Pencetus Kecemasan

Menurut Kaplan dan Sadock (1997, dalam Nursalam, 2005), menyatakan bahwa faktor pencetus kecemasan meliputi :

a. Faktor Psikososial

Anak kecil, imatur dan tergantung pada tokoh ibu, adalah terutama rentan terhadap kecemasan yang berhubungan dengan perpisahan, sebagai contoh anak yang dirawat di rumah sakit (hospitalisasi) karena anak mengalami urutan ketakutan perkembangan yaitu takut kehilangan ibu, takut kehilangan cinta ibu, takut cedera tubuh, takut akan impulsnya dan takut akan cemas hukuman (*punishing anxiety*) dari superego dan rasa bersalah. Sebagian besar anak mengalami cemas perpisahan didasarkan pada salah satu atau lebih ketakutan – ketakutan tersebut.

b. Faktor Belajar

Kecemasan fobik dapat di komunikasikan dari orang tua kepada anak-anak dengan modeling langsung. Jika orang penuh ketakutan, anak kemungkinan memiliki adaptasi fobik terhadap situasi baru, terutama pada lingkungan baru. Beberapa orang tua tampaknya mengajari anak-anaknya untuk cemas dengan melindungi mereka secara berlebihan (*overprotecting*) dari bahaya yang diharapkan atau dengan membesar-besarkan bahaya.

c. Faktor Genetik

Intensitas mana cemas perpisahan dialami oleh anak individual kemungkinan memiliki dasar genetik. Penelitian keluarga telah menunjukkan bahwa keturunan biologis dari orang dewasa dengan gangguan kecemasan adalah rentan terhadap gangguan pada masa anak-anak.

6. Tanda dan Gejala Kecemasan

Menurut Carpenito (2007), menyatakan bahwa tanda dan gejala kecemasan antara lain:

a. Fisiologis

Peningkatan frekuensi denyut jantung, peningkatan tekanan darah, peningkatan frekwensi pernafasan dioferesis, dilatasi pupil, suara tremor perubahan nada, gelisah, gemetar, berdebar – debar sering berkemih, diare, gelisah, insomnia, keletihan dan kelemahan, pucat, atau kemerahan, pusing, mual, anoreksia.

b. Emosional

Ketakutan, ketidak berdayaan, gugup, kurang percaya diri, kehilangan kontrol. Ketegangan individu juga sering memperlihatkan marah berlebihan, menangis, cenderung menyalahkan orang lain, kontak mata buruk, kritisme pada diri sendiri, menarik diri, kurang inisiatif, mencela diri reaksi baku.

c. Kognitif

Tidak dapat berkonsentrasi, mudah lupa, penurunan kemampuan belajar, terlalu perhatian, orientasi pada masa lalu daripada kini atau masa depan.

7. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kecemasan pada Anak

Menurut Perry dan Potter (2005), faktor-faktor yang berhubungan dengan kecemasan pada anak yang mengalami hospitalisasi antara lain :

a. Jenis kelamin

Anak pada umur 3-6 tahun, kecemasan lebih sering terjadi pada anak perempuan dibandingkan laki-laki. Hal ini karena laki-laki lebih aktif dan eksploratif sedangkan perempuan lebih sensitive dan banyak menggunakan perasaan. Selain itu perempuan lebih mudah dipengaruhi oleh tekanan-tekanan lingkungan daripada laki-laki, kurang sabar dan mudah menggunakan air mata.

b. Umur

Semakin tua seseorang semakin baik seseorang dalam mengendalikan emosinya.

c. Lama hari rawat

Lama hari rawat dapat mempengaruhi seseorang yang sedang dirawat juga keluarga dari klien tersebut (Utama, 2003). Kecemasan anak yang dirawat di rumah sakit akan sangat terlihat pada hari pertama sampai kedua bahkan sampai hari ketiga, dan biasanya memasuki hari keempat atau kelima kecemasan yang dirasakan anak akan mulai berkurang. Kecemasan yang terjadi pada pasien dan orang tua juga bisa dipengaruhi oleh lamanya seseorang dirawat. Kecemasan pada anak yang sedang dirawat bisa berkurang karena adanya dukungan orang tua yang selalu menemani anak selama dirawat, teman-teman anak yang datang berkunjung kerumah sakit atau anak sudah membina hubungan yang baik dengan petugas kesehatan (perawat, dokter) sehingga dapat menurunkan tingkat kecemasan anak.

d. Lingkungan rumah sakit

Lingkungan rumah sakit dapat mempengaruhi kecemasan pada anak yang mengalami hospitalisasi. Lingkungan rumah sakit merupakan lingkungan yang baru bagi anak, sehingga anak sering merasa takut dan terancam tersakiti oleh tindakan yang akan dilakukan kepada dirinya.

Lingkungan rumah sakit juga akan memberikan kesan tersendiri bagi anak, baik dari petugas kesehatan (perawat, dokter), alat kesehatan, dan teman seruangan dengan anak juga mempengaruhi kecemasan pada anak karena anak merasa berpisah dengan orang tuanya.

Menurut Moersintowarti (2008), faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pada anak yang dirawat dirumah sakit antara lain :

- 1) Lingkungan rumah sakit
- 2) Bangunan rumah sakit
- 3) Bau khas rumah sakit
- 4) Obat-obatan
- 5) Alat-alat medis

- 6) Tindakan – tindakan medis
- 7) Petugas kesehatan
- 8) Reaksi Kecemasan pada Anak yang Mengalami Hospitalisasi

Suliswati (2005) menyatakan bahwa kecemasan yang timbul pada anak yang mengalami hospitalisasi dapat menimbulkan reaksi konstruktif maupun destruktif bagi individu :

- 1) Konstruktif

Reaksi kecemasan konstruktif karena individu termotivasi untuk belajar mengadakan perubahan terutama perubahan terhadap perasaan tidak nyaman dan terfokus pada kelangsungan hidup. Reaksi ini timbul pada anak yang mengalami hospitalisasi karena sudah adanya rasa percaya pada anak terhadap pemberi pelayanan kesehatan baik perawat maupun dokter. Reaksi kecemasan konstruktif dapat digambarkan atau diwujudkan dalam bentuk anak mau menuruti perintah atau mau dilakukan intervensi guna penanganan masalah kesehatannya, seperti anak mau dilakukan injeksi, dipasang infus, minum obat dan lain sebagainya.

- 2) Destruktif

Reaksi kecemasan destruktif merupakan respon individu terhadap kecemasan yang dimanifestasikan dengan bertingkah laku maladaptif dan disfungsional. Reaksi ini timbul karena anak merasa tidak percaya dan berpersepsi bahwa orang lain akan melukai dirinya. Respon kecemasan destruktif pada anak yang mengalami hospitalisasi dapat diwujudkan dalam bentuk penolakan terhadap tindakan yang akan dilakukan pada anak, bahkan anak merasa ketakutan dan menangis jika pemberi pelayanan kesehatan mendekat pada anak.

- e. Upaya yang Dilakukan untuk Mengatasi Kecemasan Anak

Menurut Wong (2003), menyatakan bahwa intervensi yang penting dilakukan perawat terhadap anak yang mengalami kecemasan akibat hospitalisasi pada dasarnya untuk meminimalkan stressor, memaksimalkan manfaat hospitalisasi memberikan dukungan psikologis pada anggota keluarga, mempersiapkan anak sebelum masuk rumah sakit. Upaya untuk mengatasi kecemasan pada anak antara lain yaitu :

- 1) Melibatkan orang tua anak, agar orang tua berperan aktif dalam perawatan anak dengan cara membolehkan mereka untuk tinggal bersama anak selama 24 jam. Jika tidak mungkin, beri kesempatan orang tua untuk melihat anak setiap saat dengan maksud untuk mempertahankan kontak antara mereka.
- 2) Modifikasi lingkungan rumah sakit, agar anak tetap merasa nyaman dan tidak asing dengan lingkungan baru.

Peran dari petugas kesehatan rumah sakit (dokter, perawat), dimana diharapkan petugas kesehatan khususnya perawat harus menghargai sikap anak karena selain orang tua perawat adalah orang yang paling dekat dengan anak selama perawatan di rumah sakit. Sekalipun anak menolak orang asing (perawat), namun perawat harus tetap memberikan dukungan dengan meluangkan waktu secara fisik dekat dengan anak mengajak bermain sesuai dengan tahap perkembangan anak untuk kepentingan terapi.

D. Luka Bakar (Combustio)

1. Pengertian Luka Bakar

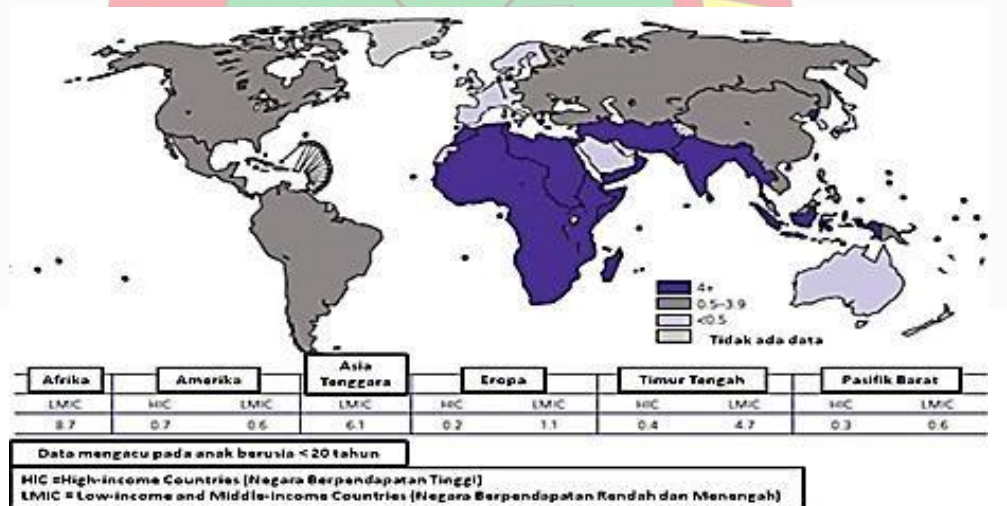
Luka bakar merupakan kerusakan pada kulit yang disebabkan oleh berbagai sumber non-mekanik seperti zat kimia, listrik, panas, sinar matahari atau radiasi nuklir (Murray & Hospenthal, 2008).

2. Epidemiologi

Berdasarkan WHO *Global Burden Disease*, pada tahun 2004 diperkirakan 310.000 orang meninggal akibat luka bakar, dan 30%

pasien berusia kurang dari 20 tahun. Luka bakar karena api merupakan penyebab kematian ke-11 pada anak berusia 1 – 9 tahun. Anak – anak beresiko tinggi terhadap kematian akibat luka bakar, dengan prevalensi 3,9 kematian per 100.000 populasi. Luka bakar dapat menyebabkan kecacatan seumur hidup (WHO, 2008). Di Amerika Serikat, luka bakar menyebabkan 5000 kematian per tahun dan mengakibatkan lebih dari 50.000 pasien di rawat inap (Kumar *et al.*, 2007). Di Indonesia, prevalensi luka bakar sebesar 0,7% (RISKESDAS, 2013).

Secara global, 96.000 anak-anak yang berusia di bawah usia 20 tahun mengalami kematian akibat luka bakar pada tahun 2004. Frekuensi kematian lebih tinggi sebelas kali di negara dengan pendapatan rendah dan menengah dibandingkan dengan negara dengan pendapatan tinggi sebesar 4,3 per 100.000 orang dan 0,4 per 100.000 orang. Kebanyakan kematian terjadi pada daerah yang miskin, seperti Afrika, Asia Tenggara, dan daerah Timur Tengah. Frekuensi kematian terendah terjadi pada daerah dengan pendapatan tinggi, seperti Eropa dan Pasifik Barat (WHO, 2008).



Gambar 2.1 Frekuensi Mortalitas Akibat Luka Bakar karena Api per 100.000 anak-anak berdasarkan tingkat pendapatan Negara, 2004 (WHO,2008)

3. Klasifikasi

Luka bakar dapat diklasifikasikan berdasarkan beberapa hal, antara lain: penyebab, luasnya luka, dan keparahan luka bakar.

a. Klasifikasi Berdasarkan Mekanisme dan Penyebab

1) Luka bakar ternal

Luka bakar yang biasanya mengenai kulit. Luka bakar ini bisa disebabkan oleh cairan panas, berkontak dengan dengan benda padat panas, terkena lilin atau rokok, terkena zat kimia, dan terkena aliran listrik (WHO, 2008).

2) Luka bakar inhalasi

Luka bakar yang disebabkan oleh terhirupnya gas yang panas, cairan panas atau produk berbahaya dari proses pembakaran yang tidak sempurna. Luka bakar ini penyebab kematian terbesar pada pasien luka bakar (WHO, 2008).

b. Klasifikasi Berdasarkan Derajat dan Keadaan Luka Bakar

1) Derajat I (*superficial*) hanya terjadi di permukaan kulit (epidermis). Manifestasinya berupa kulit tampak kemerahan, nyeri, dan mungkin dapat ditemukan bulla. Luka bakar derajat I biasanya sembuh dalam 3 hingga 6 hari dan tidak menimbulkan jaringan parut saat *remodeling* (Barbara *et al*, 2013).

2) Derajat II (*partial thickness*) melibatkan semua lapisan epidermis dan sebagian dermis. Kulit akan ditemukan bulla, warna kemerahan, sedikit edem dan nyeri berat.

Bila ditangani dengan baik, luka bakar derajat II dapat sembuh dalam 7 hingga 20 hari dan akan meninggalkan jaringan parut (Barbara *et al*, 2013).

3) Derajat III (*full thickness*) melibatkan kerusakan semua lapisan kulit, termasuk tulang, tendon, saraf dan jaringan otot. Kulit akan tampak kering dan mungkin ditemukan bulla ber dinding tipis, dengan tampilan luka yang beragam dari warna putih, merah terang hingga tampak seperti arang. Nyeri yang dirasakan biasanya terbatas

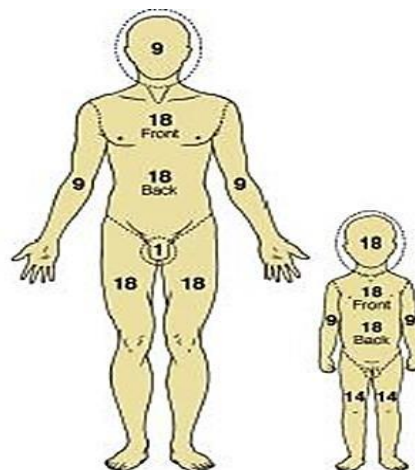
akibat hancurnya ujung saraf pada dermis. Penyembuhan luka yang terjadi sangat lambat dan biasanya membutuhkan donor kulit (Barbara *et al*, 2013).

c. Klasifikasi Berdasarkan Luas Luka

Sedangkan berdasarkan luas lesi dapat diklasifikasikan menjadi 3 yakni:

- 1) Luka bakar ringan, yakni luka bakar derajat I seluas <10% atau derajat II seluas <2%
- 2) Luka bakar sedang, yakni luka bakar derajat I seluas 10-15% atau derajat II seluas 5-10%
- 3) Luka bakar berat, yakni luka bakar derajat II seluas >20% atau derajat III seluas >10%

Untuk menilai luas luka menggunakan metode “*Rule of Nine*” berdasarkan LPTT (luas permukaan tubuh total). Luas luka bakar ditentukan untuk menentukan kebutuhan cairan, dosis obat dan prognosis. Persentase pada orang dewasa dan anak-anak berbeda. Pada dewasa, kepala memiliki nilai 9% dan untuk ekstermitas atas memiliki nilai masing-masing 9%. Untuk bagian tubuh anterior dan posterior serta ekstermitas bawah memiliki nilai masing-masing 18%, yang termasuk adalah toraks, abdomen dan punggung. Serta alat genital 1%. Sedangkan pada anak-anak persentasinya berbeda pada kepala memiliki nilai 18% dan ekstermitas bawah 14% (Yapa, 2009).

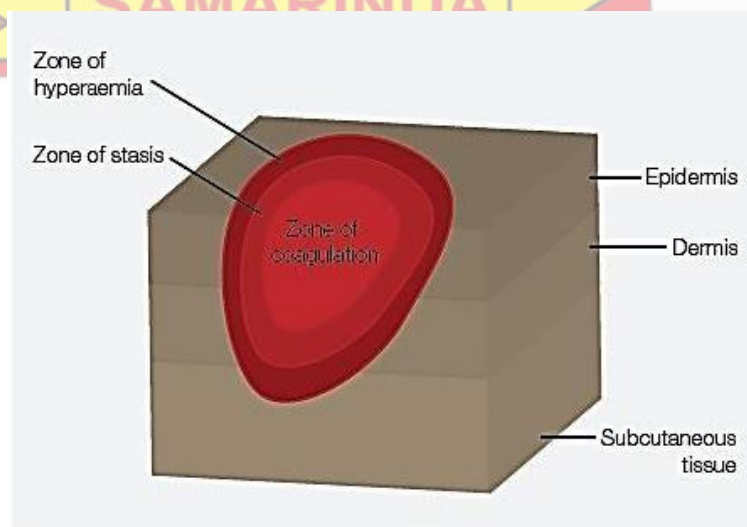


Gambar 2.2 Rule of Nine (Yapa, 2009)

4. Patofisiologi

Luka bakar dikelompokkan menjadi tiga zona berdasarkan derajat kerusakan jaringan dan perubahan pada aliran darah. Pada bagian pusat atau tengah luka disebut sebagai zona koagulasi, yaitu zona yang paling banyak terpapar panas dan mengalami kerusakan berat. Protein akan mengalami denaturasi pada suhu diatas 41°C , sehingga panas yang berlebih pada tempat luka akan mengakibatkan denaturasi protein, degradasi, dan koagulasi yang mampu menyebabkan nekrosis jaringan. Di luar zona koagulasi terdapat zona stasis atau zona iskemik yang ditandai dengan menurunnya perfusi jaringan. Zona stasis merupakan zona yang berpotensi untuk dilakukan penyelamatan jaringan (Nisanci *et al*, 2010).

Pada zona stasis, hipoksia dan iskemik dapat menyebabkan nekrosis jaringan dalam 48 jam bila tidak dilakukukan pertolongan. Penjelasan mengenai terjadinya mekanisme apoptosis dan nekrosis yang terjadi belum dapat dijelaskan secara detail, tetapi proses autofagosis akan terjadi dalam 24 jam pertama luka dan apoptosis onset lambat pada 24 hingga 48 jam pasca trauma bakar. Pada daerah paling luar luka yaitu zona hiperemis, merupakan zona yang menerima peningkatan aliran darah melalui vasodilatasi inflamasi (Tan *et al*, 2013).



Gambar 2.3 zona Luka Bakar (Rudall & Green, 2010)

5. Gambaran Klinis

Gambaran klinis luka bakar dapat dikelompokkan menjadi trauma primer dan sekunder, dengan adanya kerusakan langsung yang disebabkan oleh luka bakar dan morbiditas yang akan muncul mengikuti trauma awal. Pada daerah sekitar luka, akan ditemukan warna kemerahan, bulla, edema, nyeri atau perubahan sensasi. Efek sistematik yang ditemukan pada luka bakar berat seperti syok hipovolemik, hipotermi, perubahan uji metabolic dan darah (Rudall & Green, 2010).

Syok hipovolemik dapat terlihat pada pasien dengan luas luka bakar lebih dari 25% LPTT. Hal tersebut disebabkan oleh meningkatnya permeabilitas pembuluh darah yang berlangsung secara kontinu setidaknya dalam 36 jam pertama setelah trauma luka bakar. Berbagai protein termasuk albumin keluar menuju ruang interstitial dengan menarik cairan, sehingga menyebabkan edema dan dehidrasi. Selain itu, tubuh juga telah kehilangan cairan melalui luka area luka, sehingga untuk mengkompensasinya, pembuluh darah perifer dan visera berkonstriksi yang pada akhirnya akan menyebabkan hipoperfusi. Pada fase awal, curah jantung menurun akibat melemahnya kontraktilitas miokardium, meningkatnya *afterload* dan berkurangnya volume plasma. Tumour necrosis factor- α yang dilepaskan sebagai respon inflamasi juga berperan dalam penurunan kontraktilitas miokardium (Rudall & Green, 2010).

Suhu tubuh akan menurun secara besar dengan luka bakar berat, hal ini disebabkan akibat evaporasi cairan pada kulit karena suhu tinggi luka bakar dan syok hipovolemik. Uji kimia darah menunjukkan tingginya kalium (akibat kerusakan pada sel) dan rendahnya kalsium (akibat hipoalbumina). Setelah 48 jam setelah trauma luka, pasien dengan luka bakar berat akan menjadi hipermetabolik (laju metabolic dapat meningkat hingga 3 kali lipat). Suhu basal tubuh akan meningkat mencapai 38,5 °C akibat adanya respon inflamasi sistemik terhadap luka bakar. Respon imun pasien juga akan menurun karena adanya *down*

regulation pada reseptor sehingga meningkatkan resiko infeksi dan juga hilangnya barrier utama pertahanan tubuh yaitu kulit (Rudall & Green, 2010).

Nyeri akibat luka bakar dapat berasal dari berbagai sumber yaitu antara lain, sumber luka itu sendiri, jaringan sekitar, penggantian pembalut luka ataupun donor kulit. Setelah terjadinya luka, respon inflamasi akan memicu dikeluarkannya berbagai mediator seperti bradikinin dan histamine yang mampu memberi sinyal rasa nyeri (Richardson & Mustard, 2009).

Hiperalgnesia primer terjadi sebagai respon terhadap nyeri pada lokasi luka, sedangkan hiperalgnesia sekunder terjadi beberapa menit kemudian yang diakibatkan adanya transmisi saraf dari kulit sekitarnya yang tidak rusak. Pasien dengan luka bakar derajat I atau derajat II superfisial biasanya akan berespon baik terhadap pengobatan dan sembuh dalam waktu 2 minggu, luka bakar tersebut tampak berwarna merah muda atau merah, nyeri dan memiliki suplai darah yang baik (Rudall & Green, 2010).

6. Prognosis

Prognosis luka bakar akan lebih buruk bila terjadi pada area luka yang lebih besar, usia penderita yang lebih tua, dan pada wanita. Adanya trauma inhalasi atau trauma signifikan lain seperti fraktur tulang panjang dan komorbiditas berat (penyakit jantung, diabetes, gangguan psikiatri dan keinginan untuk bunuh diri) juga mempengaruhi prognosis (Tintinalli, 2010).

Selain itu juga dapat digunakan metode skoring Baux termodifikasi untuk memprediksi persentase mortalitas trauma luka bakar. Rumus Baux adalah umur + persentase luka bakar + (17 x (trauma inhalasi, 1 = ya, 0 = tidak) (Osler *et al*, 2010).

7. Komplikasi

Komplikasi luka bakar dapat berasal dari luka itu sendiri atau dari ketidakmampuan tubuh saat proses penyembuhan luka (Buminjury, 2013).

- a. Infeksi luka bakar
- b. Terganggunya suplai darah atau sirkulasi
- c. Komplikasi jangka panjang

E. Konsep Dasar Bermain

1. Pengertian Terapi Bermain

Terapi bermain adalah media komunikasi antara anak dengan orang lain, termasuk dengan perawat atau petugas kesehatan di rumah sakit (Supartini, 2004). Sedangkan menurut Betz dan Sowden (2006) terapi bermain merupakan terapi untuk mengembangkan mental anak dan untuk mengobati anak yang sedang dalam perawatan.

2. Tujuan Terapi Bermain

Menurut Supartini (2004), bermain sebagai terapi mempunyai tujuan sebagai berikut :

- 1) Untuk melanjutkan pertumbuhan dan perkembangan yang normal pada saat sakit anak mengalami gangguan dalam pertumbuhan dan perkembangannya. Walaupun demikian, selama anak dirawat di rumah sakit, kegiatan stimulasi pertumbuhan dan perkembangan masih harus tetap dilanjutkan untuk menjaga kesinambungannya.
- 2) Mengekspresikan perasaan, keinginan, dan fantasi serta ide-idenya. Permainan adalah media yang sangat efektif untuk mengekspresikan perasaan yang tidak menyenangkan selama dirumah sakit.
- 3) Mengembangkan kreativitas dan kemampuannya memecahkan masalah.

- 4) Permainan akan menstimulasi daya pikir, imajinasi dan fantasinya untuk menciptakan sesuatu seperti yang ada dalam pikirannya.
- 5) Dapat beradaptasi secara efektif terhadap stress karena sakit dan dirawat di rumah sakit. Bermain dapat mengalihkan rasa sakit sehingga dapat menurunkan rasa cemas, takut, nyeri, dan marah.

3. Manfaat bermain untuk anak yang dirawat di rumah sakit.

Perawatan anak di rumah sakit merupakan pengalaman yang penuh dengan stres, baik bagi anak maupun orang tua. Beberapa bukti ilmiah menunjukkan bahwa lingkungan rumah sakit itu sendiri merupakan penyebab stres bagi anak dan orang tuanya, baik lingkungan fisik rumah sakit, petugas kesehatan, maupun lingkungan sosial. Perasaan seperti takut, cemas, tegang, nyeri dan perasaan yang tidak menyenangkan lainnya, sering kali dialami anak. Untuk itu, anak memerlukan media yang dapat mengekspresikan perasaan tersebut dan mampu bekerjasama dengan petugas kesehatan selama dalam perawatan. Media yang paling efektif adalah melalui kegiatan bermain. Permainan yang terapeutic didasari oleh pandangan bahwa bermain bagi anak merupakan aktifitas yang sehat dan diperlukan untuk kelangsungan tumbuh kembang anak dan memungkinkan untuk dapat menggali dan mengekspresikan perasaan pikiran anak, mengalihkan perasaan nyeri dan relaksasi. Dengan demikian, kegiatan bermain harus menjadi bagian integral dari pelayanan kesehatan anak dirumah sakit (Ahmadi, 2008).

Anna (2000), menyatakan bahwa aktifitas bermain yang dilakukan perawat di rumah sakit akan memberi manfaat sebagai berikut :

- 1) Meningkatkan hubungan antara klien (anak dan keluarga) dan perawat karena dengan melaksanakan kegiatan bermain, perawat mempunyai kesempatan untuk membina hubungan yang baik dan menyenangkan dengan anak dan keluarganya. Bermain merupakan alat komunikasi yang efektif antara perawat dan klien.

- 2) Perawatan di rumah sakit akan membatasi kemampuan anak untuk mandiri. Aktivitas bermain yang terprogram akan memulihkan perasaan mandiri pada anak.
- 3) Permainan pada anak di rumah sakit tidak hanya memberikan rasa senang pada anak, tetapi juga akan membantu anak mengekspresikan perasaan dan pikiran cemas, takut, sedih, tegang dan nyeri.
- 4) Permainan yang terapeutik akan dapat meningkatkan kemampuan anak untuk mempunyai tingkah laku yang positif.
- 5) Permainan yang memberi kesempatan pada beberapa anak untuk berkompetisi secara sehat, akan dapat menurunkan ketegangan pada anak dan keluarganya.

4. Prinsip terapi bermain pada anak yang dirawat di rumah sakit

Menurut Supartini (2004), terapi bermain yang dilaksanakan di rumah sakit tetap harus memperhatikan kondisi kesehatan anak. Adapun beberapa prinsip permainan pada anak di rumah sakit, yaitu :

- 1) Permainan tidak boleh bertentangan dengan pengobatan yang sedang dijalankan pada anak. Apabila anak harus tirah baring, harus dipilih permainan yang dapat dilakukan di tempat tidur, dan anak tidak boleh diajak bermain dengan kelompoknya di tempat bermain khusus yang ada di ruangan rawat.
- 2) Permainan yang tidak membutuhkan banyak energi, singkat dan sederhana. Pilih jenis permainan yang tidak melelahkan anak, menggunakan alat permainan yang ada pada anak atau yang tersedia diruangan. Hal yang perlu diperhatikan dalam membuat suatu alat permainan, pilih yang sederhana supaya tidak melelahkan anak.
- 3) Permainan harus mempertimbangkan keamanan anak. Pilih alat permainan yang aman untuk anak, tidak tajam, tidak merangsang anak untuk berlari – lari dan bergerak secara berlebihan misalnya: bercerita atau membacakan cerita yang sifatnya menghibur.

- 4) Permainan harus melibatkan kelompok umur yang sama.
- 5) Melibatkan orang tua, satu hal yang harus diingat bahwa orang tua mempunyai kewajiban untuk tetap melangsungkan upaya stimulasi tumbuh kembang pada anak walaupun sedang dirawat di rumah sakit, termasuk dalam aktifitas bermain anaknya. Perawat hanya bertindak sebagai fasilitator sehingga apabila permainan diinisiasi oleh perawat, orang tua harus terlibat secara aktif dan mendampingi anak mulai dari awal permainan sampai mengevaluasi hasil permainan anak bersama dengan perawat dan orang tua anak lainnya.

5. Tipe Bermain

Jika dilihat dari tipe permainan, permainan dapat dibagi menjadi 5 tipe yaitu :

- 1) Permainan pengamat adalah anak memperhatikan apa yang dilakukan anak lain, tetapi tidak berusaha untuk terlibat dalam aktivitas dalam bermain tersebut.
- 2) Permainan tunggal adalah anak bermain sendiri dengan mainan yang berbeda dengan mainan yang digunakan oleh anak lain di tempat yang sama.
- 3) Permainan parallel adalah anak bermain secara mandiri tetapi diantara anak-anak lain.
- 4) Permainan asosiatif adalah bermain bersama dan mengerjakan aktivitas serupa atau bahkan sama, tetapi tidak ada organisasi, pembagian kerja, penetapan kepemimpinan atau tujuan bersama.
- 5) Permainan kooperatif (kerjasama) adalah permainan bersifat teratur, dan anak bermain dalam kelompok dengan anak lain.

F. Pengertian Terapi Bermain *Puzzle*

1. Pengertian

Puzzle merupakan alat bermain yang dapat membantu perkembangan psikososial pada anak (Ball, et all, 2012; Fitriani, 2017).

Puzzle merupakan permainan yang dapat memfasilitasi permainan asosiatif dimana pada usia prasekolah anak senang bermain dengan anak lain sehingga *puzzle* dapat dijadikan sarana bermain anak sambil bersosialisasi (Ball, et all, 2012; Fitriani, 2017). Pemilihan *puzzle* sebagai terapi bermain juga dikarenakan bermain *puzzle* tidak memerlukan tenaga yang berlebihan sehingga anak tidak mudah lelah.

2. Manfaat Terapi Bermain *Puzzle*

Manfaat terapi bermain *puzzle* sebagai berikut:

a. Meningkatkan Keterampilan Kognitif

Keterampilan kognitif berhubungan dengan kemampuan dalam belajar dan memecahkan masalah. Dengan bermain *puzzle* anak akan mencoba memecahkan masalah yaitu menyusun gambar.

b. Meningkatkan Keterampilan Motoric Halus

Keterampilan motoric halus berkaitan dengan kemampuan anak menggunakan otot-otot kecilnya khususnya tangan dan jari-jari tangan.

c. Meningkatkan Keterampilan Sosial

Keterampilan sosial berkaitan dengan kemampuan berinteraksi dengan orang lain. Bermain *puzzle* dapat dilakukan secara individu namun dapat juga dilakukan secara kelompok atau bersama.

d. Melatih koordinasi Mata dan Tangan

Anak menjadi belajar mencocokkan keping-keping *puzzle* dan menyusunnya menjadi satu gambar. Ini merupakan langkah penting menuju pengembangan keterampilan membaca.

e. Melatih Logika

Melalui *puzzle* anak dilatih menggunakan logikanya. Misalnya *puzzle* bergambar manusia, anak akan dilatih menyimpulkan dimana letak kepala, tangan, dan kaki sesuai logika.

f. Melatih Kesabaran

Bermain *puzzle* membutuhkan kesabaran, ketekunan dan memerlukan waktu untuk berfikir dalam menyelesaikan tantangan.

g. Memperluas Pengetahuan

Anak akan belajar banyak hal, warna, bentuk, angka, huruf. Pengetahuan yang diperoleh dari cara ini mengesankan bagi anak dibandingkan yang dihafalkan. Anak dapat belajar konsep dasar, binatang, alam sekitar, buah-buahan, alphabet, dan lain-lain.



BAB III

PROSES PRAKTIK NERS

A. Laporan dan Analisis Kasus Kelolaan dan Resume

1. Kasus kelolaan utama

Klien masuk rumah sakit AWS pada tanggal 24 Oktober 2019. Sebelum ke rumah sakit klien dibawa ke puskesmas terdekat lalu di rujuk ke rumah sakit AWS, klien masuk melalui IGD dengan keluhan luka bakar pada bagian dada. Lalu dari IGD pasien masuk ruang rawat inap melati. Lalu klien menjalani perawatan sejak tanggal 24 Oktober 2019 sampai dengan peneliti melakukan pengkajian 29 November 2019. Selama masa perawatan ini orang tua mengatakan anaknya selalu menangis dan gelisah pada saat akan dilakukan tindakan keperawatan, melihat petugas kesehatan khususnya perawat, anaknya langsung takut dan meminta orang tuanya untuk mendekatinya. Orang tua klien mengatakan anaknya selalu menangis dan takut apabila mau dilakukan pemeriksaan apapun.

a. Pengkajian

1) Identitas Data

Klien bernama An.A, seorang perempuan, berusia 3 tahun 9 bulan, lahir di Samarinda pada tanggal 08 Maret 2016. Ayahnya bernama Tn.A bekerja swasta. Ibu klien bernama Ny. A sebagai ibu rumah tangga. Kedua orang tua klien dengan pendidikan terakhir SMA. Beragama Islam. Suku Bugis/Warga Negara Indonesia. Alamat tempat tinggal berada di Jalan Muara Badak Ulu.

2) Keluhan Utama : Nyeri

P : klien mengatakan ada nyeri pada saat istirahat

Q : nyeri seperti disilet-silet

R : dada

S : skala nyeri berdasarkan wong_baker 6

T : nyeri hilang timbul

3) Riwayat Keluhan Saat Ini

Orang tua klien mengatakan sebelum dibawa ke rumah sakit AWS, anaknya mengalami luka bakar pada bagian tangan kanan, leher, dan dadanya karena api dari bakaran sampah ayahnya. Klien langsung dilarikan ke Puskesmas terdekat lalu dirujuk ke RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

4) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Prenatal	Saat masa kehamilan usia 9 bulan ibu klien mengalami keracunan kehamilan
Intranatal	Ibu klien mengatakan anaknya dilahirkan cukup bulan dengan proses lahiran normal di klinik ditolong oleh bidan dan bayi nya segera menangis .
Postnatal	Orang tua klien mengatakan setelah lahir anaknya langsung menyusui dan mendapat ASI eksklusif selama 6 bulan. BB: 3600 gram PB : 39cm

5) Riwayat Masa Lalu

a. Penyakit waktu kecil

Orang tua klien mengatakan tidak mempunyai penyakit sewaktu kecil

b. Pernah di rawat di RS

Orang tua klien mengatakan klien tidak pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya

c. Obat – obatan yang digunakan

Orang tua klien mengatakan sering menggunakan obat paracetamol sirup 3x1/hari

d. Tindakan (Operasi)

Orang tua klien mengatakan anaknya belum pernah dilakukan tindakan operasi sebelumnya

e. Alergi

Orang tua klien mengatakan anaknya tidak memiliki alergi obat, makanan atau apapun.

f. Kecelakaan

Orang tua klien mengatakan anaknya tidak pernah mengalami kecelakaan.

g. Imunisasi

Orang tua klien mengatakan klien punya riwayat imunisasi lengkap

BCG : usia baru lahir

Polio : usia 4 bulan

DPT : usia 18 Bulan

Campak : usia 9 bulan

Hepatis B : usia baru lahir, usia 2 bulan dan usia 5 bulan

6) Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan

Tengkurap, usia : 4 Bulan

Duduk, usia : 6 Bulan

Berdiri, usia : 10 Bulan

Berjalan, usia : 1 Tahun

Bicara, usia : 1 Tahun

Tumbuh Gigi, usia: 8 Bulan

7) Riwayat Sosial

a. Orang tua klien mengatakan yang mengasuh klien saat ini adalah ibunya dan ayahnya serta kakak kandung klien

b. Hubungan dengan anggota keluarga : klien mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarganya.

c. Hubungan dengan teman sebaya : klien dalam berteman dengan teman sebayanya sangat baik, orang tua klien mengatakan anaknya sering main Bersama teman-temannya

8) Riwayat Keluarga

a. Sosial Ekonomi

Orang tua klien mengatakan sosial ekonominya cukup dan bisa membiayai kehidupan sehari-hari. Pendapatan >Rp 2jt. Selama anaknya dirawat dirumah sakit biaya rumah sakit ditanggung oleh BPJS

b. Lingkungan Rumah

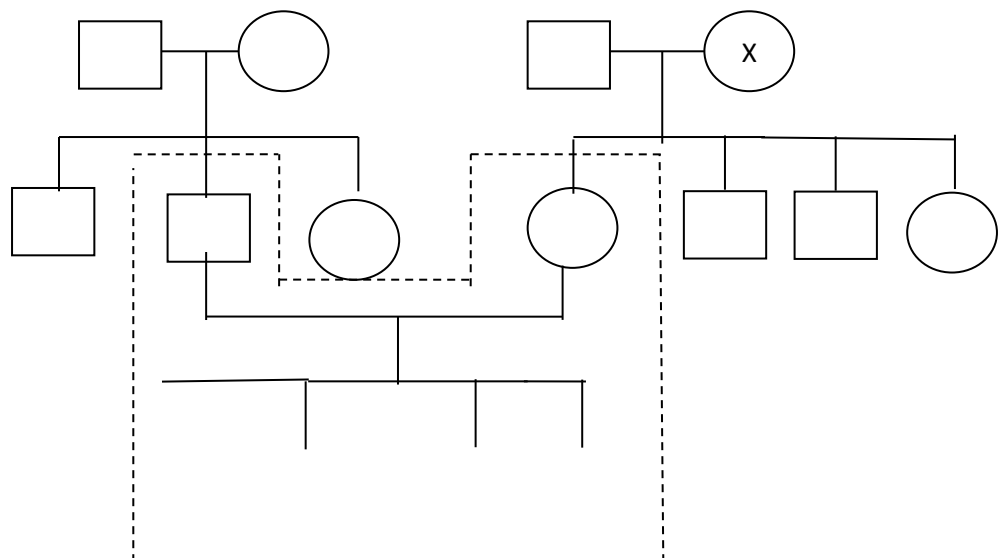
Orang tua klien mengatakan lingkungan disekitar rumahnya aman dan nyaman, tempat tinggal saat ini rumah milik sendiri, lingkungannya bersih dan ramai. Orang tua klien mengatakan rumahnya memiliki ventilasi yang cukup terang, ada jendela, mempunyai toilet jongkok.

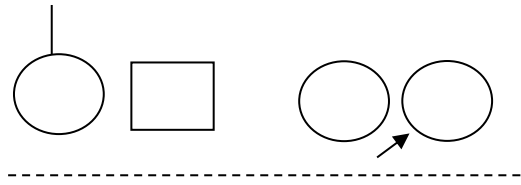
c. Penyakit keluarga

Orang tua klien mengatakan mereka berdua mempunyai riwayat hipertensi.




d. Genogram





Keterangan :

 : Perempuan _____ : Garis
 Hubungan

 : Laki-laki ----- : Tinggal
 Serumah

 : Pasien X : Meninggal

9) Pengkajian Tingkat Perkembangan saat ini

Umur An. A pada saat ini 3 tahun 9 bulan, sampai saat ini tidak ada gangguan dalam tingkat perkembangan anak. Pertumbuhan dan perkembangan sesuai dengan umur anak.

10) Pengkajian Pola Kesehatan Saat Ini

a. Pemeliharaan dan persepsi terhadap kesehatan

Orang tua klien mengatakan jika anak nya atau keluarga nya ada yang sakit dan mempunyai keluhan mereka langsung membawanya ke rumah sakit atau puskesmas.

b. Nutrisi

- **SMRS** : orang tua klien mengatakan sebelum masuk rumah sakit anak nya selalu memakan yang dimasak oleh ibunya. An.A kuat makannya tidak ada penurunan nafsu makan, orang tua klien mengatakan An.A makan 3x/hari dengan porsi yang sedang dan selalu habis.
- **MRS** : orang tua klien mengatakan awal masuk rumah sakit anaknya kurang mau untuk makan, pada saat

makan tidak selalu habis, namun pada saat ini nafsu makannya kembali lagi An.A kuat untuk makan.

c. Cairan

- **SMRS** : orang tua klien mengatakan sebelum masuk rumah sakit anaknya lumayan banyak untuk minum, orang tua klien mengatakan anaknya sehari menghabiskan ± 1000 cc/harinya. Orang tua klien juga mengatakan anaknya masih minum susu.
- **MRS** : orang tua klien mengatakan saat masuk rumah sakit ini anaknya masih lumayan banyak untuk minum ± 7 gelas perhari.

d. Aktivitas

- **SMRS** : orang tua klien mengatakan sebelum sakit anaknya sering melakukan aktivitas di lingkungan rumah bermain dengan teman sebayanya.
- **MRS** : orang tua klien mengatakan selama dirawat di rumah sakit ini anaknya hanya berbaring saja dan sering tidur, paling sesekali menonton video animasi kartun.

e. Tidur dan istirahat

- **SMRS** : orang tua klien mengatakan sebelum dirawat di rumah sakit An.M tidak ada masalah untuk tidur dan istirahatnya. Untuk istirahat biasanya anaknya sekitar $\pm 2-3$ jam. Dan untuk tidur anaknya $\pm 8-9$ jam. Bangun dengan ceria dan segar.
- **MRS** : orang tua klien mengatakan selama dirawat di rumah sakit ini pola tidur anaknya tidak mengalami perubahan. Bisa tidur dan tidak terganggu. Anaknya istirahat sekitar 3 jam lamanya. Dan tidurnya lamanya sekitar 8-9 jam.

f. Eliminasi

- **SMRS** :

BAK : orang tua klien mengatakan sebelum dirawat dirumah sakit anaknya tidak mengalami masalah untuk BAK, anaknya sehari biasa BAK 4-5x/hari dengan warna kuning jernih, BAK lancar tidak ada ganggian, dan bau urin yang khas.

BAB : orang tua klien mengatakan untuk BAB pun tidak ada masalah anaknya biasa nya BAB 2-3x/hari dengan konsistensi padat dan berwarna kuning kecokelatan.

• **MRS** :

BAK : orang tua klien mengatakan saat dirawat dirumah sakit anaknya sering BAK 5-6x/hari dengan warna kuning kuning jernih dan berbau khas.

BAB : orang tua klien mengatakan selama dirawat pasien hanya BAB 2x sehari.

g. Pola hubungan

klien dapat berhubungan baik dengan teman sebayanya, klien diasuh oleh kedua orang tuanya

h. Koping atau tempramen dan disiplin yang di terapkan

An. A berada pada kondisi umum yang sedang namun, klien selalu takut dan tegang bahkan sampai menangis bila dilakukan tindakan pemberian obat injeksi melalui IV.

i. Kognitif dan persepsi

Klien selalu mengetahui mana tindakan yang menurutnya sakit, klien akan menangis dan berteriak.

j. Konsep diri

Orang tua klien mengatakan anaknya merupakan anak kedua dari tiga bersaudara

k. Seksual dan menstruasi

Pada klien anak-anak pola seksual belum dapat dikaji. Klien berjenis kelamin perempuan, jadi belum mengalami menstruasi

1. Nilai

Klien dan keluarga beragama islam, orang tua klien mengatakan anaknya biasanya ikut sholat mengaji.

11) Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum

Keadaan umum pasien baik, kesadaran compos mentis

- Tanda-tanda vital :

KU : Sedang, Kesadaran : CM, GCS : E4V4M5

TD : 100/60 mmHg N: 98x/i S: 36,4°C RR: 24x/i

BB/TB : 16kg / 87 cm

Lingkar Kepala : 48 cm

Lingkar Lengan Atas: 12 cm

- Skala Nyeri :



- Resiko jatuh

Tabel 3.1 Skala Humpty Dumpty

Parameter	Kriteria	Nilai	Skor
Usia	< 3 Tahun		4
	3-7 Tahun	3	3
	7 -13 Tahun		2
	≥ 13 Tahun		1
Jenis Kelamin	Laki-laki		2
	Perempuan	1	1
Diagnosis	Diagnosis Neurologi		4

	Perubahan oksigenasi (diagnosis respiratorik, dehidrasi, anemia, sinkop, pusing)		3
	Gangguan perilaku/psikiatri		2
	Diagnosis lainnya	1	1
	Tidak menyadari keterbatasan dirinya		3
Gangguan Kognitif	Lupa akan adanya keterbatasan		2
	Orientasi baik terhadap diri sendiri	1	1
	Riwayat jatuh/bayi diletakkan ditempat tidur dewasa		4
Faktor Lingkungan	Menggunakan alat bantu/diletakkan dalam tempat tidur bayi		3
	Pasien diletakkan di tempat tidur		2
	Area di luar rumah sakit	1	1
Pembedahan /sedasi/anastesi	Dalam 24 jam		3
	Dalam 48 jam		2
	> 48 jam atau tidak menjalani pembedahan/sedasi/anastesi	1	1
Penggunaan medic mentosa	Penggunaan multiple : sedative, obat hypnosis, barbiturate, fenotiazin, antidepresan, pencahar, diuretic, narkose		3
	Penggunaan salah satu obat diatas		2
	Penggunaan medikasi lainnya/tidak ada medikasi	1	1
Jumlah Skor Humpty Dumpty			9

- **Skor 7-11 : resiko**
- Skor >12
- Skor >12 : resiko tinggi
- Skor 7-11 : resiko rendah

b. Kulit

Inspeksi : ada lesi pada kulit klien, ada luka/jejas akibat luka bakar, tidak ada pembengkakan, warna kulit sawo matang. Kulit kering.

Palpasi : tidak ada massa, turgor kulit < 2 detik (normal), tidak ada edem, ada nyeri tekan.

b. Kepala

Inspeksi : rambut berwarna hitam, tidak rontok, kulit kepala bersih, tidak ada lesi, bentuk kepala simetris, tidak ada benjolan.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

c. Mata

Inspeksi : konjungtiva tidak anemis, kornea jernih, pupil isokor, sklera tidak ikterik, tidak ada peradangan, reflek cahaya (+/+),

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan pada mata.

d. Telinga

Inspeksi : telinga bersih, bentuk telinga simetris antara kanan dan kiri.

Palpasi : tidak ada benjolan disekitar telinga, tidak ada nyeri tekan,

e. Hidung

Inspeksi : bentuk hidung simetris, tidak ada polip, tidak ada secret pada hidung, penciuman normal, tidak ada pernafasan cuping hidung.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

f. Mulut

Inspeksi : gigi susu sudah banyak tumbuh, tidak ada labioskizis, tidak tampak bersih, mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis, tidak ada gangguan menelan.

g. Leher

Inspeksi : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada massa atau benjolan, tidak ada lesi.

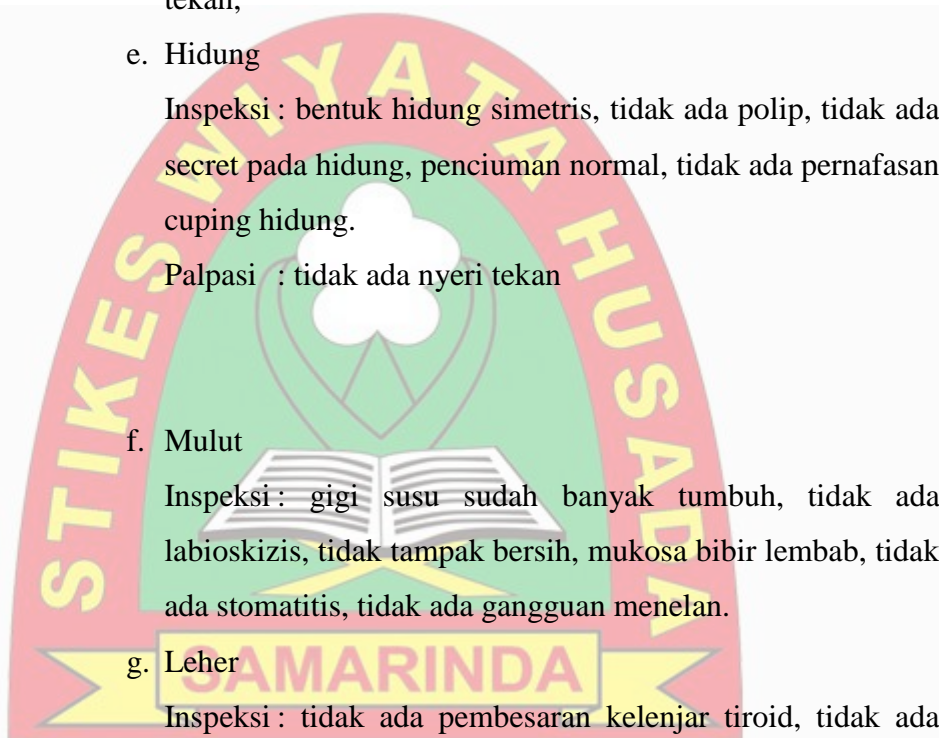
Palpasi : tidak ada pembengkakan vena jugularis, tidak ada nyeri tekan

h. Dada

Inspeksi : bentuk dada kanan dan kiri simetris, ada lesi, tidak ada benjolan, tidak ada retraksi dinding dada.

Palpasi : kulit klien terasa hangat , vocal fremitus : pergerakan dinding dada kiri dan kanan simetris

i. Paru



Inspeksi : bentuk dada simstris, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, tidak ada lesi.

Palpasi : vocal fremitus tersebar merata pada dinding kanan dan kiri

Perkusi : suara sonor

Auskultasi : suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan tidak ada whezzing /ronchi di rongga paru kanan dan kiri.

j. Jantung

Inspeksi : perkembangan dada simetris

Palpasi : tidak ada massa dan nyeri tekan

Auskultasi : suara S1 & S2 tunggal dan teratur, tidak ada bunyi suara jantung tambahan seperti gallop dan murmur.

Perkusi : pada daerah jantung suara pekak

k. Abdomen

Inspeksi : tidak ada lesi, tidak ada bengkakan,

Auskultasi : terdapat suara bisung usu 10x/menit

Perkusi : Timpani, tidak ada cairan

Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada perut klien

l. Genetalia

Inspeksi : orang tua klien mengatakan tidak ada masalah

m. Anus dan rectum

Orang tua klien mengatakan tidak ada benjolan,

n. Muskulosceletal

Kekuatan ekstremitas baik pada kedua tangan dan kedua kaki, bida digerakkan dengan baik. Tidak ada gangguan pergerakan

MMT :

4	5
5	5

o. Neurologi

Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis GCS

E4V5M6 = 15

12) Pemeriksaan Diagnostic Lainnya

a) Pemeriksaan laboratorium

Tabel 3.2 Pemeriksaan laboratorium tanggal 27 November 2019

No	Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Unit
Hematologi				
1	Leukosit	13.81	6.00-17.00	$10^3/\mu\text{L}$
2	Eritrosit	4.00	3.90-5.90	$10^6/\mu\text{L}$
3	Hemoglobin	9.8	12.0-16.0	g/dL
4	Hematokrit	29.5	34.0-40.0	%
5	PLT (trombosit)	555	150 - 450	$10^3/\mu\text{L}$

Pemeriksaan laoratorium Kimia Klinik tanggal 27 November 2019

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Unit
Creatinine	0.5	0.5-11	Mg/dL
SGOT	35	<32	U/L
SGPT	10	<33	U/L

13) Program Terapi dan Cairan

a) **Terapi Pemberian Infus**

D5 ½ NS = 8 tpm

Nacl 0,9% = 8 tpm

Albumin 20%

b) **Terapi Pemberian Obat Oral**

○ Cefixime ½ cth/12 jam

○ Ibuprofen 3x 1 hari

c) **Terapi Pemberian Obat Injeksi**

○ Ceftriaxone 500 mg/12 jam secara IV

○ Santagesik 150mg/12 jam secara IV

c. Analisa Data

No	Data Penunjang	Etiologi	Masalah
1	<p>DS :</p> <p>-</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien bersikap waspada, posisi menghindari nyeri - Klien sesekali tampak meringis - P : klien mengatakan ada nyeri pada saat istirahat Q : nyeri seperti disilet-silet R : dada, tangan kanan, leher S : skala nyeri berdasarkan 6 T : nyeri hilang timbul 	<p>Agen cedera fisiologi</p>	<p>Nyeri akut</p>
2	<p>DS :</p> <p>Ibu klien mengatakan anak megalami sulit untuk beraktivitas anak hanya berada di tempat tidur.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak beraktivitas di tempat tidur - Klien hanya bisa berbaring di tempat tidur - Kekuatan otot 	<p>Aktivitas pergerakan terganggu</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik</p>
3	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orang tua klien mengatakan klien tersambar api saat ayahnya membakar sampah <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien memakai perban di leher, tangan, dan dada - Perban terlihat bersih 		<p>Gangguan kerusakan integritas kulit/jaringan</p>
4	<p>DS :</p> <p>Orang tua klien mengatakan anaknya takut apabila ada perawat yang datang</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terlihat tegang ketika ada perawat datang - Klien menangis ketika didekati perawat - Klien menangis apabila mau dilakukan pemeriksaan 	<p>Hospitalisasi</p>	<p>Ansietas</p>

- Klien tidak kooperatif

5	DS: - DO: <ul style="list-style-type: none"> - Klien terpasang infus - Klien dibalut perban di tangan kiri dan dada - Hasil laboratorium: Leukosit $13.81 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ 	Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan	Risiko Infeksi
---	--	--	----------------

d. Rencana Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI															
1	Nyeri akut berhubungan dengan Agens cedera fisiologis	Tingkat nyeri Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan Setelah` dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan terjadi perubahan dari kondisi penyimpangan yang besar (1) sampai tidak adanya penyimpangan (5). Ditunjukkan dengan indikator sebagai berikut : <table border="1" data-bbox="667 1400 1141 1635"> <thead> <tr> <th>indikator</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mengeluhkan nyeri</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>meringis</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>gelisah</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Berfokus pada diri sendiri</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	indikator	Awal	Target	Mengeluhkan nyeri	2	4	meringis	2	4	gelisah	2	4	Berfokus pada diri sendiri	3	4	Manajemen nyeri : Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan Tindakan : Observasi : 1.1 identifikasi lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 1.2 identifikasi skala nyeri 1.3 identifikasi respons nonverbal terapeutik : 1.4 berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.5 kontrol lingkungan yang memperberar rasa nyeri 1.6 fasilitas istirahat dan tidur
indikator	Awal	Target																
Mengeluhkan nyeri	2	4																
meringis	2	4																
gelisah	2	4																
Berfokus pada diri sendiri	3	4																
2	Gangguan Mobilitas Fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan gangguan	Dukungan Mobilisasi Definisi:															

Keterangan :
 1 : meningkat
 2 : cukup meningkat
 3 : sedang
 4 : cukup menurun
 5 : menurun

mobilitas fisik klien dapat teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut :

Mobilitas Fisik

indikator	Awal	Target
Pergerakan ekstermitas	2	4
Kekuatan otot	2	4
Rentang gerak	2	4
Nyeri	3	4
kecemasan	3	4
Gerakan terbatas	2	4

Indikator Skala :

1. Menurun (1)
2. Cuku menurun (2)
3. Sedang (3)
4. Cukup meningkat (4)
5. Meningkat (5)

Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktifitas pergerakan fisik.

Tindakan:

- Observasi :
 - 2.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.
 - 2.2 Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan.
 - 2.3 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi.
- Terapeutik :
 - 2.4 Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur).
 - 2.5 Fasilitasi melakukan pergerakan jika perlu
 - 2.6 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.
- Edukasi
 - 2.7 Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur kekursi).

3 Gangguan Integritas Kulit/Jaringan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik klien dapat teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut :
Penyembuhan Luka

indikator	Awal	Target
Penyatuan luka	2	4
Penyatuan tepi luka	2	4
Jaringan granulasi	2	4
Pembentukan jaringan parut	3	4

Indikator Skala :

1. Menurun (1)
2. Cuku menurun (2)
3. Sedang (3)
4. Cukup meningkat (4)
5. Meningkat (5)

Perawatan Luka Bakar

Definisi:

Mengidentifikasi dan merawat luka akut dan luka kronik akibat trauma termal.

Tindakan:

- Observasi :
 - 3.1 Identifikasi penyebab luka bakar
 - 3.2 Identifikasi durasi terkena luka bakar dan riwayat penanganan luka sebelumnya
 - 3.3 Monitor kondisi luka
- Terapeutik :
 - 3.4 Gunakan teknik aseptik selama merawat luka.
 - 3.5 Lepaskan balutan lama dengan menghindari nyeri dan perdarahan
 - 3.6 Bersihkan luka dengan cairan steril

3.7 Lakukan terapi relaksasi untuk mengurangi nyeri

- Edukasi
 - 3.8 Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
- Kolaborasi
 - 3.9 Kolaborasi tindakan debridement

4 Ansietas berhubungan dengan Hospitalisasi

Tingkat Ansietas

Definisi :

Kondisi emosi dari pengalaman subjektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman

Setelah` dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan terjadi perubahan dari kondisi penyimpangan yang besar (1) sampai tidak adanya penyimpangan (5). Ditujukkan dengan indikator sebagai berikut :

indikator	Awal	Target
Perilaku gelisah	2	4
Verbilisasi kebingungan	2	4
Kontak mata	2	4
Konsentrasi	3	4
Perilaku tegang	3	5

Keterangan :

- 1 : meningkat
- 2 : cukup meningkat
- 3 : sedang
- 4 : cukup menurun
- 5 : menurun

Teknik Distraksi

Definisi :

Mengalihkan perhatian atau mengurangi emosi dan pikiran negatif terhadap sensasi yang tidak diinginkan

Aktivitas :

- 4.1 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- 4.2 Identifikasi tingkat kecemasan
- 4.3 Dorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat
- 4.4 Identifikasi pilihan teknik distraksi yang diinginkan
- 4.5 Gunakan teknik distraksi (terapi bermain puzzle)
- 4.6 Jelaskan manfaat dan jenis distraksi bagi panca inder
- 4.7 Anjurkan membuat daftar aktivitas yang menyenangkan
- 4.8 Anjurkan berlatih teknik distraksi
- 4.9 Puji/kuatkan perilaku yang baik secara tepat

5 Risiko Infeksi

Control Risiko

Definisi :

Kemampuan untuk mengerti, mencegah, mengeliminasi, atau mengurangi ancaman kesehatan yang dapat dimodifikasi

Pencegahan infeksi

Definisi :

Mengidentifikasi dan menurunkan risiko terserang organisme patogenik

Aktivitas :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan terjadi perubahan dari kondisi penyimpangan yang besar (1) sampai tidak adanya penyimpangan (5). Ditunjukkan dengan indicator sebagai berikut :

Indicator	awal	Target
Mencari informasi terkait control infeksi (4)	2	4
Menidentifikasi factor resiko infeksi	3	5
Mengetahui konsekuensi terkait infeksi	3	5
Memonitor factor di lingkungan yang berhubungan dengan risiko infeksi	3	5
Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi	3	5

- 1.1 Monior adanya tanda dan gejala infeksi sistemik dan local
- 1.2 Batasi jumlah pengunjung
- 1.3 cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungannya
- 1.4 Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi
- 1.5 Ajarkan cuci tangan dengan benar'
- 1.6 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- 1.7 Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Keterangan :

- 1 : menurun
- 2 : cukup menurun
- 3 : sedang
- 4 cukup meningkat
- Meningkat

e. Implementasi Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	HARI/TGL	JAM	IMPLEMENTASI	Evaluasi
1	Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisiologis	Sabtu , 29 Nov 2019	08.30	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian nyeri : lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri EP : P : klien mengatakan ada nyeri pada saat istirahat Q : nyeri seperti disilet-silet R :dada, leher, tangan kanan S : skala nyeri berdasarkan wong_baker 6 T : nyeri hilang timbul 	<p>S :</p> <p>P : klien mengatakan ada nyeri pada saat istirahat</p> <p>Q : nyeri seperti disilet-silet</p> <p>R : dada, leher, tangan kanan</p> <p>S : skala nyeri berdasarkan wong_baker 6</p> <p>T : nyeri hilang timbul</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - Klien gelisah - Skala nyeri wong-baker : 6

			<p>2. Mengidentifikasi skala nyeri pasien EP :Skala nyeri pasien berdasarkan wong-baker : 4</p> <p>3. Mengobservasi reaksi nonverbal pasien EP :Klien terlihat meringis</p> <p>10.00 4. Mengajarkan pasien Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri EP : mengajari pasien untuk latihan nafas dalam apabila nyeri timbul kembali</p> <p>10.00 5. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan EP : klien terlihat nyaman</p> <p>6. Meningkatkan istirahat dan tidur klien EP : klien dapat beristirahat dan tidur dengan nyaman</p>	<p>A : Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>indikator</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mengelu hkan nyeri</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>meringis</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>gelisah</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Berfokus pada diri sendiri</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>1.1 identifikasi lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>1.2 identifikasi skala nyeri</p> <p>1.3 identifikasi respons nonverbal terapeutik :</p> <p>1.4 berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>1.5 kontrol lingkungan yang memperberar rasa nyeri</p> <p>1.6 fasilitas istirahat dan tidur</p>	indikator	Awal	Target	Mengelu hkan nyeri	2	4	meringis	2	4	gelisah	2	4	Berfokus pada diri sendiri	3	4
indikator	Awal	Target																	
Mengelu hkan nyeri	2	4																	
meringis	2	4																	
gelisah	2	4																	
Berfokus pada diri sendiri	3	4																	
2	Gangguan mobilitas fisik	Sabtu, 29 Nov 2019	08.00 Dukungan Mobilisasi	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orang tua klien mengatakan anaknya masih kesulitan untuk bergerak dan duduk - Orang tua klien mengatakan mobilisasi masih dibantu. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terlihat aktif - Klien terlihat hanya beraktifitas di tempat tidur saja - Klien terlihat selalu digendong ibunya <p>A :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Aw</th> <th>Trgt</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakkan ekstermitas</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Aw	Trgt	Hasil	Pergerakkan ekstermitas	2	2	2	Kekuatan otot	3	2	3			
Kriteria Hasil	Aw	Trgt	Hasil																
Pergerakkan ekstermitas	2	2	2																
Kekuatan otot	3	2	3																
			10.00	<p>4. Memfasilitasi melakukan pergerakan jika perlu pada anak.</p>															
			12.30	<p>5. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.</p> <p>6. Mengajarkan mobilisasi pada anak yang sederhana dan harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk disis tempat tidur, pindah dari tempat tidur kekursi).</p>															

Rentan gerak (ROM)	3	2	3
Nyeri	3	2	3
Kecemasan	3	2	3
Gerakkan terbatas	3	2	3

P :

Lanjutkan intervensi keprawatan:
 2.1 identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
 2.3 fasilitasi aktifitas mobilisasi anak dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur)
 2.4 fasilitasi melakukan pergerakan jika perlu pada anak
 2.5 libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

3	Gangguan integritas kulit/ jaringan	Sabtu 29 Nov 2019	08.00	1. Mengidentifikasi penyebab luka bakar Ep: klien terkena sambaran api	S : - O : - lingkungan pasien bersih - pengunjung dibatasi - petugas mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan - lingkungan klien bersih dari sumber infeksi																				
			11.00	2. Mengidentifikasi durasi terkena luka bakar dan riwayat penanganan luka sebelumnya Ep: klien belum pernah luka bakar sebelumnya																					
			14.30	3. Memonitor kondisi luka Ep: luka ditutup balutan perban 4. Menggunakan teknik aseptik selama merawat luka Ep: luka dirawat steril, klien selalu ke ruang operasi untuk mengganti perban	A : masalah risiko infeksi teratasi sebagian																				
			15.00	5. Melepaskan balutan lama dengan menghindari nyeri dan perdarahan Ep: perban klien diganti di ruang operasi 6. Membersihkan luka dengan cairan steril Ep: cairan yang digunakan Nacl 0,9% 7. Melakukan terapi relaksasi untuk mengurangi nyeri Ep: klien mengatakan nyeri berkurang saat selesai tindakan GV																					
					<table border="1"> <thead> <tr> <th>indikator</th> <th>awal</th> <th>target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Penyatuan luka</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Penyatuan tepi luka</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Jaringan granulasi</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Pembentukan jaringan parut</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	indikator	awal	target	Akhir	Penyatuan luka	3	4	4	Penyatuan tepi luka	3	4	4	Jaringan granulasi	3	4	4	Pembentukan jaringan parut	3	4	4
indikator	awal	target	Akhir																						
Penyatuan luka	3	4	4																						
Penyatuan tepi luka	3	4	4																						
Jaringan granulasi	3	4	4																						
Pembentukan jaringan parut	3	4	4																						

4.4 Identifikasi pilihan teknik distraksi yang diinginkan

5	Risiko Infeksi	Sabtu 29 Nov 2019	08.00	1. Memonitor adanya tanda dan gejala infeksi Ep: tidak ada kemerahan dan bengkak, kulit teraba hangat	S : - O : - lingkungan pasien bersih - pengunjung dibatasi - petugas mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan - lingkungan klien bersih dari sumber infeksi																								
			11.00	2. membersihkan lingkungan setelah dipakai dengan pasien lain EP : lingkungan klien bersih																									
			14.30	3. membatasi pengunjung yang berada dikamar klien EP : pengunjung pasien dibatasi	A : masalah risiko infeksi teratasi																								
			15.00	4. mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah melakukan tindakan pada klien EP : perawat mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan																									
				5. mengajarkan klien cara cuci tangan 6 langkah dengan benar EP : klien hanya melihat belum mau iut meragakan																									
				6. menganjurkan klien untuk makan dan minum yang banya EP : klien menghabiskan porsi makanannya.																									
					<table border="1"> <thead> <tr> <th>indikator</th> <th>aw l</th> <th>trgt</th> <th>Akh</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mencari informasi terkait control infeksi (4)</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Menidentifikasi factor resiko infeksi</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Mengetahu i konsekuensi terkait infeksi</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Memonitor factor di lingkungan yang berhubungan dengan risiko infeksi</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Mengidenti fikasi tanda dan gejala infeksi</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	indikator	aw l	trgt	Akh	Mencari informasi terkait control infeksi (4)	3	4	4	Menidentifikasi factor resiko infeksi	3	4	4	Mengetahu i konsekuensi terkait infeksi	3	4	4	Memonitor factor di lingkungan yang berhubungan dengan risiko infeksi	3	4	4	Mengidenti fikasi tanda dan gejala infeksi	3	4	4
indikator	aw l	trgt	Akh																										
Mencari informasi terkait control infeksi (4)	3	4	4																										
Menidentifikasi factor resiko infeksi	3	4	4																										
Mengetahu i konsekuensi terkait infeksi	3	4	4																										
Memonitor factor di lingkungan yang berhubungan dengan risiko infeksi	3	4	4																										
Mengidenti fikasi tanda dan gejala infeksi	3	4	4																										

- P : Pertahankan intervensi
- 5.1 monitor adanya tanda dan gejala infeksi
- 5.2 batasi jumlah pengunjung
- 5.5 cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	HARI/TGL	JAM	IMPLEMENTASI	Evaluasi															
1	Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisiologis	Senin , 1 Des 2019	09.30	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian nyeri : lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri EP : P : klien mengatakan ada nyeri pada saat istirahat Q : nyeri seperti disilet-silet R :dada, leher, tangan kanan S : skala nyeri berdasarkan 5 T : nyeri hilang timbul 2. Mengidentifikasi skala nyeri pasien EP :Skala nyeri pasien berdasarkan : 4 3. Mengobservasi reaksi nonverbal pasien EP :Klien terlihat meringis 4. Mengajarkan pasien Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri EP : mengajari pasien untuk latihan nafas dalam apabila nyeri timbul kembali 5. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan EP : klien terlihat nyaman 6. Meningkatkan istirahat dan tidur klien EP : klien dapat beristirahat dan tidur dengan nyaman 7. EP : klien dapat beristirahat dan tidur dengan nyaman 	<p>S :</p> <p>P : klien mengatakan ada nyeri pada saat istirahat Q : nyeri seperti disilet-silet R : dada, leher, tangan kanan S : skala nyeri berdasarkan wong_baker 5 T : nyeri hilang timbul</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - Klien gelisah - Skala nyeri 5 <p>A : Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>indikator</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mengeluhkan nyeri</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>meringis</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>gelisah</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Berfokus pada diri sendiri</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 identifikasi lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 1.2 identifikasi skala nyeri 1.3 identifikasi respons nonverbal terapeutik 1.4 berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 	indikator	Awal	Target	Mengeluhkan nyeri	2	4	meringis	2	4	gelisah	2	4	Berfokus pada diri sendiri	3	4
indikator	Awal	Target																		
Mengeluhkan nyeri	2	4																		
meringis	2	4																		
gelisah	2	4																		
Berfokus pada diri sendiri	3	4																		
			12.00																	
			13.30																	

1.5 kontrol lingkungan yang memperbaiki rasa nyeri

- 2 Gangguan mobilitas fisik Senin, 1 Des 2019 08.00 Dukungan Mobilisasi
1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.
 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan.
 3. Memfasilitasi aktifitas mobilisasi anak dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur).
 4. Memfasilitasi melakukan pergerakan jika perlu pada anak.
 5. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.
 6. Mengajarkan mobilisasi pada anak yang sederhana dan harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur kekursi).

10.00

12.30

S :

- Orang tua klien mengatakan anaknya masih kesulitan untuk bergerak dan duduk
- Orang tua klien mengatakan mobilisasi masih dibantu.

O :

- Klien terlihat aktif
- Klien terlihat hanya beraktifitas di tempat tidur saja
- Klien terlihat selalu digendong ibunya

A :

Kriteria Hasil	Awal	Target	Hasil
Pergerakan ekstermitas	2	2	2
Kekuatan otot	3	2	3
Rentan gerak (ROM)	3	2	3
Nyeri	3	2	3
Kecemasan	3	2	3
Gerakkan terbatas	3	2	3

P :

Lanjutkan intervensi keprawatan:

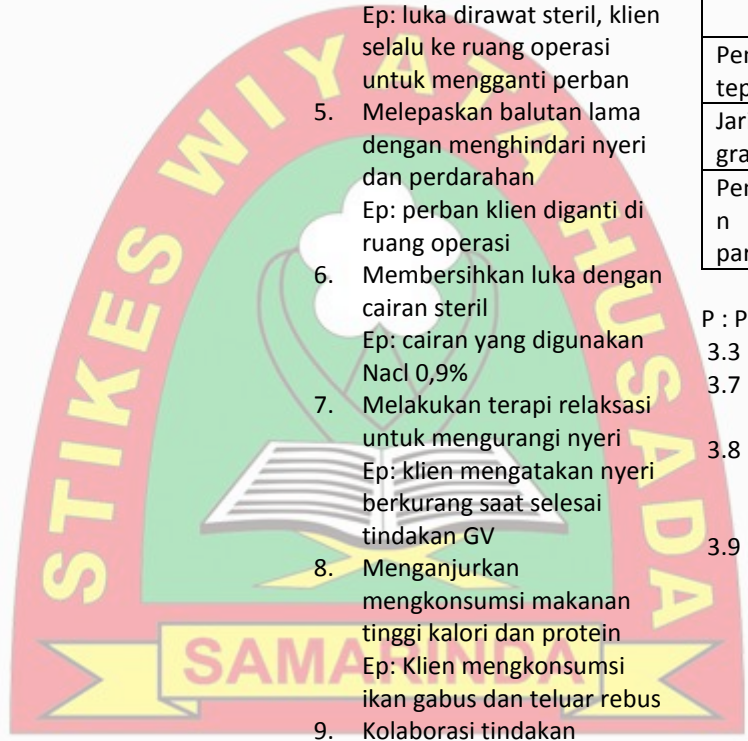
- 2.1 identifikasi adanya keluhan nyeri
- 2.3 fasilotasi aktifitas mobilisasi
- 2.4 fasilitasi pergerakan
- 2.5 libatkan keluarga untuk membantu pasien

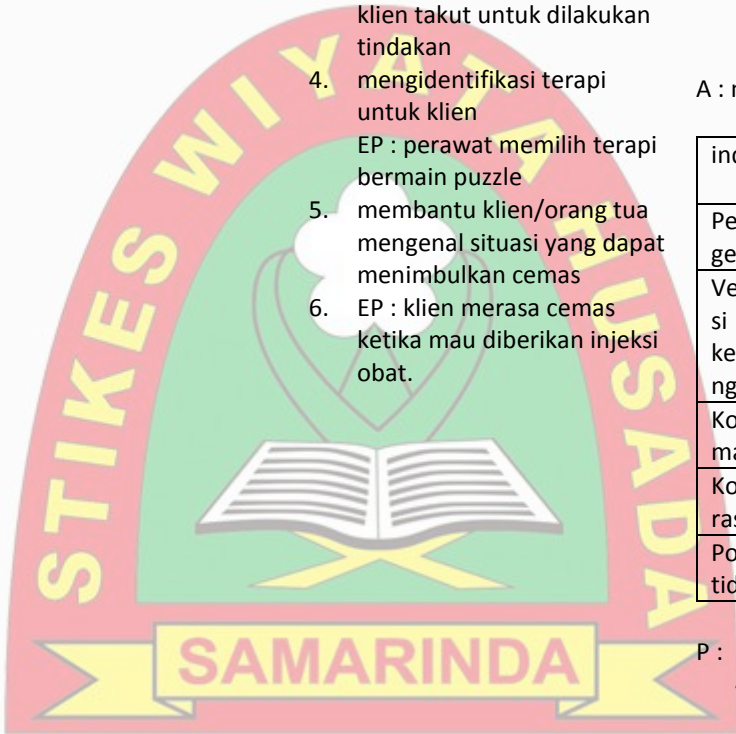


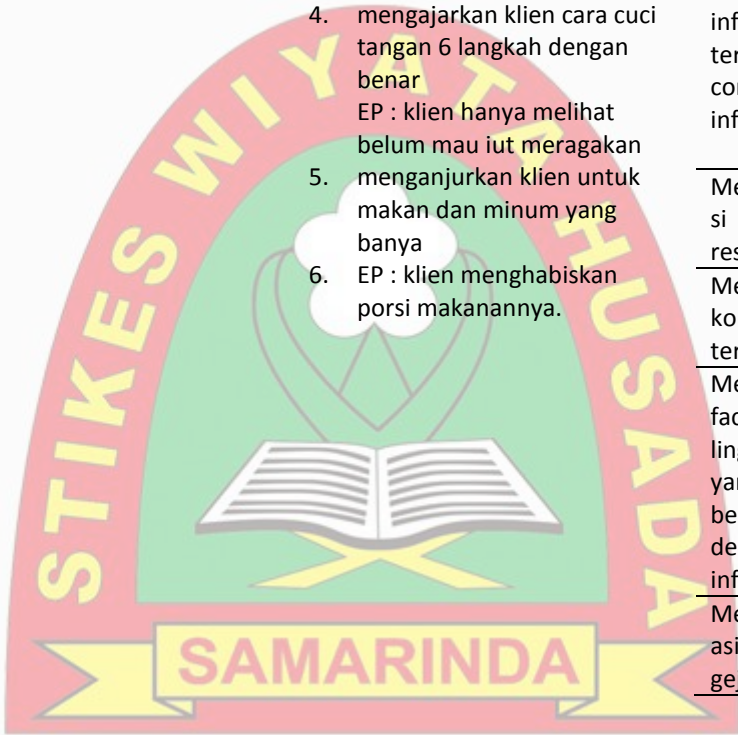
3	Gangguan integritas kulit/ jaringan	Senin 1 Des 2019	08.00	1. Mengidentifikasi penyebab luka bakar Ep: klien terkena sambaran api	S : - O : - lingkungan pasien bersih - pengunjung dibatasi - petugas mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan A : masalah risiko infeksi teratasi sebagian
			11.00	2. Mengidentifikasi durasi terkena luka bakar dan riwayat penanganan luka sebelumnya Ep: klien belum pernah luka bakar sebelumnya	
			14.30	3. Memonitor kondisi luka Ep: luka ditutup balutan perban	
			15.00	4. Menggunakan teknik aseptik selama merawat luka Ep: luka dirawat steril, klien selalu ke ruang operasi untuk mengganti perban	
				5. Melepaskan balutan lama dengan menghindari nyeri dan perdarahan Ep: perban klien diganti di ruang operasi	
				6. Membersihkan luka dengan cairan steril Ep: cairan yang digunakan Nacl 0,9%	
				7. Melakukan terapi relaksasi untuk mengurangi nyeri Ep: klien mengatakan nyeri berkurang saat selesai tindakan GV	
				8. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein Ep: Klien mengkonsumsi ikan gabus dan telur rebus	
				9. Kolaborasi tindakan debridement Ep: klien dioperasi seminggu sekali untuk mengganti perban	

indikator	awal	target	Aktual
Penyatuan luka	3	4	4
Penyatuan tepi luka	3	4	4
Jaringan granulasi	3	4	4
Pembentukan jaringan parut	3	4	4

P : Pertahankan intervensi
3.3 memonitor kondisi luka
3.7 melakukan terapi relaksasi untuk mengurangi nyeri
3.8 menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
3.9 kolaborasi tindakan debridement



4	Ansietas	Senin 1 Des 2019	08.00	1. menggunakan pendekatan yang dapat menenangkan klien, dengan Teknik BHSP EP : berbicara lembut pada klien, bertanya pada klien nanum klien belum mau menjawab .	S : orang tua klien mengatakan anak nya masih takut dan cemas, beum berkurang																								
			11.00	2. mengidentifikasi tingkat kecemasan klien lembar observasi dengan skor = 22	O : - klien masih gelisah - kontak mata (-) - klien masih takut ketika perawat dating - orang tua klien selalu menemani anaknya																								
			14.30	3. menganjurkan orang tua untuk damping klien dengan cara yang tepat untuk mengurangi rasa takut : EP : orang tua selalu berada didekat klien. Pada saat klien takut untuk dilakukan tindakan	- klien belum kooperatif - klien tegang ketika ditanya perawat - mengidentifikasi tingkat kecemasan klien lembar observasi dengan skor = 22																								
			15.00	4. mengidentifikasi terapi untuk klien EP : perawat memilih terapi bermain puzzle	A : masalah ansietas belum teratasi																								
				5. membantu klien/orang tua mengenal situasi yang dapat menimbulkan cemas																									
				6. EP : klien merasa cemas ketika mau diberikan injeksi obat.																									
																													
					<table border="1"> <thead> <tr> <th>indiator</th> <th>Awal</th> <th>Targe t</th> <th>akhi r</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Perilaku gelisah</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Verbilisasi kebingungan</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kontak mata</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Konsentrasi</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Pola tidur</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	indiator	Awal	Targe t	akhi r	Perilaku gelisah	2	4	2	Verbilisasi kebingungan	2	4	2	Kontak mata	2	4	2	Konsentrasi	3	4	3	Pola tidur	3	5	3
indiator	Awal	Targe t	akhi r																										
Perilaku gelisah	2	4	2																										
Verbilisasi kebingungan	2	4	2																										
Kontak mata	2	4	2																										
Konsentrasi	3	4	3																										
Pola tidur	3	5	3																										
					P : lanjutkan intervensi 4.1 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 4.2 Identifikasi tingkat kecemasan 4.3 Dorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat 4.4 Identifikasi pilihan teknik distraksi yang diinginkan																								

5	Risiko Infeksi	Senin 1 Des 2019	08.00	1. membersihkan lingkungan setelah dipakai dengan pasien lain EP : lingkungan klien bersih	S : - O :																								
			11.00	2. membatasi pengunjung yang berada dikamar klien EP : pengunjung pasien dibatasi	- lingkungan pasien bersih - pengunjung dibatasi - petugas mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan																								
			14.30	3. mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah melakukan tindakan pada klien EP : perawat mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan	- lingkungan klien bersih dari sumber infeksi A : masalah risiko infeksi teratasi																								
			15.00	4. mengajarkan klien cara cuci tangan 6 langkah dengan benar EP : klien hanya melihat belum mau iut meragakan																									
				5. menganjurkan klien untuk makan dan minum yang banya																									
				6. EP : klien menghabiskan porsi makanannya.																									
																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>indikator</th> <th>awal</th> <th>targ et</th> <th>Ak hir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mencari informasi terkait control infeksi (4)</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Menidentifikasi factor resiko infeksi</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Mengetahui konsekuensi terkait infeksi</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Memonitor factor di lingkungan yang berhubungan dengan risiko infeksi</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>						indikator	awal	targ et	Ak hir	Mencari informasi terkait control infeksi (4)	3	4	4	Menidentifikasi factor resiko infeksi	3	4	4	Mengetahui konsekuensi terkait infeksi	3	4	4	Memonitor factor di lingkungan yang berhubungan dengan risiko infeksi	3	4	4	Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi	3	4	4
indikator	awal	targ et	Ak hir																										
Mencari informasi terkait control infeksi (4)	3	4	4																										
Menidentifikasi factor resiko infeksi	3	4	4																										
Mengetahui konsekuensi terkait infeksi	3	4	4																										
Memonitor factor di lingkungan yang berhubungan dengan risiko infeksi	3	4	4																										
Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi	3	4	4																										
<p>P : Pertahankan intervensi</p> <p>5.1 monitor adanya tanda dan gejala infeksi</p> <p>5.2 cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien</p> <p>5.3 batasi jumlah pengunjung</p>																													

NO	DIAGNOSA KEPERAWATA N	HARI/T GL	JAM	IMPLEMENTASI	Evaluasi
----	-----------------------------	--------------	-----	--------------	----------

1	Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisiologis	Selasa, 2 Des 2019	09.30	<ol style="list-style-type: none"> Melakukan pengkajian nyeri : lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri EP : P : klien mengatakan ada nyeri pada saat istirahat Q : nyeri seperti disilet-silet R : dada, leher, tangan kanan S : skala nyeri berdasarkan 4 T : nyeri hilang timbul Mengidentifikasi skala nyeri pasien EP :Skala nyeri pasien berdasarkan: 4 Mengobservasi reaksi nonverbal pasien EP :Klien terlihat meringis Mengajarkan pasien Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri EP : mengajari pasien untuk latihan nafas dalam apabila nyeri timbul kembali Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan EP : klien terlihat nyaman Meningkatkan istirahat dan tidur klien EP : klien dapat beristirahat dan tidur dengan nyaman 	<p>S :</p> <p>P : klien mengatakan ada nyeri pada saat istirahat Q : nyeri seperti disilet-silet R : dada, leher, tangan kanan S : skala nyeri berdasarkan 5 T : nyeri hilang timbul</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - Klien gelisah - Skala nyeri : 4 <p>A : Masalah nyeri akut belum teratasi</p>														
				<table border="1"> <thead> <tr> <th>indikator</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mengeluhkan nyeri</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>meringis</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>gelisah</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Berfokus pada diri sendiri</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	indikator	Awal	Target	Mengeluhkan nyeri	2	4	meringis	2	4	gelisah	2	4	Berfokus pada diri sendiri	3	4
indikator	Awal	Target																	
Mengeluhkan nyeri	2	4																	
meringis	2	4																	
gelisah	2	4																	
Berfokus pada diri sendiri	3	4																	
				<p>P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri identifikasi skala nyeri identifikasi respons nonverbal terapeutik berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 															
2	Gangguan mobilitas fisik	Selasa, 2 Des 2019	08.00	<p>Dukungan Mobilisasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Memfasilitasi aktifitas mobilisasi anak dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur). Memfasilitasi melakukan pergerakan jika perlu pada anak. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orang tua klien mengatakan anaknya sudah bisa duduk - Orang tua klien mengatakan mobilisasi masih dibantu. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terlihat aktif - Klien terlihat hanya beraktifitas di tempat tidur saja - Klien terlihat selalu digendong ibunya 														
				<p>A :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Awal	Target	Hasil	Pergerakan	2	2	2							
Kriteria Hasil	Awal	Target	Hasil																
Pergerakan	2	2	2																

6. Mengajarkan mobilisasi pada anak yang sederhana dan harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur kekursi).

ekstermitas			
Kekuatan otot	3	2	3
Rentan gerak (ROM)	3	2	3
Nyeri	3	2	3
Kecemasan	3	2	3
Gerakkan terbatas	3	2	3

P :

Lanjutkan intervensi keprawatan:
 2.2 identifikasi toleransi fisik
 2.3mfasilitasi aktifitas mobilisasi
 2.4 fasilitasi pergerakan
 2.5 libatkan keluarga

3 Gangguan integritas kulit/ jaringan Selasa 2 Des 2019

- 08.00 1. Mengidentifikasi penyebab luka bakar
 Ep: klien terkenan sambaran api
 11.00 2. Mengidentifikasi durasi terkena luka bakar dan riwayat penanganan luka sebelumnya
 Ep: klien belum pernah luka bakar sebelumnya
 14.30 3. Memonitor kondisi luka
 4. Ep: luka ditutup balutan perban
 5. Menggunakan teknik aseptik selama merawat luka
 Ep: luka dirawat steril, klien selalu ke ruang operasi untuk mengganti perban
 6. Melepaskan balutan lama dengan menghindari nyeri dan perdarahan
 Ep: perban klien diganti di ruang operasi
 7. Membersihkan luka dengan cairan steril
 Ep: cairan yang digunakan Nacl 0,9%
 8. Melakukan terapi relaksasi untuk mengurangi nyeri
 Ep: klien mengatakan nyeri berkurang saat selesai tindakan GV

S : -

O :

- 5 lingkungan pasien bersih
 6 pengunjung dibatasi
 7 petugas mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan
 A : masalah risiko infeksi teratasi sebagian

15.00

indikator	awal	target	Akhir
Penyatuan luka	3	4	4
Penyatuan tepi luka	3	4	4
Jaringan granulasi	3	4	4
Pembentukan jaringan parut	3	4	4

P : Pertahankan intervensi

3.3 memonitor kondisi luka

				9. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein Ep: Klien mengkonsumsi ikan gabus dan telur rebus	3.8 melakukan terapi relaksasi untuk mengurangi nyeri 3.9 menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
				10. Kolaborasi tindakan debridement Ep: klien dioperasi seminggu sekali untuk mengganti perban	3.10 kolaborasi tindakan debridement

4	Ansietas	Selasa 2 Des 2019	08.00	1. menggunakan pendekatan yang dapat menenangkan klien, dengan Teknik BHSP EP : berbicara lembut pada klien, bertanya pada klien nanum klien belum mau menjawab .	S : orang tua klien mengatakan anak nya masih takut dan cemas, namun berkurang
			11.00	2. mengidentifikasi tingkat kecemasan klien lembar observasi dengan skor = 18	O : - klien masih gelisah - kontak mata (+) - klien sudah mau berkomunikasi dengan perawat
			14.30	3. menganjurkan orang tua untuk damping klien dengan cara yang tepat untuk mengurangi rasa takut : EP : orang tua selalu berada didekat klien. Pada saat klien takut untuk dilakukan tindakan	- orang tua klien selalu menemani anaknya - klien kooperatif - klien tegang ketika ditanya perawat
			15.00	4. mengidentifikasi terapi untuk klien EP : perawat memilih terapi bermain puzzle	- mengidentifikasi tingkat kecemasan klien lembar observasi dengan skor = 18
				5. membantu klien/orang tua mengenal situasi yang dapat menimbulkan cemas	A : masalah ansietas belum teratasi
				6. EP : klien merasa cemas ketika mau diberikan injeksi obat.	

indiator	Awal	Targe t	akhi r
Perilaku gelisah	2	4	2
Verbilisasi kebingungan	2	4	2
Kontak mata	2	4	2
Konsent rasi	3	4	3
Pola tidur	3	5	3

P : lanjutkan intervensi
4.1 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan

- 4.2 Identifikasi tingkat kecemasan
- 4.3 Dorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat
- 4.4 Identifikasi pilihan teknik distraksi yang diinginkan

5 Risiko Infeksi Selasa 08.00 1. membersihkan lingkungan setelah dipakai dengan pasien lain S : -
2 Des 2019 EP : lingkungan klien bersih O :

- 11.00 2. membatasi pengunjung yang berada dikamar klien EP : pengunjung pasien dibatasi
- 14.30 3. mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah melakukan tindakan pada klien EP : perawat mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan
- 15.00 4. mengajarkan klien cara cuci tangan 6 langkah dengan benar EP : klien hanya melihat belum mau iut meragakan
5. menganjurkan klien untuk makan dan minum yang banya EP : klien menghabiskan porsi makanannya.

- lingkungan pasien bersih
 - pengunjung dibatasi
 - petugas mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan
 - lingkungan klien bersih dari sumber infeksi
- A : masalah risiko infeksi teratasi

indikator	awal	target	Akhir
Mencari informasi terkait control infeksi (4)	3	4	4
Menidentifikasi factor resiko infeksi	3	4	4
Mengetahui konsekuensi terkait infeksi	3	4	4
Memonitor factor di lingkungan yang berhubungan dengan risiko infeksi	3	4	4
Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi	3	4	4

- P : Pertahankan intervensi
- 5.1 monitor adanya tanda dan gejala infeksi
 - 5.2 cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien
 - 5.3 batasi jumlah pengunjung



2. Kasus Kelolaan II

Pasien (An.J), seorang anak laki-laki yang berusia 6 tahun, masuk keruangan Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie pada tanggal 26 Oktober 2019 pada pukul 11.00 Wita dengan diagnosa Combustio Grade II, pasien sebelumnya tidak pernah dirawat dirumah sakit. Saat masuk keruangan klien mengeluh nyeri. Di ruang perawatan anak pasien mendapatkan terapi IVFD Tutofusin 8 tpm, injeksi santagesik 750gr/12 jam, dilakukan pemeriksaan laboratorium DL : leukosit 5.74 μ L, eritrosit 5.14 μ L, hemoglobin 13,2 g/dL, PLT 73 μ L.

Hasil pemeriksaan fisik didapatkan bahwa keadaan umum pasien sedang, kesadaran compos mentis, GCS E4V5M6, tanda-tanda vital didapatkan TD : 100/60, N : 100x/i, RR : 24x/i, suhu : 36,5°C, BB : 35 kg, TB : 130 cm, LILA : 14cm, Lingkar kepala : 50cm. Berdasarkan hasil pengkajian dan analisis data klien didapatkan bahwa klien mengalami masalah nyeri, gangguan mobilitas fisik, gangguan integritas kulit/jaringan, resiko infeksi dan ansietas. Masalah ansietas menjadi topik yang akan peneliti fokuskan, tujuan umum asuhan keperawatan yang diberikan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 hari diharapkan adanya penurunan tingkat kecemasan, dengan indikator yaitu tidak adanya perilaku gelisah, berkurangnya kebingungan klien, adanya kontak mata, tidak adanya perilaku tegang dan klien bisa berkonsentrasi. Intervensi yang dilakukan untuk mengatasi atau mengurangi ansietas dengan teknik distraksi yaitu dengan cara melakukan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, dengan cara terapi bermain Puzzle : bergambar. Selain itu juga melakukan identifikasi tingkat kecemasan yang saat ini klien rasakan, selalu puji.kuatkan perilaku klien dengan cara yang baik dan tepat. Hasil dari intervensi yang telah diberikan dengan melakukan terapi *Puzzle* : bergambar didapatkan bahwa adanya perubahan pada tingkat kecemasan klien. Sebelum dilakukannya intervensi tersebut skor tingkat kecemasan klien berada pada skor 25 (cemas sedang), setelah diberikan intervensi *Puzzle* : bergambar tingkat kecemasan klien berada pada skor 19 (cemas

ringan). Ibu klien mengatakan cemas dan rasa ketakutan klien sudah berkurang, meskipun anaknya terkadang masih menangis apabila mau dilakukan pemeriksaan ataupun tindakan. Ibu klien juga mengatakan anaknya sudah mau bermain atau bergabung dengan teman sebayanya untuk bermain.

B. Kasus Kelolaan Resum

1. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Resume I

Pasien (An.M), seorang anak perempuan yang berusia 6 tahun, masuk keruangan Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie pada tanggal 3 November 2019 pada pukul 09.00 Wita dengan diagnosa DHF, pasien sebelumnya pernah dirawat dirumah sakit saat usia 2 bulan dengan TB Paru. Saat masuk keruangan klien mengeluh pusing. Di ruang perawatan anak pasien mendapatkan terapi IVFD RL 8 tpm, injeksi cefotaxime 750gr/12 jam, dilakukan pemeriksaan laboratorium DL : leukosit 18.34 μ L, eritrosit 5.14 μ L, hemoglobin 13,2 g/dL, PLT 73 μ L.

1. Pemeriksaan Fisik

Hasil pemeriksaan fisik didapatkan bahwa keadaan umum pasien sedang, kesadaran compos mentis, GCS E4V5M6, tanda-tanda vital didapatkan TD : 110/60, N : 100x/i, RR : 22x/i, suhu : 39,0°C, BB : 28 kg, TB : 135cm, LILA : 14cm, Lingkar kepala : 50cm.

2. Pembahasan

Berdasarkan hasil pengkajian dan analisis data klien didapatkan bahwa klien mengalami masalah hipertermi, resiko infeksi dan ansietas. Masalah ansietas menjadi topik yang akan peneliti fokuskan, tujuan umum asuhan keperawatan yang diberikan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 hari diharapkan adanya penurunan tingkat kecemasan, dengan indikator yaitu tidak adanya perilaku gelisah, berkurangnya kebingungan klien, adanya kontak mata, tidak adanya perilaku tegang dan klien bisa berkonsentasi. Intervensi yang dilakukan untuk mengatasi atau mengurangi ansietas dengan teknik distraksi yaitu dengan cara melakukan

pendekatan yang tenang dan meyakinkan, dengan cara terapi bermain Puzzle : bergambar. Selain itu juga melakukan identifikasi tingkat kecemasan yang saat ini klien rasakan, selalu puji.kuatkan perilaku klien dengan cara yang baik dan tepat.

3. Evaluasi

Hasil dari intervensi yang telah diberikan dengan melakukan terapi *Puzzle* : bergambar didapatkan bahwa adanya perubahan pada tingkat kecemasan klien. Sebelum dilakukannya intervensi tersebut skor tingkat kecemasan klien berada pada skor 25 (cemas sedang), setelah diberikan intervensi *Puzzle* : bergambar tingkat kecemasan klien berada pada skor 20 (cemas ringan). Ibu klien mengatakan cemas dan rasa ketakutan klien sudah berkurang, meskipun anaknya terkadang masih menangis apabila mau dilakukan pemeriksaan ataupun tindakan. Ibu klien juga mengatakan anaknya sudah mau bermain atau bergabung dengan teman sebayanya untuk bermain.

2. Asuhan Keperawatan pada Pasien Resume II

Pasien (An.A), seorang anak laki-laki yang berusia 5 tahun, masuk keruangan Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie pada tanggal 25 November 2019 pada pukul 13.00 Wita dengan diagnosa DHF. Saat masuk keruangan klien mengeluh nyeri. Di ruang perawatan anak pasien mendapatkan terapi IVFD RL 8 tpm, injeksi cefotaxime 750gr/12 jam, PCT 150 gr dilakukan pemeriksaan laboratorium DL : leukosit 19.00 μ L, eritrosit 19.00 μ L, hemoglobin 5.14 g/dL, PLT 73 μ L.

1. Pemeriksaan Fisik

Hasil pemeriksaan fisik didapatkan bahwa keadaan umum pasien sedang, kesadaran compos mentis, GCS E4V5M6, tanda-tanda vital didapatkan TD : 110/60, N : 100x/i, RR : 22x/i, suhu : 38,5°C, BB : 28 kg, TB : 135cm, LILA : 14cm, Lingkar kepala : 50cm.

2. Pembahasan

Berdasarkan hasil pengkajian dan analisis data klien didapatkan bahwa klien mengalami masalah hipertermi, resiko infeksi dan

ansietas. Masalah ansietas menjadi topik yang akan peneliti fokuskan, tujuan umum asuhan keperawatan yang diberikan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 hari diharapkan adanya penurunan tingkat kecemasan, dengan indikator yaitu tidak adanya perilaku gelisah, berkurangnya kebingungan klien, adanya kontak mata, tidak adanya perilaku tegang dan klien bisa berkonsentrasi. Intervensi yang dilakukan untuk mengatasi atau mengurangi ansietas dengan teknik distraksi yaitu dengan cara melakukan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, dengan cara terapi bermain *Puzzle* : bergambar. Selain itu juga melakukan identifikasi tingkat kecemasan yang saat ini klien rasakan, selalu puji.kuatkan perilaku klien dengan cara yang baik dan tepat.

3. Evaluasi

Hasil dari intervensi yang telah diberikan dengan melakukan terapi *Puzzle* : bergambar didapatkan bahwa adanya perubahan pada tingkat kecemasan klien. Sebelum dilakukannya intervensi tersebut skor tingkat kecemasan klien berada pada skor 25 (cemas sedang), setelah diberikan intervensi *Puzzle* : bergambar tingkat kecemasan klien berada pada skor 20 (cemas ringan). Ibu klien mengatakan cemas dan rasa ketakutan klien sudah berkurang, meskipun anaknya terkadang masih menangis apabila mau dilakukan pemeriksaan ataupun tindakan. Ibu klien juga mengatakan anaknya sudah mau bermain atau bergabung dengan teman sebayanya untuk bermain.

3. Analisa EBN (*Evidence Based Nursing*)

1. Analisa PICO

Pendekatan PICO (Population Intervention Comparison Outcome) digunakan dalam menganalisa masalah klinis. Pertanyaan klinis dirumuskan dengan menggunakan analisa PICO, pertanyaan klinis dalam *evidence based nursing* ini adalah “apakah terdapat pengaruh terapi bermain mewarnai dan

menggambar terhadap penurunan tingkat cemas hospitalisasi pada anak pra sekolah”. penjabaran analisa PICO dalam penurunan masalah klinis, yakni sebagai berikut :

- a. Problem : dampak kecemasan pada anak yang menjalani hospitalisasi.
- b. Intervension : terapi bermain mewarnai dan menggambar
- c. Comparation : -
- d. Outcome : skala kecemasan berkurang

2. Pelaksanaan *Evidence Based Nursing*

a. Jenis dan Rancangan Penelitian

Pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini yaitu desain penelitian ini yaitu desain penelitian *pre eksperimental* dengan rancangan *one grup pretest and posttest*, rancangan ini menggunakan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subyek, kemudian kelompok subyek akan di observasi sebelum dilakukan intervensi, selanjutnya di observasi lagi setelah dilakukan intervensi (Nursalam, 2008)

b. Lokasi dan waktu penelitian

1) Lokasi

Ruang Keperawatan Anak Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

2) Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan November-Desember tahun 2019 di Ruang Keperawatan Anak Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

c. Populasi dan Sampel

1) Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri dari objek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk di pelajari

kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiono, 2012) adapun target populasi dalam penelitian ini adalah anak yang mengalami kecemasan akibat hospitalisasi di Ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2) Sampel Penelitian

Sampel pada penelitian ini berjumlah 4 orang pasien dengan masalah kecemasan di Ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dengan kriteria sebagai berikut :

a) Kriteria inklusi

- (1) Pasien yang mengalami kecemasan
- (2) Pasien yang baru pertama kali masuk rumah sakit.
- (3) Bersedia menjadi responden dan mengikuti tata cara penelitian
- (4) Pasien kooperatif
- (5) Anak usia pra sekolah 3-6 tahun

b) Kriteria eksklusi

- (1) Pasien yang tidak sadar
- (2) Pasien yang tidak bersedia berpartisipasi dalam penelitian
- (3) Pasien yang mengalami fraktur

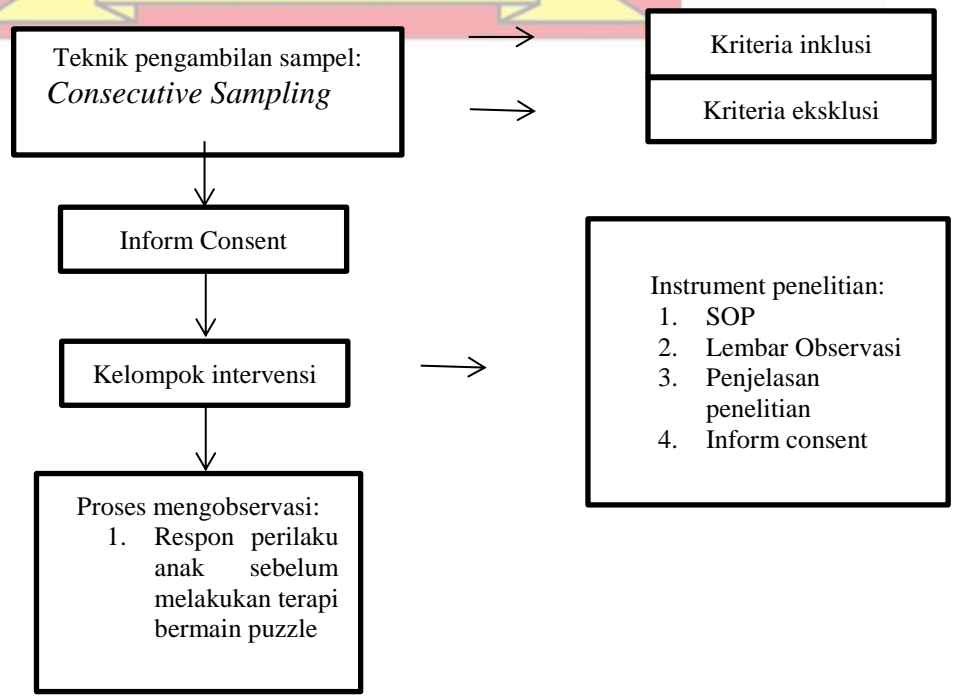
d. Teknik Pengambilan Sampel

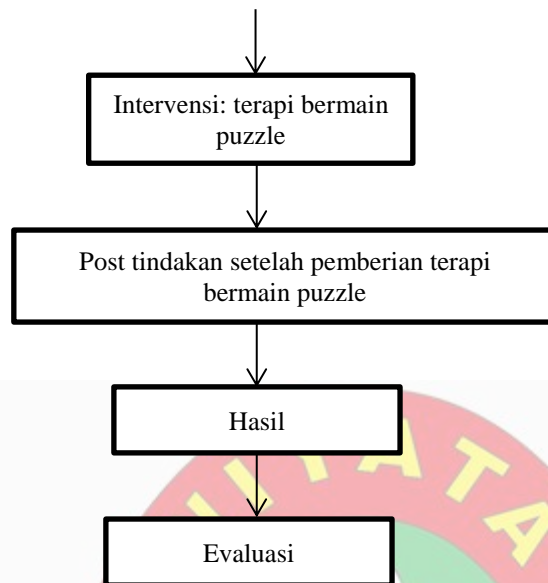
Notoadmojo (2012) mengatakan sampling adalah suatu proses dalam menyeleksi porsi dan populasi untuk dapat mewakili populasi. Populasi sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Consecutive Sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah responden dapat terpenuhi (Nursalam, 2008). Alat pengukuran data

yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar observasi yang berisi skala kecemasan.



e. Alur Penelitian





3. Hasil Penerapan *Evidence Based Nursing*

a. Persiapan

- 1) Identifikasi kebutuhan pengembangan terkait perawatan pasien dengan gangguan kecemasan
- 2) Identifikasi dilakukan pada pasien dengan gangguan kecemasan dengan diagnose medis Combustio Grade II.
- 3) Mencari jurnal terkait dengan gangguan kecemasan dengan diagnosa Combustio Grade II disertai dengan masalah kecemasan.
- 4) Menganalisa masalah dengan menggunakan analisa PICO (*Problem, Intervention, Comperation, Outcome*).
- 5) Melakukan pencarian jurnal menggunakan *search* dengan kata kunci kecemasan, mewarnai dan menggambar.

- 6) Jurnal yang telah didapatkan kemudian dipilih yang paling mendekati penyelesaian masalah sebagai dasar rujukan dan beberapa jurnal lainnya sebagai jurnal pendukung.
- 7) Mahasiswa menyiapkan lembar observasi sebagai alat ukur dari *evidence based nursing*. Pemberian terapi bermain *puzzle* terhadap pasien yang dijadikan target *evidence based nursing* persetujuan pembimbing klinik ruang anak dan disepakati bersama.

b. Pelaksanaan

- 1) Pelaksanaan EBN dilaksanakan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
- 2) Pelaksanaan EBN dilaksanakan pada tanggal 18-22 November 2019.
- 3) Jumlah responden yang diberikan EBN ini yaitu sebanyak 4 pasien intervensi. Responden dipilih berdasarkan kriteria inklusi (1) pasien yang mengalami cemas (2) pasien yang baru pertama kali dirawat di rumah sakit (3) bersedia menjadi responden dan mengikuti tata cara penelitian (4) pasien kooperatif (5) anak usia pra sekolah. Kriteria Eksklusi (1) pasien tidak sadar (2) pasien yang tidak bersedia berpartisipasi dalam penelitian (3) pasien yang mengalami fraktur.
- 4) Sebelum intervensi dimulai, penulis memberikan penjelasan terlebih dahulu kepada orang tua pasien mengenai tujuan dan manfaat dari intervensi yang dilakukan.
- 5) Setelah mendapatkan persetujuan responden kemudian dilakukan pre-test dengan melakukan pengukuran kecemasan pada anak dengan menggunakan lembar observasi kecemasan.
- 6) Setelah skala kecemasan pre-test didapatkan, barulah anak diberikan terapi bermain *puzzle* selama 30 menit.
- 7) Setelah dilakukan terapi bermain *puzzle* kemudian pengukuran post-test dilakukan dengan menggunakan alat ukur lembar observasi kecemasan.

Tabel 3.6 Tingkat Kecemasan *Pre-tes* dan *Post-test*

No	Responden	Skor tingkat kecemasan	
		Sebelum	Sesudah
1	An. A	27 (sedang)	18 (ringan)
2	An. J	25 (sedang)	19 (ringan)
3	An. M	24 (sedang)	19 (ringan)
4	An. A	23 (sedang)	15 (ringan)

c. Evaluasi

a. Respon dan Skor Pasien

- 1) Skor pengaruh pemberian terapi bermain mewarnai dan menggambar sebelum dan sesudah pemberian terapi bermain mewarnai dan menggambar mengalami penurunan.
- 2) Respon pasien menjadi rileks tidak tegang terhadap pemberiann terapi bermain mewarnai dan menggambar dikarenakan cemas berkurang.

b. Univariat

Table 3.7 Tingkat kecemasan anak berdasarkan usia dan jenis kelamin

	Tingkat Kecemasan		
	Ringan	Sedang	Berat
Jenis kelamin :			
Laki-laki	-	2	-
Perempuan	-	2	-
Usia			
3-4 tahun	-	4	-

Berdasarkan tabel diatas terdapat 2 orang anak berjenis kelamin laki-laki mengalami tingkat kecemasan sedang dan 2 orang anak berjenis kelamin perempuan mengalami tingkat kecemasan sedang pula. Usia anak prasekolah yang mengalami kecemasan dikisaran usia 3-5 tahun.



A. Analisa Kritis Studi Kasus Kelolaan dan Resum

Setelah melakukan pengkajian serta pengolahan data maka penulis dapat menjelaskan secara terperinci tentang hasil dari asuhan keperawatan An. A dengan diagnose medis Combustio Grade II. Adapun kasus yang menarik untuk dibahas pada kasus An. A, berusia 3 tahun 9 bulan adalah An. A baru pertama kali dirawat di rumah sakit. Dari hasil pemeriksaan Dokter An.A didiagnosis Combustio Grade II dan harus menjalani operasi Debridement beberapa kali, An.A membutuhkan perawatan di rumah sakit cukup lama sehingga menimbulkan kecemasan tingkat sedang akibat hospitalisasi. Pada pengkajian selanjutnya didapatkan riwayat nyeri pada tangan kanan, leher dan dada. Hal ini dapat terjadi karena adanya luka bakar

dibagian tersebut. Pada pengkajian selanjutnya didapatkan nilai GCS 15 dengan E4V5M6, pengukuran tanda-tanda vital didapatkan TD : 110/60, N : 100x/i, RR : 22x/i, suhu : 36,5°C, BB : 28 kg, TB : 135cm, LILA : 14cm, Lingkar kepala : 50cm. keadaan kulit kering dan teraba hangat, ada bekas luka/jejas, pasien terbalut perban di sekujur tangan kanan, leher dan dadanya, warna kulit klien sawo matang, tidak ada edem, ada nyeri tekan. Klien terpasang infus pada tangannya, tidak ada suara tambahan seperti ronchi dan weezhing. Perhitungan skala Humpty Dumpty dengan skor 10 (risiko jatuh rendah).

Kasus resume yang telah dilakukan didapatkan hasil bahwa klien mengalami kecemasan selama masa perawatan, dikarenakan dirawat di rumah sakit merupakan hal baru yang dialami klien. Perawatan di rumah sakit, anak harus menghadapi lingkungan yang baru dan mengalami dari kondisi sakit ke sehat serta pemberi asuhan yang ia tidak kenal. Seringkali, anak harus berhadapan dengan prosedur yang menimbulkan nyeri, kehilangan kemandirian, dan berbagai hal yang tidak diketahui (Wong, 2010).

Kasus resum lain juga ditemukan bahwa klien mengalami kecemasan akibat perawatan yang ia jalani di rumah sakit. Hal ini yang menyebabkan klien selalu takut dan menangis apabila perawat datang untuk melakukan tindakan keperawatan. Penyebab dari kecemasan pada anak yang sedang melakukan masa perawatan dipengaruhi oleh banyak faktor, baik dari faktor petugas (perawat, dokter, dan tenaga medis lainnya), lingkungan baru.

Masalah keperawatan berdasarkan konsep terkait yaitu ada 5 diagnosa keperawatan, hal ini disebabkan karena data/keluhan klien pada saat melakukan pengkajian hanya itu saja yang muncul. Adapun diagnose yang muncul pada An. A adalah: nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, gangguan integritas kulit/jaringan, resiko infeksi, dan ansietas.

1. Nyeri akut

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan

onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (SDKI, 2016).

Pada pasien combustio grade II nyeri terjadi akibat adanya luka pada jaringan kulit dimana kulit terpapar langsung dengan api sehingga menimbulkan luka bakar pada kulit (Apriliawatu, 2008).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan dari beberapa rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat tersebut, maka penulis telah melakukan evaluasi: klien tampak tenang dan dapat beristirahat. Skala nyeri berdasarkan Wong-Baker 6 menjadi 3.

2. Gangguan mobilitas fisik

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri (SDKI, 2016). Pada pasien combustion grade II masalah gangguan mobilitas fisik akan selalu muncul dikarenakan luka bakar tersebut yang membatasi gerak seorang pasien luka bakar (Aprilia, 2008).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan dari beberapa rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat tersebut, maka penulis telah melakukan evaluasi: klien tampak sudah bisa bergeser dari satu titik ke titik lain.

3. Gangguan integritas kulit/jaringan

Gangguan integritas kulit/jaringan adalah kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligament) (SDKI, 2016). Pada pasien dengan kasus luka bakar masalah gangguan integritas kulit/jaringan memang harus ada dimana luka bakar akan menyebabkan luka pada bagian kulit atau jaringan (Suwono, 2009).

4. Resiko infeksi

Resiko infeksi adalah berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (SDKI, 2016). Gejala yang sering ditimbulkan pada luka bakar adalah turunnya system kekebalan tubuh. Hal ini akan menyebabkan sangat berisiko terkena infeksi, bahkan hal ini tidak berpengaruh setelah diberikan antibiotic sekalipun (American Society, 2012).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan dari beberapa rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat tersebut, maka penulis telah melakukan evaluasi akhir pada hari ketiga perawatan dengan hasil evaluasi suhu tubuh 36,5, nadi 100 x/menit, turgor <2 detik, WBC $1.23 \times 10^6/\mu\text{L}$. Berdasarkan hasil yang ada penulis berasumsi bahwa diagnose risiko infeksi tidak terjadi/tidak menjadi actual.

5. Ansietas

Ansietas adalah kondisi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (SDKI, 2016).

Kecemasan menurut Stuart (2013) adalah kekhawatiran yang tidak jelas atau menyebar yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya serta tidak memiliki objek yang spesifik. Kecemasan dapat diekspresikan secara langsung melalui perubahan fisiologis dan psikologis seperti perilaku yang secara tidak langsung mempengaruhi timbulnya gejala atau mekanisme koping sebagai upaya melawan kecemasan.

Ansietas menjadi diagnosis yang paling sering terjadi pada anak yang mengalami hospitalisasi. Ansietas atau kecemasan adalah suatu perasaan takut yang tidak menyenangkan dan tidak dapat dibenarkan dan disertai dengan gejala fisiologis (Tomb, 2000).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan dari beberapa rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat tersebut yang salah satunya adalah pemberian terapi bermain, maka penulis telah melakukan evaluasi: klien lebih tenang, kadang cemberut, klien berinteraksi secara verbal, skala cemas berdasarkan HARS dengan skor 27 (tingkat kecemasan sedang) menjadi 18 (kecemasan ringan). Melihat data-data yang ada maka penulis berasumsi bahwa masalah ansietas dapat teratasi.

B. Pembahasan Penerapan *Evidence Based Nursing*: Pemberian Terapi Bermain *Puzzle* Pada Anak Prasekolah 3-6 tahun

Proses pemberian asuhan keperawatan pada tanggal 29 November 2019 selama An. A dirawat di rumah sakit yang menjadi focus asuhan keperawatan adalah terjadinya kecemasan pada An. A akibat hospitalisasi. Tetapi masalah tersebut tidak mengesampingkan masalah keperawatan yang muncul sesuai dengan keluhan pasien dan tindakan medis yang akan dilakukan pada An.A, contohnya mengenai pemeriksaan fisik pasien (keadaan umum klien, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik head to toe), pola aktivitas dan pemberian terapi lainnya.

Pemberian terapi bermain puzzle pada An. A baru pertama kali dirawat di rumah sakit sehingga mengalami masalah kecemasan akibat hospitalisasi. Hari pertama pemberian terapi bermain puzzle pada An.A dilakukan di tempat tidur. An.A masih canggung untuk bermain puzzle dan masih tidak mau bicara dengan penulis. Pada hari kedua pemberian terapi bermain puzzle pada An.A masih dilakukan di tempat tidur, An.A sudah mulai antusias untuk menyusun puzzle dan mau bekerja sama dalam menyelesaikan puzzle. Pada hari ketiga An.A sudah bisa menyusun puzzle sendiri tanpa bertanya-tanya lagi dan mulai berinteraksi dengan orang-orang sekitarnya.

Reaksi anak terhadap kecemasan akibat hospitalisasi menurut Hockenberry & Wilson (2011) berbeda-beda pada masing-masing individu. Hal tersebut dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor yang mempengaruhi reaksi anak prasekolah menurut Perry & Potter (2005) adalah sebagai berikut:

f. Jenis kelamin

Anak pada umur 3-6 tahun, kecemasan lebih sering terjadi pada anak perempuan dibandingkan laki-laki. Hal ini karena laki-laki lebih aktif dan eksploratif sedangkan perempuan lebih sensitive dan banyak menggunakan perasaan. Selain itu perempuan lebih mudah dipengaruhi oleh tekanan-tekanan lingkungan daripada laki-laki, kurang sabar dan mudah menggunakan air mata.

g. Umur

Semakin tua seseorang semakin baik seseorang dalam mengendalikan emosinya.

h. Lama hari rawat

Lama hari rawat dapat mempengaruhi seseorang yang sedang dirawat juga keluarga dari klien tersebut (Utama, 2003). Kecemasan anak yang dirawat di rumah sakit akan sangat terlihat pada hari pertama sampai kedua bahkan sampai hari ketiga, dan biasanya memasuki hari keempat atau kelima kecemasan yang dirasakan anak akan mulai berkurang. Kecemasan yang terjadi pada pasien dan orang tua juga bisa dipengaruhi oleh lamanya seseorang dirawat. Kecemasan pada anak yang sedang dirawat bisa berkurang karena adanya dukungan orang tua yang selalu menemani anak selama dirawat, teman-teman anak yang datang berkunjung ke rumah sakit atau anak sudah membina hubungan yang baik dengan petugas kesehatan (perawat, dokter) sehingga dapat menurunkan tingkat kecemasan anak.

i. Lingkungan rumah sakit

Lingkungan rumah sakit dapat mempengaruhi kecemasan pada anak yang mengalami hospitalisasi. Lingkungan rumah sakit merupakan lingkungan yang baru bagi anak, sehingga anak sering merasa takut dan terancam tersakiti oleh tindakan yang akan dilakukan kepada dirinya.

Lingkungan rumah sakit juga akan memberikan kesan tersendiri bagi anak, baik dari petugas kesehatan (perawat, dokter), alat kesehatan, dan teman seruangan dengan anak juga mempengaruhi kecemasan pada anak karena anak merasa berpisah dengan orang tuanya.

Menurut Moersintowarti (2008), faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pada anak yang dirawat di rumah sakit antara lain :

- 9) Lingkungan rumah sakit
- 10) Bangunan rumah sakit
- 11) Bau khas rumah sakit
- 12) Obat-obatan
- 13) Alat-alat medis
- 14) Tindakan – tindakan medis

15) Petugas kesehatan

16) Reaksi Kecemasan pada Anak yang Mengalami Hospitalisasi

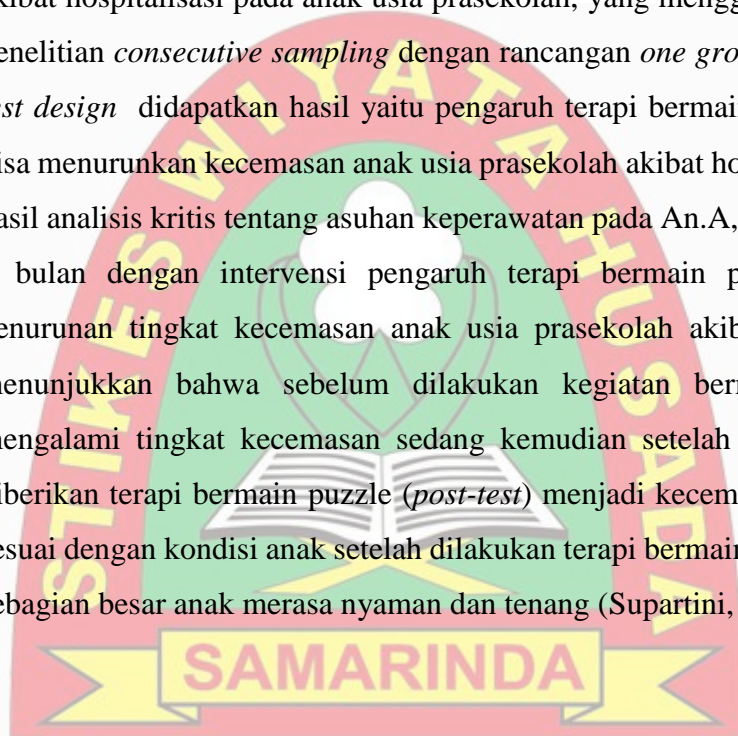
Hospitalisasi rawat inap pada anak dapat menyebabkan kecemasan dan stress. Stress pada anak dapat dicegah dengan cara penjelasan tentang prosedur pengobatan dan manfaat hospitalisasi pada anak (Nursalam, dkk 2008). Terapi bermain puzzle pada An.A dapat meminimalkan atau menurunkan stress dan kecemasan pada anak selama dirawat di rumah sakit. Karena bermain merupakan aktivitas yang menyenangkan bagi anak-anak. Oleh karena itu mengurangi kecemasan akibat hospitalisasi sangat diperlukan, karena selain membuat anak menjadi lebih kooperatif juga menunjang proses penyembuhan.

Terapi bermain pada anak di rumah sakit menjadi media bagi anak untuk mengekspresikan perasaan tanpa kata-kata, dimana bermain puzzle membuat seseorang secara tidak sadar telah mengekspresikan rasa sedih, tertekan, stress dan membuat kita kembali merasa bahagia (Aizah & Wati, 2014). Anak merupakan individu yang sangat rentan terhadap penyakit.

Hospitalisasi mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit menjalani perawatan untuk waktu yang belum dapat dipastikan. Berbagai hal yang akan dialami oleh seorang anak yang menjalani proses hospitalisasi antara lain, anak akan mengalami traumatic dan penuh ketakutan, anak akan dipisahkan dari orang tua dan anak akan mengalami berbagai tindakan invasif. Terapi bermain puzzle dapat digunakan sebagai media bermain anak di rumah sakit karena dapat dilakukan di tempat tidur anak yang mengalami keterbatasan gerak yang disebabkan oleh pemasangan alat medis seperti selang infus, selang oksigen dan lain sebagainya. Melalui pemberian terapi bermain puzzle, anak dapat mengembangkan motoric halus. Melalui aktivitas bermain puzzle dapat menjadikan diri anak lebih senang dan nyaman serta stress dan ketegangan dapat dihindari (Atisina, 2015).

Analisis ini juga didapatkan fakta tentang respon-respon anak usia prasekolah yang telah diberi terapi bermain puzzle yang mengalami hospitalisasi menunjukkan respon-respon yang positif, pada awalnya anak

menangis, selalu ingin pulang ke rumah, setelah dilakukan terapi bermain puzzle anak menjadi rileks dan tenang anak befokus pada menyusun puzzle serta menyukai gambar puzzle yang ia susun. Hal tersebut terbukti pada hasil pada hasil tingkat kecemasan An.A yang mengalami penurunan dari skala 27 menjadi skala 18. Temuan pada penelitian ini juga sesuai dengan uji klinis oleh Winda Fitriani (2017) tentang upaya menurunkan tingkat kecemasan akibat hospitalisasi dengan aktivitas terapi bermain puzzle pada anak usia 3-6 tahun. Selain itu penelitian juga dilakukan oleh Desti Kurnia Putri (2010) tentang pengaruh terapi bermain terhadap tingkat kecemasan akibat hospitalisasi pada anak usia prasekolah, yang menggunakan metode penelitian *consecutive sampling* dengan rancangan *one group pre and post test design* didapatkan hasil yaitu pengaruh terapi bermain puzzle efektif bisa menurunkan kecemasan anak usia prasekolah akibat hospitalisasi. Dari hasil analisis kritis tentang asuhan keperawatan pada An.A, berusia 3 tahun 9 bulan dengan intervensi pengaruh terapi bermain puzzle terhadap penurunan tingkat kecemasan anak usia prasekolah akibat hospitalisasi menunjukkan bahwa sebelum dilakukan kegiatan bermain (*pre-test*) mengalami tingkat kecemasan sedang kemudian setelah dilakukan atau diberikan terapi bermain puzzle (*post-test*) menjadi kecemasan ringan. Ini sesuai dengan kondisi anak setelah dilakukan terapi bermain puzzle dimana sebagian besar anak merasa nyaman dan tenang (Supartini, 2012).



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Asuhan keperawatan dengan Combustio Grade II berdasarkan pengkajian maka ditemukan nyeri luka skala 6, anak gelisah, rewel, sering menangis, kurang kooperatif dan menolak bila ingin dilakukan tindakan. Masalah keperawatan yang muncul nyeri akut, ansietas berhubungan dengan hospitalisasi, risiko infeksi berhubungan dengan menurunnya system pertahanan tubuh, gangguan mobilitas fisik, gangguan kerusakan integritas kulit/jaringan. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 hari masalah keperawatan tersebut dapat diatasi. Pengobatan selanjutnya pasien harus menjalani beberapa operasi debridement sesuai dengan jadwal yang sudah ditentukan. Pada pasien dengan Combustio Grade II harus mendapatkan perawatan cukup panjang sehingga anak mengalami hospitalisasi. Terdapat signifikansi pemberian terapi bermain puzzle dapat menurunkan tingkat kecemasan pada anak usia prasekolah.

B. Saran

1. Bagi Institusi Kesehatan

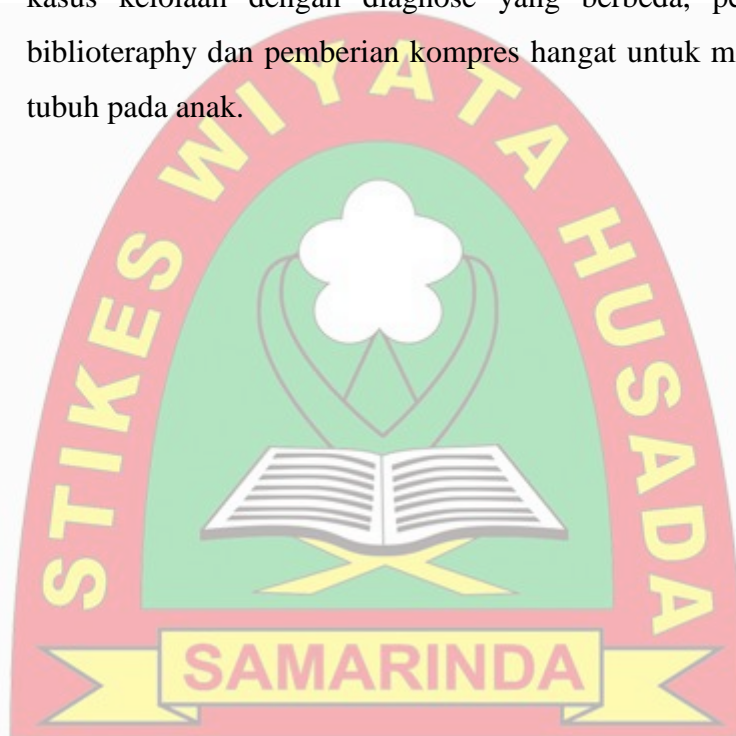
Peneliti lain diharapkan dapat menambah wawasan ilmu pengetahuan dan instansi pendidikan tentang Combustio Grade II, pemberian terapi bermain puzzle dalam menurunkan tingkat kecemasan pada anak prasekolah 3-6 tahun pada saat menjalani hospitalisasi.

2. Bagi Rumah Sakit

Perawatan pasien dengan Combustio Grade II, pemberian terapi bermain puzzle dapat dijadikan cara yang efektif untuk intervensi kecemasan akibat hospitalisasi. Dukungan orang tua saat anak menjalani rawat inap sangat dibutuhkan dengan cara menemani anak selama dirawat dan mendampingi anak saat dilakukan tindakan keperawatan.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Dapat menjadi informasi dan kontribusi sehingga bisa melakukan penelitian serupa. Untuk penelitian selanjutnya dapat penelitian studi kasus kelolaan dengan diagnose yang berbeda, pemberian terapi bibliotherapy dan pemberian kompres hangat untuk menurunkan suhu tubuh pada anak.



DAFTAR PUSTAKA

- Ardiana, D. (2011). *Tumbuh Kembang dan Terapi Bermain Pada Anak*. Jakarta: Salemba Medika.
- Damayanti, A. (2012). *Origami Berkreasi Sambil Bercerita*. Jakarta: Indra Pustaka.
- Hawari, D. (2010). *Manajemen Stres dan Depresi*. Jakarta : FKUI.
- Hirai, M. Segudang manfaat puzzle untuk anak; Available from: URL:<http://mayahirai.com/2009/08/12/segudang-manfaat-puzzle-untuk-anak/>, 2009.
- Asih Fatriansari,. Pengaruh terapi bermain puzzle terhadap perilaku kooperatif anak yang menjalani hospitalisasi di ruang Madinah RSI Siti Khadijah Palembang. *Jurnal Keperawatan* 2013; 8 (1); 10-23.
- Muscari ME. *Panduan belajar keperawatan pediatrik edisi 3*. Jakarta: EGC; 2006.
- Pratiwi ES, Deswita. Perbedaan pengaruh terapi bermain puzzle dan bercerita terhadap kecemasan anak usia sekolah (3-5 tahun) selama hospitalisasi di ruang Anak RS TK. III. R. W. Mongisidi Manado. *Ners jurnal keperawatan* 2015; 9 (1); 16-20.
- Santrock, J. W. (2011). *Masa Perkembangan Anak (Children)*. Jilid 2. Edisi 11. Jakarta: Salemba Humanika.
- Supartini Y. *Buku ajar konsep dasar keperawatan anak*. Jakarta: EGC; 2004.
- Suryanti, Sodikin, Mustiah Y. Pengaruh terapi bermain mewarnai gambar dan puzzle terhadap tingkat kecemasan sebagai efek hospitalisasi pada anak usia prasekolah di RSUD dr. R. Gotheng Tarunabidrata Purbalingga. *Jurnal Kesehatan* 2011.
- Suryati. dkk. (2010). Pengaruh Terapi Mewarnai Dan Puzzle Terhadap Tingkat Kecemasan Sebagai Efek Hospitalisasi Pada Anak Pre Sekolah Di RSUD Dr.

R. Goetheng Terunadibrata Purbalingga. *Jurnal Keperawatan Purbalingga*, hal 1-9, access 26 Febuari 2015.

Susanti, R. (2012). *Pengaruh Terapi Bermian Terhadap Tingkat Kecemasan Anak Usia Presekolah Yang Akan Dilakukan Tindakan Invasif Di Ruang Anak (Cempaka) RSUD Wates Kulon Progo*. Sstikes A. Yani. Yogyakarta : Tidak Dipublikasikan

Suwarsih. (2009). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan Pada Anak Usia Pra Sekolah 3-5 Tahun Terhadap Tindakan Keperawatan*.

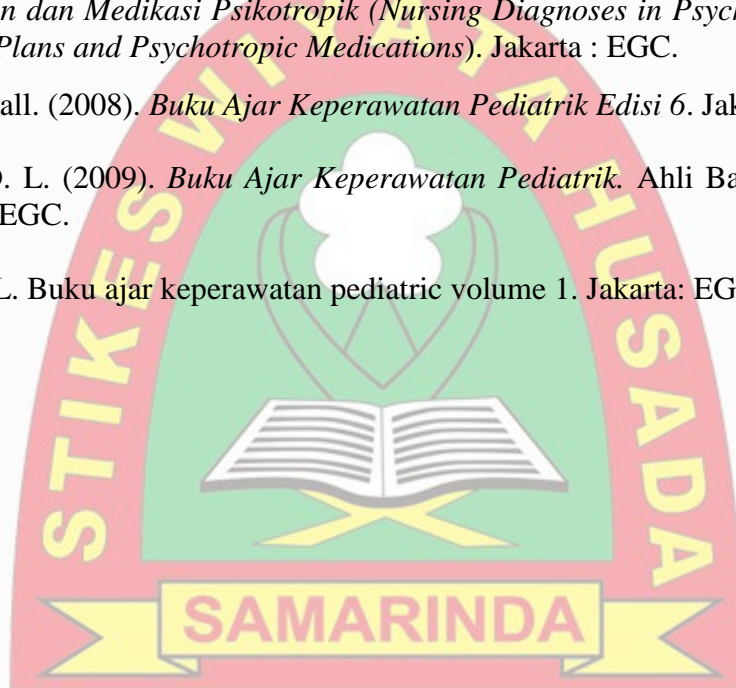
Syaiful Y, Widati , Rahmawati DW. Pengaruh terapi bermain: origami terhadap perkembangan motorik halus dan kognitif anak usia prasekolah (4-6 Tahun). *Journals of Ners Community* 2012; 3 (6); 16-29.

Twonsend, M. C. (2009). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan Psikiatri: rencana Asuhan dan Medikasi Psikotropik (Nursing Diagnoses in Psychiatric Nursing: Care Plans and Psychotropic Medications)*. Jakarta : EGC.

Wong et all. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Edisi 6*. Jakarta : EGC.

Wong, D. L. (2009). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. Ahli Bahasa Indonesia. Jakarta : EGC.

Wong DL. *Buku ajar keperawatan pediatric volume 1*. Jakarta: EGC; 2008.



INFORMED CONSENT

Assalamualaikum.wr.wb.

Perkenalkan saya Melisa Damayanti mahasiswa profesi ners dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda yang sedang melakukan Tugas Akhir Ners diruang Melati yang bertujuan untuk mengidentifikasi tingkat kecemasan pada anak usia prasekolah akibat hospitalisasi dan memberikan Terapi Puzzle.

Partisipasi anak Bapak/ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela dan tidak ada paksaan dari pihak manapun. Apabila Bapak/ibu bersedia anaknya menjadi responden dalam penelitian ini maka Bapak/Ibu akan diberikan formulir persetujuan menjadi responden untuk ditandatangani sebagai lembar persetujuan

Peneliti akan menjaga kerahasiaan identitas dan data yang responden berikan. Informasi yang responden berikan akan saya simpan seaman mungkin dan apabila dalam pemberian informasi ada yang kurang mengerti maka responden dapat menanyakan kepada peneliti.

Setelah ibu sudah membaca semua maksud dan tujuan dari penelitian ini, maka saya mohon ibu untuk tanda tangan dibawah ini bila ibu setuju untuk menjadi informan atau sumber informasi dalam penelitian ini.

Terima kasih atas kesedian ibu untuk menjadi informan dalam penelitian ini

Samarinda, November 2019

Peneliti

**PERNYATAAN KESEDIAAN
MENJADI RESPONDEN**

Penelitian yang berjudul “Terapi Bermain *Puzzle* pada Anak Prasekolah terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Hospitalisasi di Ruang Perawatan Anak Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”.

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Sehubungan dengan akan dilaksanakan penelitian yang berjudul “Efektifitas Penerapan Intervensi Terapi Bermain *Puzzle* Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Anak Usia Prasekolah (3-6 Tahun) Akibat Hospitalisasi Di Ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda” maka saya, **Bersedia/Tidak Bersedia** untuk menjadi responden atau sampel penelitian yang akan dilakukan oleh Masitah dari Program Studi Profesi Ners Ilmu Keperawatan Stikes Wiyata Husada Samarinda.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari siapapun.

Samarinda, November 2019

Responden

.....

LEMBAR OBSERVASI KECEMASAN ANAK

Kode....

Kode....

A. Identitas responden

1. Nama anak (inisial) :
2. Umur anak/ tgl lahir :
3. Jenis kelamin :
4. Tgl masuk RS :
5. Riwayat Hospitalisasi :
6. Diagnosa :
7. Terapi :
8. Anak ke..... dari..... bersaudara

No	Respon Perilaku Anak	Respon Anak			
		SL	SR	KD	TP
A	Respon anak pada saat perawat masuk keruangan				
	1. Anak tidak dapat bermain/ makan/ minum, serta ekspresi wajah tegang				
	2. Anak mendekati orang tuanya				
	3. Anak memegang orang tuanya atau keluarga yang ada didekatnya				
	4. Anak menghisap ibu jarinya atau meremas-remas tangannya				
B	Reaksi anak pada saat perawat mendekati anak				
	5. Anak memegang lengan atau tangan orang tua serta merapatkan tubuhnya				
	6. Anak gelisah.				
	7. Ekspresi wajah anak menangis				
	8. Anak segera membelakangi perawat/ menyelimuti tubuh atau mukanya atau berpura-pura tidur				
	9. Anak mengajak orang tuanya pulang atau meninggalkan ruang perawatan				
	10. Anak tidak mau ditinggal sendiri dan harus didampingi oleh orang tua.				



STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

TERAPI BERMAIN *PUZZLE*

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

PENGERTIAN

1. Cara alamiah bagi anak untuk mengungkapkan konflik dirinya yang tidak disadari
2. Bermain merupakan kegiatan yang dilakukan untuk kesenangan yang ditimbulkannya tanpa mempertimbangkan hasil akhirnya
3. Kegiatan yang dilakukan sesuai dengan keinginan dalam mengatasi konflik dari dalam dirinya yang tidak disadari serta dengan keinginan sendiri untuk memperoleh kesenangan

TUJUAN

1. Meminimalisir tindakan perawatan yang traumatis
2. Mengurangi kecemasan
3. Membantu mempercepat penyembuhan
4. Sebagai fasilitas komunikasi
5. Persiapan untuk hospitalisasi atau surgery
6. Sarana untuk mengekspresikan perasaan

KEBIJAKAN

Dilakukan di ruang bermain ruang rawat inap Melati di RSUD Abdul Wahab Shajranie Samarinda

PETUGAS

Perawat

PERSIAPAN PASIEN

1. Pasien dan keluarga diberitahu tujuan bermain
2. Melakukan kontrak waktu
3. Tidak mengantuk
4. Tidak rewel
5. Keadaan umum mulai membaik

	6. Pasien bisa dengan tiduran atau duduk, sesuai kondisi klien
PERALATAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rancangan program bermain yang lengkap dan sistematis 2. Alat bermain sesuai dengan umur/jenis kelamin dan tujuan
PROSEDUR PELAKSANAAN	<p>A. Tahap Pra Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan kontrak waktu 2. Mengecek kesiapan anak (tidak mengantuk, tidak rewel, keadaan umum membaik/kondisi yang memungkinkan) 3. Menyediakan alat <p>B. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam kepada pasien dan menyapa nama pasien serta memperkenalkan diri 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan <p>C. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan 2. Memberi petunjuk pada anak cara bermain 3. Mempersilahkan anak untuk melakukan permainan sendiri atau dibantu 4. Memotivasi keterlibatan klien dan keluarga 5. Memberi pujian pada anak bila dapat melakukan 6. Mengobservasi emosi, hubungan inter-personal, psikomotor anak saat bermain 7. Meminta anak menceritakan apa yang dilakukan/dibuatnya 8. Menanyakan perasaan anak setelah bermain 9. Menanyakan perasaan dan pendapat keluarga tentang permainan <p>D. Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan evaluasi sesuai dengan tujuan 2. Berpamitan dengan pasien 3. Membereskan dan kembalikan alat ke tempat semula 4. Mencuci tangan 5. Mencatat jenis permainan dan respon pasien serta keluarga kegiatan dalam lembar catatan keperawatan dan kesimpulan hasil bermain meliputi emosional, hubungan inter-personal, psikomotor dan anjuran untuk anak dan keluarga

