

**EFEKTIFITAS PENERAPAN *BRAIN GYM* DENGAN METODE AUDIOVISUAL
PADA PASIEN PRE OP ANAK USIA SEKOLAH DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN KECEMASAN AKIBAT HOSPITALISASI DI RUANG
MELATI RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Untuk Memenuhi Sebagai Persyaratan Mencapai Derajat Ners Pada Program Profesi
Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda



**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

2019

HALAMAN PENGESAHAN

EFEKTIFITAS PENERAPAN BRAIN GYM DENGAN METODE AUDIOVISUAL PADA
PASIE PRE OP PADA ANAK USIA SEKOLAH DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN KECEMASAN AKIBAT HOSPITALISASI
DI RUANG MELATI RSUD ABDUL WAHAB
SJAHRANIE SAMARINDA

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

ZAINAL MUTTAQIN

NIM: P180758

Telah dipertahankan dalam ujian
Pada tanggal 19 Desember 2019

PENGUJI KLINIK

Iswanti, SST

NIP. 19691201.199503.2.005

PENGUJI AKADEMIK

Ns. Sumiati Sinaga, S.Kep., M.Kep

NIK. 113072.82.06.009

Mengetahui,

Ketua

STIKES Wiyata Husada Samarinda



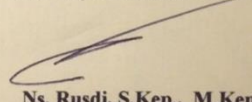
Ns. Edy Muliono, S.Pd., S.Kep., M.Kep

NIK: 113072.74.13.045

Ketua Program Studi

Ilmu Keperawatan

STIKES Wiyata Husada Samarinda



Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep

NIK: 113072.86.13.071



PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini.

Nama : Zainal Muttaqin, S.Kep

NIM : P180758

Program Studi : Profesi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda

Judul KIAN : Efektifitas Penerapan Brain Gym Dengan Metode Audiovisual Pada Pasien Pre Op Anak Usia Sekolah Dengan Masalah Keperawatan Kecemasan Akibat Hospitalisasi Di ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Samarinda, 20 Desember 2019

Yang membuat pernyataan,

Zainal Muttaqin, S.Kep
NIM: P180758

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT, berkat rahmat dan anugerah-Nya saya dapat menyusun dan menyelesaikan KIAN dengan judul, “Efektifitas Penerapan Brain Gym Dengan Metode Audiovisual Pada Pasien Pre Op Anak Usia Sekolah Dengan Masalah Keperawatan Kecemasan Akibat Hospitalisasi Di ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”.

Dalam penyusunan KIAN ini, peneliti banyak mengalami kesulitan dan hambatan. Hal ini disebabkan oleh keterbatasan pengetahuan dan pengalaman yang saya miliki. Namun berkat bimbingan, pengarahan dan dukungan dari berbagai pihak. Atas bimbingan, pengarahan dan bantuan yang telah diberikan, maka pada kesempatan ini saya ingin mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Mujito Hadi., MM selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda
2. Bapak Ns. Edy Mulyono., S.Pd., M.Kep., selaku Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda
3. Bapak Ns. Rusdi., S.Kep., M.Kep., selaku Ketua Program Studi S.1 Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda. Terima kasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya terhadap ilmu keperawatan
4. Ibu Ns. Kiki Haridansyah Safitri, M.Kep., Sp.Kep.MB Selaku Koordinator Stase Peminatan dan Pembimbing Akademik. Terima Kasih Atas Bimbingan Dan Ilmu Yang Telah Diberikan Kepada Saya, Sehingga Saya Dapat Menyelesaikan Kian Ini.
5. Ibu Ns. Sumiati Sinaga., S.Kep., M.Kep., Selaku Pembimbing Akademik. Terima Kasih Atas Bimbingan Dan Ilmu Yang Telah Diberikan Kepada Saya, Sehingga Saya Dapat Menyelesaikan Kian Ini.
6. Ibu Iswanti., SST., Selaku Pembimbing Klinik. Terima Kasih Atas Bimbingan Dan Ilmu Yang Telah Diberikan Kepada Saya, Sehingga Saya Dapat Menyelesaikan Kian Ini.

7. Terima kasih kepada bapak dan ibu beserta staf dosen yang ada di lingkungan STIKES Wiyata Husada Samarinda yang telah banyak memberikan tambahan ilmu serta dukungan selama proses pembelajaran
8. Terimakasih kepada staf perawat yang ada di lingkungan ruang melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang telah banyak memberikan tambahan ilmu serta dukungan selama proses pembelajaran
9. Terimakasih kepada ayah dan ibu tercinta dan saudara-saudara saya yang selalu memberikan dorongan, semangat dan juga doa kepada saya selama menjalankan studi di STIKES Wiyata Husada Samarinda
10. Terima kasih kepada teman-teman seperjuangan Program Studi Profesi Ners khususnya angkatan 2018/2019 STIKES Wiyata Husada Samarinda yang selalu bersama-sama dalam suka dan duka sejak semester 1 hingga memasuki masa akhir kuliah
11. Terimakasih kepada teman-teman seperjuangan di ruang melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang selama 4 minggu selalu bersama-sama dalam menjalankan dinas Karya Ilmiah Akhir Ners hingga selesai.

Semoga Allah SWT membalas kebaikan dan melimpahkan rahmat-Nya kepada semua pihak yang telah membantu dan mendukung dalam penyusunan Kian ini masih terdapat banyak kekurangan sehingga memerlukan banyak perbaikan dan penyempurnaan baik dalam bentuk saran dan kritik yang bersifat membangun. Penulis berharap laporan kian ini dapat diterima sebagai syarat untuk menyelesaikan program studi Profesi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Samarinda, 20 Desember 2019

Peneliti

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Zainal Muttaqin

NIM : P180758

Program Studi : Profesi Ners

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

Efektifitas Penerapan Brain Gym Dengan Metode Audiovisual Pada Pasien Pre Op Anak Usia Sekolah Dengan Masalah Keperawatan Kecemasan Akibat Hospitalisasi Di ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, STIKES Wiyata Husada Samarinda berhak menyimpan, mengalih media/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, 20 Desember 2019

Yang menyatakan

(.....)

ABSTRAK

EFEKTIFITAS PENERAPAN *BRAIN GYM* DENGAN METODE AUDIOVISUAL PADA PASIEN PRE OP ANAK USIA SEKOLAH DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KECEMASAN AKIBAT HOSPITALISASI DI RUANG MELATI RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA

Zainal Muttaqin¹, Sumiati Sinaga², Iswanti³

Latar Belakang : *Brain gym* dengan audiovisual merupakan serangkaian gerak sederhana yang diputar dalam bentuk audiovisual memiliki manfaat untuk merangsang seluruh bagian otak, baik otak kanan, otak kiri, otak depan maupun otak belakang secara sinergis. Gerakan itu dibuat untuk merangsang otak kiri dan kanan, meringankan atau merelaksasi belakang otak dan bagian depan otak, merangsang sistem yang terkait dengan perasaan emosional, yakni otak tengah serta otak besar. **Tujuan :** Untuk mengetahui efektifitas senam otak terhadap kecemasan akibat hospitalisasi pada anak usia sekolah yang dirawat di ruang melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. **Metode :** Penelitian ini dilakukan pada bulan November 2019 dengan jumlah sampel sebanyak 4 orang menggunakan rancangan Quasi Eksperiment dengan jenis one group pretest - posttest design. Pengukuran variabel dilakukan dengan menggunakan lembar observasi. **Hasil :** Sebelum dilakukan senam otak pada 4 orang (100%) pasien anak yang mengalami ansietas dengan indikator kecemasan berat (31 - 40). Sedangkan setelah dilakukan senam otak pada 4 orang (100%) yang mengalami ansietas didapatkan hasil skala kecemasan menurun menjadi kecemasan sedang (21 - 30). **Kesimpulan :** *Brain Gym* cukup efektif menurunkan kecemasan anak saat dirawat di rumah sakit dan mendapat respon positif dari orang tua pasien. **Saran :** Perlunya pendidikan atau pelatihan bagi keluarga lebih lanjut tentang prosedur terapi senam otak terkait dengan hasil penelitian dimana senam otak mampu melatih konsentrasi anak dan menurunkan kecemasan, yang pada akhirnya diharapkan dengan adanya pelatihan tersebut orang tua dapat melakukan perawatan pada anaknya yang mengalami ansietas secara mandiri.

Kata Kunci : *Brain Gym*, Kecemasan

¹Mahasiswa program studi ilmu keperawatan, STIKES Wiyata Husada Samarinda

²Dosen program studi ilmu keperawatan, STIKES Wiyata Husada Samarinda

³Praktisi RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

ABSTRACT

EFFECTIVENESS OF BRAIN GYM APPLICATION USING AUDIOVISUAL METHOD IN PRE OP CHILDREN PATIENTS WITH SCHOOL AGE WITH PROBLEM NURSING ANXIETY TO HOSPITALIZATION IN MELATI ROOM ABDUL WAHAB SJHRANIE SAMARINDA

Zainal Muttaqin¹, Sumiati Sinaga², Iswanti³

Background: The audiovisual brain gym is a series of simple movements that are played in an audiovisual form that has the benefit of stimulating all parts of the brain, right brain, left brain, forebrain and hind brain synergistically. The movement was made to stimulate the left and right brain, relieve or relax the back of the brain and the front of the brain, stimulate the system associated with emotional feelings, namely the midbrain and cerebrum. **Objective:** To determine the effectiveness of brain exercise on anxiety due to hospitalization in school-age children who are treated in the jasmine room of Abdul Wahab Sjahranie Hospital Samarinda. **Method:** This research was conducted in November 2019 with a total sample of 4 people using a Quasi Experiment design with one group pretest - posttest design. Measurement of variables is done by using an observation sheet. **Results:** Prior to brain exercise in 4 (100%) pediatric patients with anxiety with severe anxiety indicators (31-40). Whereas after brain exercise performed on 4 people (100%) who experience anxiety the anxiety scale results obtained decreased to moderate anxiety (21-30). **Conclusion:** Brain Gym is quite effective in reducing children's anxiety when hospitalized and received a positive response from parents of patients. **Suggestion:** The need for further education or training for families about brain exercise therapy procedures related to the results of research in which brain exercise is able to train children's concentration and reduce anxiety, which in turn is expected with this training parents can take care of their children who experience anxiety independently.

Keywords: Brain Gym, Anxiety

¹ Students of Nursing Science Study program of STIKES Wiyata Husada, Samarinda

² Lecturer of Nursing Science Study Program of STIKES Wiyata Husada, Samarinda

³ Practitioner of RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL DAN PRASYARAT GELAR	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN	iii
KATA PENGANTAR.....	Iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
ABSTRAK	Vii
ABSTRACT	Viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR SKEMA	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Anak Usia Sekolah	6
1. Anak Usia Usia Sekolah.....	6
2. Pertumbuhan Dan Perkembangan Anak Usia Sekolah	6
B. Konsep Kecemasan	9
1. Kecemasan	9
2. Tanda Dan Gejala Kecemasan	10
3. Tingkat Kecemasan.....	11
C. Konsep Senam Otak.....	15
1. Pengertian Senam Otak	15
2. Mekanisme Kerja Senam Otak.....	15
3. Waktu Yang Dibutuhkan Dalam Senam Otak	17
4. Aturan Dalam Senam Otak	18
5. Gerakan-Gerakan Dalam Senam Otak	20
D. Pre Operatif.....	22
1. Pengertian.....	22
2. Tipe Pembedahan	22
3. Faktor Resiko	24
4. Gambaran Pasien Preoperatif.....	25
5. Tindakan Keperawatan Preoperatif	27
6. Jenis-Jenis Tindakan Keperawatan Preoperatif.....	36
E. Teori Keperawatan Dorothea E.Orem	38
BAB III TINJAUAN KASUS	
A. Gambaran Kasus	44

B. Evidence Based Nursing.....	48
C. Alur Penelitian.....	50
D. Hasil Penerapan Evidence Based Nursing.....	51
BAB IV HASIL PEMBAHASAN	
A. Pembahasan.....	53
B. Diagnosa Keperawatan.....	55
C. Intervensi Keperawatan.....	58
D. Implementasi.....	59
E. Evaluasi.....	60
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan.....	62
B. Saran.....	62

Daftar Pustaka

Lampiran



DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 kesimpulan Pemberian Senam Otak

60



DAFTAR SKEMA

3.1 Alur Penelitian.....	50
--------------------------	----



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Tombol Bumi.....	20
Gambar 2.2 Tombol Imbang.....	21
Gambar 2.3 Tombol Angkasa.....	21
Gambar 2.4 Pasang Telinga.....	22
Gambar 2.5 Menguap Berenergi.....	22



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar Penjelasan Penelitian
Lampiran 2	Surat Pernyataan Persetujuan (<i>Informed Consent</i>)
Lampiran 3	Lembar Standar Operasional Prosedur (SOP)
Lampiran 4	Lembar Observasi



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Anak adalah tunas bangsa dan generasi penerus bangsa, sehingga anak dengan ciri dan sifatnya yang khusus memiliki peran strategis untuk menjamin kelangsungan hidup bangsa (Undang-Undang Perlindungan Anak, 2014). Usia anak menurut WHO berumur 0–18 tahun, merupakan masa yang sangat menyenangkan dan merupakan dasar dari masa-masa berikutnya. Pada masa ini anak akan bertumbuh dan berkembang dengan cepat sesuai dengan tahapan-tahapan tumbuh kembangnya di setiap umur.

Anak adalah individu yang berusia 0–18 tahun secara bertahap anak akan mengalami tumbuh kembang yang dimulai dari bayi sampai remaja. Tahapan-tahapan anak mencakup, yang pertama bayi yaitu usia 0-1 tahun, kedua toddler yaitu 1–2,5 tahun, yang ketiga prasekolah yaitu usia 2,5–5 tahun, yang keempat usia sekolah yaitu usia 5–11 tahun, dan yang terakhir usia remaja yaitu usia 11-18 tahun (Hidayat, 2009).

Kecemasan merupakan kekhawatiran yang berlebihan yang merupakan respon emosional terhadap penilaian individu terhadap subjektif, yang di pengaruhi oleh alam sadar (Dalami, 2009). Salah satu cara untuk mengurangi kecemasan pada anak yaitu dengan memberikan suatu permainan yang unik dan dapat menarik perhatian anak (Wong,2009).

Hospitalisasi bisa menimbulkan stres bagi anak. Anak bisa dihospitalisasi dengan berbagai alasan seperti menjalani tes diagnostik, prosedur tindakan, pembedahan, perawatan medis di unit gawat darurat, pemberian medikasi dan stabilisasi (Costello, 2008). Stresor yang dialami anak yang dihospitalisasi meliputi kecemasan terhadap perpisahan dengan orangtua, ketakutan karena ketidaktahuan, kehilangan kontrol dan otonomi, cedera tubuh yang mengakibatkan ketidaknyamanan, nyeri dan mutilasi, serta ketakutan akan kematian. Kondisi-kondisi tersebut membuat anak menjadi takut dan cemas

sehingga bisa mempengaruhi lamanya hari perawatan dan bisa memperburuk kondisi anak karena anak menolak perawatan dan pengobatan (Hockenberry & Wilson, 2007).

Di Amerika, populasi anak yang dirawat dirumah sakit menurut Wong (2001, dikutip dari Murniasih, 2009), mengalami peningkatan yang sangat dramatis. Persentase anak yang dirawat dirumah sakit saat ini mengalami masalah yang lebih serius dan kompleks dibandingkan kejadian hospitalisasi pada tahun-tahun sebelumnya. Mc Cherty dan Kozak dalam Murniasih (2009), mengatakan hampir empat juta anak dalam satu tahun mengalami rawat inap. Rata-rata anak mendapat perawatan selama enam hari. Selain membutuhkan perawatan yang spesial dibanding pasien lain, anak sakit juga mempunyai keistimewaan dan karakteristik tersendiri karena anak-anak bukanlah miniatur dari orang dewasa atau dewasa kecil. Dan waktu yang dibutuhkan untuk merawat penderita anak-anak 20-45% lebih banyak dari pada waktu untuk merawat orang dewasa.

Angka kesakitan anak di Indonesia berdasarkan Survei Kesehatan Nasional (Susenas) tahun 2010 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 sebesar 8,13%. Angka kesakitan anak usia 0-21 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 di sebut dengan hospitalisasi (Apriany, 2013).

Brain gym atau senam otak merupakan rangkaian latihan gerakan sederhana yang dilakukan untuk memudahkan kegiatan belajar, dimana *brain gym* memiliki serangkaian gerakan yang disusun sedemikian rupa untuk mengoptimalkan kemampuan otak seseorang. *Brain gym* dipelopori oleh Paul Dennison dengan tujuan untuk mengatasi kesulitan belajar. Gerakan-gerakan *brain gym* dapat meningkatkan daya ingat, membuat pikiran lebih jernih, meningkatkan kemampuan berbahasa, meningkatkan rasa percaya diri,

meningkatkan motivasi belajar, menjadikan seseorang lebih bersemangat, lebih kreatif serta dapat mengurangi stres. (Gunadi, 2010)

Otak kita terdiri dari dua belahan atau lobus, yaitu lobus bagian kiri dan lobus bagian kanan, dilihat dari segi fungsinya, otak yang memiliki dua bagian ini memiliki tiga dimensi yang saling berhubungan yaitu dimensi lateralis, dimensi yang fungsinya untuk mengkoordinasi bagian tubuh bagian kiri dan kanan, dimensi pemfokusan yaitu dimensi yang berfungsi untuk mengkoordinasi bagian depan dan belakang tubuh, dan dimensi pemusatan yang berfungsi untuk mengkoordinasi bagian atas dan bawah tubuh, untuk menciptakan hal yang menarik dan dapat memfokuskan anak tunagrahita maka *brain gym* menggunakan media audiovisual. (Subini, 2012)

Brain gym dengan audiovisual merupakan serangkaian gerak sederhana yang diputar dalam bentuk audiovisual memiliki manfaat untuk merangsang seluruh bagian otak, baik otak kanan, otak kiri, otak depan maupun otak belakang secara sinergis. Gerakan itu dibuat untuk merangsang otak kiri dan kanan (dimensi lateralitas), meringankan atau merelaksasi belakang otak dan bagian depan otak (dimensi pemfokusan), merangsang sistem yang terkait dengan perasaan emosional, yakni otak tengah (limbis) serta otak besar (dimensi pemusatan). (Gunadi, 2010)

Beberapa penelitian yang menyatakan bahwa *brain gym* efektif menurunkan kecemasan yang dibuktikan oleh Widianti (2011) dalam penelitiannya yang berjudul “Pengaruh Senam Otak Terhadap Kecemasan Akibat Hospitalisasi Pada Anak Usia Pra Sekolah Di Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh senam otak terhadap kecemasan akibat hospitalisasi. Dari hasil analisis data ditemukan bahwa ada penurunan signifikan pada skor kecemasan anak setelah dilakukan senam otak. Penelitian Sarifah, (2016) menyatakan banyak manfaat yang bisa diperoleh dengan melakukan *brain gym*, gerakan-gerakan yang ringan dan sederhana dapat memberikan rangsangan stimulasi pada otak dan dapat menurunkan kecemasan.

Jumlah pasien pre op yang menjalani perawatan di ruang melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda pada bulan oktober berjumlah 24 pasien dan pada bulan november berjumlah 24 pasien tahun 2019. Berdasarkan fenomena yang telah ditemukan maka peneliti ingin mengetahui tentang pengaruh senam otak terhadap kecemasan akibat hospitalisasi pada anak usia sekolah yang dirawat di ruang perawatan anak RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti merumuskan masalah penelitian sebagai berikut : “Apakah senam otak berpengaruh terhadap kecemasan akibat hospitalisasi pada anak usia sekolah yang dirawat di ruang perawatan anak RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda ?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Untuk mengetahui pengaruh senam otak terhadap kecemasan akibat hospitalisasi pada anak usia sekolah yang dirawat di ruang perawatan anak RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik anak usia sekolah yang dirawat di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
- b. Mengidentifikasi kecemasan awal pada anak usia sekolah sebelum dilakukan senam otak.
- c. Mengidentifikasi kecemasan akhir pada anak usia sekolah setelah dilakukan senam otak.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini untuk menambah ilmu pengetahuan tentang pengetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak yang mengalami hospitalisasi.

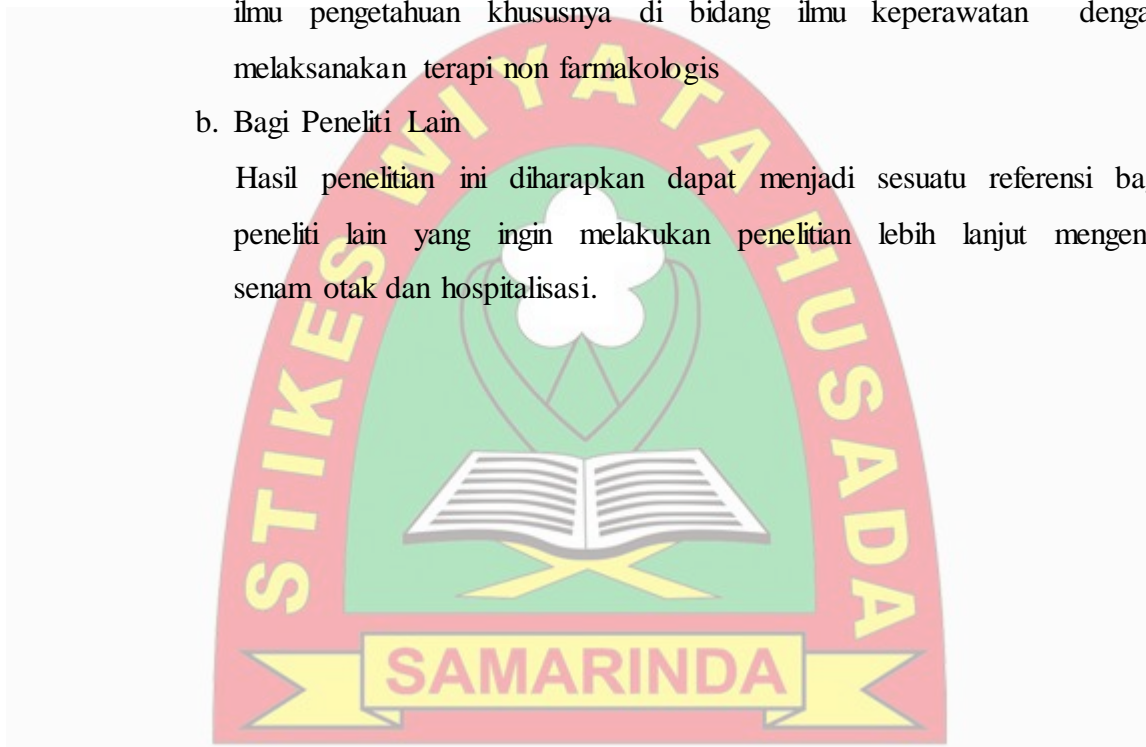
2. Manfaat Praktis

a. Bagi Profesi Keperawatan

Penelitian ini dapat digunakan untuk mengembangkan dan menerapkan ilmu pengetahuan khususnya di bidang ilmu keperawatan dengan melaksanakan terapi non farmakologis

b. Bagi Peneliti Lain

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sesuatu referensi bagi peneliti lain yang ingin melakukan penelitian lebih lanjut mengenai senam otak dan hospitalisasi.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Anak Usia Sekolah

1. Definisi dan Karakteristik Anak Usia Sekolah

Anak usia sekolah merupakan anak yang sedang berada pada periode usia pertengahan yaitu anak yang berusia 6-12 tahun (Santrock, 2008), sedangkan menurut Yusuf (2011) anak usia sekolah merupakan anak usia 6-12 tahun yang sudah dapat mereaksikan rangsang intelektual atau melaksanakan tugas-tugas belajar yang menuntut kemampuan intelektual atau kemampuan kognitif (seperti: membaca, menulis, dan menghitung).

Umumnya pada permulaan usia 6 tahun anak mulai masuk sekolah, dengan demikian anak mulai mengenal dunia baru, anak-anak mulai berhubungan dengan orang-orang di luar keluarganya dan mulai mengenal suasana baru di lingkungannya. Hal-hal baru yang dialami oleh anak-anak yang sudah mulai masuk dalam usia sekolah akan mempengaruhi kebiasaan makan mereka. Anak-anak akan merasakan kegembiraan di sekolah, rasa takut akan terlambat tiba di sekolah, menyebabkan anak-anak ini menyimpang dari kebiasaan makan yang diberikan kepada mereka (Moehji, 2009).

Karakteristik anak usia sekolah menurut Hardinsyah dan Supariasa (2016) yaitu anak usia sekolah (6-12 tahun) yang sehat memiliki ciri di antaranya adalah banyak bermain di luar rumah, melakukan aktivitas fisik yang tinggi, serta beresiko terpapar sumber penyakit dan perilaku hidup yang tidak sehat. Secara fisik dalam kesehariannya anak akan sangat aktif bergerak, berlari, melompat, dan sebagainya.

2. Perkembangan Anak Sekolah

Perkembangan jika dalam bahasa Inggris disebut *development*. Menurut Santrock *development is the pattern of change that begins at*

conception and continues through the life span, yang artinya perkembangan adalah perubahan pola yang dimulai sejak masa konsepsi dan berlanjut sepanjang kehidupan. Perkembangan berorientasi pada proses mental sedangkan pertumbuhan lebih berorientasi pada peningkatan ukuran dan struktur. Jika perkembangan berkaitan dengan hal yang bersifat fungsional, sedangkan pertumbuhan bersifat biologis. Misalnya, jika dalam perkembangan mengalami perubahan pasang surut mulai lahir sampai mati. Tetapi jika pertumbuhan contohnya seperti, pertumbuhan tinggi badan dimula sejak lahir dan berhenti pada usia 18 tahun (Desmita, 2015). Beberapa komponen yang termasuk dalam perkembangan yaitu :

a. Perkembangan Kognitif

Perkembangan kognitif adalah salah satu aspek perkembangan manusia yang berkaitan dengan pengertian (pengetahuan), yaitu semua proses psikologis yang berkaitan dengan bagaimana individu mempelajari dan memikirkan lingkungannya. Perkembangan kognitif juga digunakan dalam psikologi untuk menjelaskan semua aktivitas mental yang berhubungan dengan persepsi, pikiran, ingatan, dan pengolahan informasi yang memungkinkan seseorang memperoleh pengetahuan, memecahkan masalah, dan merencanakan masa depan, atau semua proses psikologis yang berkaitan dengan individu. Selain berkaitan dengan individu juga mempelajari, memperhatikan, mengamati, membayangkan, memperkirakan, menilai dan memikirkan lingkungannya (Desmita, 2015).

Mengacu pada tahap perkembangan kognitif dari Piaget, maka anak pada masa kanak-kanak akhir berada pada tahap operasional konkret yang berlangsung kira-kira usia 7-11 tahun (tahap operasional konkret). Pada tahapan ini, pemikiran logis menggantikan pemikiran intuitif. Anak sudah mampu berpikir rasional dan melakukan aktivitas logis tertentu, walaupun masih terbatas pada objek konkret dan dalam situasi konkret. Anak telah mampu memperlihatkan keterampilan

konversi, klasifikasi, penjumlahan, pengurangan, dan beberapa kemampuan lain yang sangat dibutuhkan anak dalam mempelajari pengetahuan dasar sekolah. Cara berpikirnya sudah kurang egosentris yang ditandai dengan desentrasi yang besar, yaitu sudah mampu memperhatikan lebih dari satu dimensi dan juga menghubungkan satu dengan yang lainnya (Soetjiningsih, 2012). Pada tahap operasional konkret, anak-anak dapat memahami :

- 1) Konservasi, yaitu kemampuan anak untuk memahami bahwa suatu zat/objek/benda tetap memiliki substansi yang sama walaupun mengalami perubahan dalam penampilan. Ada beberapa macam konservasi seperti konservasi jumlah, panjang, berat, dan volume.
- 2) Klasifikasi, yaitu kemampuan anak untuk mengelompokkan /mengklasifikasikan benda dan memahami hubungan antar benda tersebut.
- 3) Seriaton, yaitu kemampuan anak mengurutkan sesuai dimensi kuantitatifnya. Misalnya sesuai panjang, besar dan beratnya.
- 4) Transitivity, yaitu kemampuan anak memikirkan relasi gabungan secara logis. Jika ada relasi antara objek pertama dan kedua, dan ada relasi antara objek kedua dan ketiga, maka ada relasi antara objek pertama dan ketiga.

b. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perkembangan Anak Sekolah

Proses perkembangan pada anak dapat terjadi secara cepat maupun lambat tergantung dari individu atau lingkungannya. Proses tersebut dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor perkembangan anak, yaitu :

1. Faktor Herediter

Faktor herediter dapat diartikan sebagai pewarisan atau pemindahan karakteristik biologis individu dari pihak kedua orang tua ke anak atau karakteristik biologis individu yang dibawa sejak lahir yang tidak diturunkan dari pihak kedua orang tua. Kita juga dapat

menyebutkan bahwa sifat-sifat atau ciri-ciri pada seseorang anak adalah keturunan (Lestari, 2011).

2. Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan merupakan faktor yang memegang peranan penting dalam mempengaruhi perkembangan anak. Faktor lingkungan secara garis besar dibagi menjadi faktor prenatal dan post natal. Lingkungan post natal secara umum dapat di golongkan menjadi lingkungan biologis (ras/suku bangsa, jenis kelamin, umur, gizi, perawatan kesehatan, kepekaan terhadap penyakit, penyakit kronis, fungsi metabolisme, hormon), lingkungan fisik (cuaca, musim, keadaan geografis suatu daerah, sanitasi, keadaan rumah, radiasi), lingkungan psikososial (stimulasi, motivasi belajar, ganjaran atau hukuman, kelompok sebaya, stress, sekolah), dan lingkungan keluarga (Candrasari, et al. 2017)

B. Konsep Kecemasan

1. Pengertian Kecemasan

Menurut Townsend (2009), kecemasan merupakan perasaan gelisah yang tidak jelas akan ketidaknyamanan atau ketakutan yang disertai respon otonom, sumbernya sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu, perasaan takut terhadap sesuatu karena mengantisipasi bahaya. Kecemasan (anxietas) adalah perasaan aneh dan kacau, sumbernya sering tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu (Martin Tucker, 2007)

Cemas merupakan suatu keadaan yang wajar, karena seseorang pasti menginginkan segala sesuatu dalam kehidupannya dapat berjalan dengan lancar dan terhindar dari segala marabahaya atau kegagalan serta sesuai dengan harapannya. Banyak hal yang harus dicemaskan, salah satunya adalah kesehatan, yaitu pada saat dirawat di rumah sakit. Misalnya pada saat anak sakit dan harus dirawat di rumah sakit akan menimbulkan dampak bagi orang tua maupun anak tersebut. Hal yang paling umum yang dirasakan

orang tua adalah kecemasan. Suatu hal yang normal, bahkan adaptif untuk sedikit cemas mengenai aspek-aspek kehidupan tersebut. Kecemasan merupakan suatu respons yang tepat terhadap ancaman, tetapi kecemasan dapat menjadi abnormal bila tingkatannya tidak sesuai dengan proporsi ancaman (Nevid, et al., 2008).

2. Tanda dan Gejala Kecemasan

Tanda dan gejala kecemasan yang ditunjukkan atau dikemukakan oleh seseorang bervariasi, tergantung dari beratnya atau tingkatan yang dirasakan oleh individu tersebut (Hawari, 2004). Keluhan yang sering dikemukakan oleh seseorang saat mengalami kecemasan secara umum menurut Hawari (2004), antara lain adalah sebagai berikut:

- a. Gejala psikologis : pernyataan cemas/ khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung, merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut.
- b. Gangguan pola tidur, mimpi-mimpi yang menegangkan.
- c. Gangguan konsentrasi dan daya ingat.
- d. Gejala somatic : rasa sakit pada otot dan tulang, berdebar-debar, sesak nafas, gangguan pencernaan, sakit kepala, gangguan perkemihan, tangan terasa dingin dan lembab, dan lain sebagainya.

Kecemasan dapat diekspresikan secara langsung melalui perubahan fisiologis dan perilaku dan secara tidak langsung melalui timbulnya gejala atau mekanisme koping sebagai upaya untuk melawan timbulnya kecemasan. Menurut Stuart (2008) pada orang yang cemas akan muncul beberapa respon yang meliputi:

- 1) Respon fisiologis
 - a) Kardiovaskular : palpitasi, tekanan darah meningkat, tekanan darah menurun, denyut nadi menurun.
 - b) Pernafasan : nafas cepat dan pendek, nafas dangkal dan terengah-engah

- c) Gastrointestinal : nafsu makan menurun, tidak nyaman pada perut, mual dan diare.
- d) Neuromuskular : tremor, gugup, gelisah, insomnia dan pusing.
- e) Traktus urinarius : sering berkemih.
- f) Kulit : keringat dingin, gatal, wajah kemerahan.

2) Respon perilaku

Respon perilaku yang muncul adalah gelisah, tremor, ketegangan fisik, reaksi terkejut, gugup, bicara cepat, menghindari, kurang koordinasi, menarik diri dari hubungan interpersonal dan melarikan diri dari masalah.

3) Respon kognitif

Respon kognitif yang muncul adalah perhatian terganggu, lupa, salah dalam memberikan penilaian, hambatan berfikir, kesadaran diri meningkat, tidak mampu berkonsentrasi, tidak mampu mengambil keputusan, menurunnya lapangan persepsi dan kreatifitas, bingung, takut, kehilangan kontrol, takut pada gambaran visual dan takut cedera atau kematian.

4) Respon afektif

Respon afektif yang sering muncul adalah mudah terganggu, tidak sabar, gelisah, tegang, ketakutan, waspada, gugup, mati rasa, rasa bersalah dan malu.

3. Tingkat Kecemasan

Menurut Martin Tucker, 2007 klasifikasi tingkat kecemasan di bagi menjadi empat tingkatan yaitu:

a. Kecemasan ringan

Kecemasan ringan adalah kecemasan normal yang memotivasi individu setiap hari untuk melakukan aktivitas dan menangani masalah. Batasan karakteristik kecemasan ringan meliputi ketidaknyamanan ringan, gelisah, insomnia ringan, perubahan ringan pada

nafsu makan, iritabilitas, peningkatan persepsi dan pemecahan masalah, mudah marah, berfokus pada masalah masa depan, gerakan tidak tenang.

b. Kecemasan sedang

Kecemasan sedang adalah kecemasan yang mengganggu pembelajaran baru dengan menyempitkan lapang persepsi sehingga individu menangkap lebih sedikit, tetapi mampu mengikuti pembelajaran dengan arahan dari orang lain.

Batasan karakteristik kecemasan sedang ini meliputi perkembangan ansietas ringan, perhatian selektif pada lingkungan, konsentrasi pada hanya tugas individual, ketidaknyamanan subjektif sedang, peningkatan jumlah waktu yang digunakan pada situasi masalah, suara gemetar, perubahan puncak suara, takipnea, takikardia, tremor, peningkatan tegangan otot, menggigit kuku, mengetukkan jari, mengetukkan ibu jari kaki, atau mengayunkan kaki, peningkatan pikiran obsesif dan merenung, ketidakmampuan berkonsentrasi, panik, rasa bersalah, malu, menangis, iritabilitas.

c. Kecemasan berat

Selama episode kecemasan berat, lapang persepsi individu menyempit sampai titik ketika ia tidak dapat memecahkan masalah atau belajar, fokusnya adalah pada detail yang kecil atau menyebar, dan pola komunikasi terganggu, pasien dapat menunjukkan banyak upaya yang gagal untuk mengurangi ansietas dan biasanya mengungkapkan distress subjektif berat.

Batasan karakteristik kecemasan berat meliputi rasa akan mengalami malapetaka, ketegangan otot luas (sakit kepala, spasme otot), diaforesis, perubahan pernafasan: mengeluarkan nafas panjang dan dalam, hiperventilasi, dipsnea, pusing, perubahan GI: mual, muntah, heartburn, bersendawa, anoreksia dan diare atau konstipasi, perubahan kardiovaskuler: takikardia, palpasi, ketidaknyamanan prekordium,

penurunan rentang persepsi hebat, ketidak mampuan belajar, ketidak mampuan berkonsentrasi, rasa terisolasi, kesulitan atau ketidaktepatan verbalisasi, aktivitas tanpa tujuan, rasa bermusuhan.

d. Tingkat panik

Kecemasan telah meningkat sampai tingkat individu tersebut sekarang membahayakan diri dan atau orang lain dan dapat menjadi immobilisasi atau menyerang secara acak. Batasan karakteristik kecemasan tingkat panik meliputi hiperaktivitas atau mobilitas berat, rasa terisolasi yang ekstrem, kehilangan identitas: disintegrasi kepribadian, gemeteran dan ketegangan otot yang hebat, ketidak mampuan berkomunikasi dalam kalimat yang lengkap, distorsi persepsi dan penilaian yang tidak realitas pada lingkungan atau ancaman, perilaku kacau dalam upaya melarikan diri, perilaku menyerang, perilaku menghindar, fobia, agorafobia.

Menurut Hawari (2004), tingkat kecemasan dapat diukur dengan menggunakan alat ukur (instrumen) yang dikenal dengan nama Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRS-A), yang terdiri dari 14 kelompok gejala, antara lain adalah sebagai berikut :

- 1) Perasaan cemas : cemas, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri dan mudah tersinggung.
- 2) Ketegangan : merasa tegang, lesu, tidak dapat beristirahat dengan tenang, mudah terkejut, mudah menangis, gemetar dan gelisah.
- 3) Ketakutan : pada gelap, pada orang asing, ditinggal sendiri, pada binatang besar, pada keramaian lalu lintas dan pada kerumunan orang banyak.
- 4) Gangguan tidur : sukar untuk tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak nyenyak, bangun dengan lesu, banyak mimpi, mimpi buruk dan mimpi yang menakutkan.
- 5) Gangguan kecerdasan : sukar berkonsentrasi, daya ingat menurun dan daya ingat buruk.

- 6) Perasaan depresi (murung) : hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, terbangun pada saat dini hari dan perasaan berubah-ubah sepanjang hari.
- 7) Gejala somatik/ fisik (otot) : sakit dan nyeri di otot, kaku, kedutan otot, gigi gemeretak dan suara tidak stabil.
- 8) Gejala somatik/ fisik (sensorik) : tinnitus (telinga berdenging), penglihatan kabur, muka merah atau pucat, merasa lemas dan perasaan ditusuk - tusuk.
- 9) Gejala kardiovaskuler (jantung dan pembuluh darah) : takikardi (denyut jantung cepat), berdebar-debar, nyeri di dada, denyut nadi mengeras, rasa lesu/ lemas seperti mau pingsan dan detak jantung menghilang/ berhenti sekejap.
- 10) Gejala respiratori (pernafasan) : rasa tertekan atau sepi di dada, rasa tercekik, sering menarik nafas dan nafas pendek/ sesak.
- 11) Gejala gastrointestinal (pencernaan) : sulit menelan, perut melilit, gangguan pencernaan, nyeri sebelum dan sesudah makan, perasaan terbakar di perut, rasa penuh atau kembung, mual, muntah, BAB konsistensinya lembek, sukar BAB (konstipasi) dan kehilangan berat badan.
- 12) Gejala urogenital (perkemihan dan kelamin) : sering buang air kecil, tidak dapat menahan BAK, tidak datang bulan (tidak dapat haid), darah haid berlebihan, darah haid sangat sedikit, masa haid berkepanjangan, masa haid sangat pendek, haid beberapa kali dalam sebulan, menjadi dingin (frigid, ejakulasi dini, ereksi melemah, ereksi hilang dan impotensi).
- 13) Gejala autonom : mulut kering, muka merah, mudah berkereringat, kepala pusing kepala terasa berat, kepala terasa sakit dan bulu-bulu berdiri.

- 14) Tingkah laku/ sikap : gelisah, tidak tenang, jari gemetar, kening/dahi berkerut, wajah tegang, otot tegang/ mengeras, nafas pendek dan cepat serta wajah merah.

C. Konsep Senam Otak

1. Pengertian Senam Otak

Senam otak adalah serangkaian gerak sederhana yang menyenangkan dan digunakan oleh para murid di *Educational Kinesiology Foundation*, USA untuk meningkatkan kemampuan belajar mereka dengan menggunakan keseluruhan otak yaitu dengan menggunakan aktivitas gerakan-gerakan untuk menarik keluar seluruh potensi seseorang (Dennison, 2002). Awalnya senam otak dimanfaatkan untuk anak yang mengalami gangguan hiperaktif, kerusakan otak, sulit konsentrasi dan depresi. Namun dalam perkembangannya setiap orang bisa memanfaatkannya untuk beragam kegunaan. Saat ini, di Amerika dan Eropa *brain gym* sedang digemari. Banyak orang yang merasa terbantu melepaskan stres, menjernihkan pikiran, meningkatkan daya ingat, dan sebagainya (Gunadi, 2009).

2. Mekanisme Kerja Senam Otak

Dennison (2008) mengatakan bahwa otak dibagi ke dalam 3 fungsi yakni, dimensi lateralis (otak kiri-kanan), dimensi pemfokusan (otak depan-belakang), serta dimensi pemusatan (otak atas-bawah). Masing-masing dimensi memiliki tugas tertentu, sehingga gerakan senam yang harus dilakukan bervariasi, diantaranya:

a. Dimensi Lateralitas

Tubuh manusia dibagi dalam sisi kiri dan sisi kanan. Sifat ini memungkinkan dominasi salah satu sisi misalnya menulis dengan tangan kanan atau kiri, dan juga untuk integrasi ke dua sisi tubuh (bilateral integration), yaitu untuk menyebrangi garis tengah tubuh

untuk bekerja di bidang tengah. Bila keterampilan ini sudah dikuasai, orang akan mampu memproses kode linear, simbolis tertulis (mis. tulisan), dengan dua belahan otak dari kedua jurusan: kiri ke kanan atau kanan ke kiri, yang merupakan kemampuan dasar kesuksesan akademik. Ketidakmampuan untuk menyebrangi garis tengah mengakibatkan ketidakmampuan belajar (learning disabled) seperti sulit menulis dan cenderung menulis huruf terbalik (disgrafia) dan sulit membaca (dileksia). Beberapa gerakan untuk dimensi ini adalah 8 tidur, gajah dan sebagainya.

b. Dimensi Pemfokusan

Pemfokusan adalah kemampuan menyebrangi “garis tengah partisipasi” yang memisahkan bagian belakang dan depan tubuh, dan juga bagian belakang (occipital) dan depan otak (frontal lobe). Garis tengah partisipasi adalah garis bayangan vertikal di tengah tubuh (dilihat dari samping) tergantung partisipasi batin pada suatu kegiatan apakah seorang berada di depan atau di belakang garis tersebut. Informasi diterima oleh otak bagian belakang (batang otak atau brainstem) yang merekam semua pengalaman, lalu informasi diproses dan diteruskan ke otak bagian depan untuk diekspresikan sesuai tuntutan dan keinginannya. Ketidaklengkapan perkembangan refleks menghasilkan ketidakmampuan untuk secara mudah mengekspresikan diri sendiri dan ikut aktif dalam proses belajar.

Anak yang mengalami fokus-kurang (*underfocused*) disebut “kurang perhatian”, “kurang pengertian”, “terlambat bicara”, atau “hiperaktif”. Sementara, sebagian lain adalah anak yang terlalu mengalami fokus lebih (*overfocused*) dan berusaha terlalu keras. Contoh gerakan untuk dimensi ini adalah burung hantu.

c. Dimensi Pemusatan

Pemusatan adalah kemampuan untuk menyebrangi garis pisah antara bagian atas dan bawah tubuh dan mengaitkan fungsi dari bagian dan

bawah otak, bagian tengah sisten limbis (midbrain) yang berhubungan dengan informasi emosional serta otak besar (cerebrum) untuk berpikir abstrak. Apa yang dipelajari benar-benar harus dapat dihubungkan dengan perasaan dan memberi arti. Ketidakmampuan untuk mempertahankan pemusatan ditandai oleh ketakutan yang tak beralasan, cenderung bereaksi “berjuang atau melarikan diri,” atau ketidakmampuan untuk merasakan atau menyatakan emosi. Gerakan yang membuat sistem badan menjadi relaks dan membantu untuk mengolah informasi tanpa pengaruh emosi negative disebut pemusatan atau bertumpu pada dasar yang kokoh. Contoh gerakan untuk dimensi ini adalah tumbol bumi, tumbol keseimbangan, tumbol angkasa, pasang telinga, titik positif dan lain-lain.

3. Waktu Yang Dibutuhkan Dalam Senam Otak

Senam otak sangat praktis, karena bisa dilakukan di mana saja, kapan saja oleh siapa saja termasuk bayi. Porsi latihan yang tepat adalah sekitar 10-15 menit, sebanyak 2-3 kali dalam sehari. Menurut Tobing (2008) gerakan-gerakan senam otak harus diulang sesering mungkin dalam waktu tertentu untuk mendapatkan hasil yang baik. Bila melakukan senam otak untuk kemampuan tertentu, sering dapat langsung memperbaiki perilaku atau prestasi. Sebagian orang akan mengakui bahwa senam otak sangat membantu dalam waktu singkat untuk mencapai perilaku tertentu. Kebanyakan murid secara sadar memilih untuk melakukan gerakan-gerakan tersebut secara teratur selama beberapa minggu atau bulan guna membantu memperkuat sesuatu yang baru dipelajari. Banyak murid akan kembali menggunakan gerakan-gerakan rutin brain gym yang mereka senangi bila stres atau tantangan muncul di dalam hidup mereka (Dennison, 2008).

4. Aturan Dalam Senam Otak

Gunadi (2009) menjelaskan bahwa sebelum memulai senam otak, orang harus menjalani PACE. PACE adalah empat keadaan yang diperlukan, untuk dapat belajar dan berpikir dengan menggunakan seluruh otak. PACE merupakan singkatan dari positif, aktif, clear (jelas) dan energetis. Untuk menjalankan PACE ini, harus memulainya dengan energetis (minum air), clear (melakukan pijat saklar otak), aktif (melakukan gerakan silang), positif (melakukan kiat rileks) dan dilanjutkan dengan gerakan-gerakan senam yang lain.

a. Minum Air (Drinking Water)

Minum air putih dalam jumlah yang cukup banyak, yaitu 0,3-0,4 liter per berat 10 kg Berat Badan (BB) sehari, kalau siswa sedang belajar atau seseorang sedang melakukan aktivitas pikir. Air mempunyai banyak fungsi dalam badan untuk menunjang belajar anak dan orang dewasa. Diantaranya darah lebih banyak menerima zat asam yang diperlukan untuk belajar, melepaskan protein untuk belajar hal baru, melarutkan garam yang mengoptimalkan fungsi energi listrik tubuh untuk membawa informasi ke otak, serta mengaktifkan sistem limpa. Limpa berfungsi untuk mengangkut zat-zat gizi, hormon dan sebagai saluran pembuangan.

b. Memijat Saklar Otak (Brain Buttons)

Cara melakukan gerakan ini, adalah letakkan satu tangan di atas pusar, dengan ibu jari dan jari-jari tangan yang lain. Raba kedua lekukan di antara rusuk tepat di bawah tulang selangka dan kira-kira 2-3 cm kiri kanan dari tulang dada. Pijat daerah ini selama 30 detik sampai 1 menit, sambil melirik mata dari kiri ke kanan dan sebaliknya. Pijatan ini memiliki beberapa manfaat, yakni mengkoordinasi kedua belahan otak, mengaktifkan untuk mengirim pesan dari bagian otak kanan ke sisi kiri tubuh dan sebaliknya, meningkatkan penerimaan oksigen, stimulasi arteri karotis untuk meningkatkan aliran darah ke otak dan

meningkatkan aliran energi elektromagnetik. Meningkatkan kemampuan akademik dalam hal menyeberang garis tengah visual untuk membaca dan untuk visual tubuh, koreksi terbaliknya huruf dan angka, memadukan konsonan dan tetap di baris ketika membaca. Dapat menyeimbangkan tubuh kiri-kanan, tingkat energi lebih baik, memperbaiki kerja sama kedua mata, bisa meringankan stres visual, juling atau pandangan yang terus menerus, serta membuat otot tengkuk dan bahu lebih rileks, meringankan kelancaran aliran darah (zat asam) ke otak dan meningkatkan keseimbangan badan.

c. Gerakan Silang (Cross Crawl)

Dalam latihan silang ini, pelajar menggerakkan secara bergantian pasangan kaki dan tangan yang berlawanan, seperti pada gerak jalan di tempat. Gerak Silang mengaktifkan hubungan kedua sisi otak dan merupakan gerakan pemanasan untuk semua keterampilan yang memerlukan penyebrangan garis tengah bagian lateral tubuh. Lakukan latihan beberapa kali dalam sehari selama 2-3 menit. Mulailah dengan gerakan pelan, agar dapat diperhatikan bagian tubuh mana yang bergerak dan tidak bergerak. Gerakan Silang mengaktifkan otak untuk garis tengah penglihatan atau pendengaran atau kinestetik atau perabaan atau sentuhan, gerakan mata dari kiri ke kanan dan meningkatkan kebersamaan penglihatan kedua mata (binocular) (Dennison, 2008).

d. Gerakan Kait Relaks (Hook-Ups)

Merupakan gerakan yang menghubungkan lingkungan elektrik ditubuh dalam kaitannya dengan pemusatan perhatian dan kekacauan energi. Pikiran dan tubuh relaks bila energi mengalir lagi dengan baik di daerah yang semula mengalami ketegangan. Gerakan ini bisa dilakukan dengan menyilangkan pergelangan kaki kiri ke atas kaki kanan, kemudian menjulurkan tangannya ke depan dan menyilangkan pergelangan tangan kirinya ke atas tangan kanan, lalu menjalin jari-jari, menarik kedua tangan dan meletakkannya didada. Sambil menutup mata bernapas

dalam dan relaks selama 1 menit. Hal ini akan mengaktifkan otak untuk pemusatan emosional, pasang kuda-kuda, meningkatkan perhatian dan gerakan tulang-tulang kepala serta berhubungan dengan pengendalian diri, peningkatan keseimbangan dan koordinasi dan perasaan nyaman terhadap lingkungan sekitar.

5. Gerakan-Gerakan Dalam Senam Otak

Gerakan-gerakan senam otak meliputi gerakan menyeberangi garis tengah (*the midline movements*), gerakan meregangkan otot (*lengthening activities*), dan gerakan meningkatkan energi dan sikap penguatan (*energy exercises and deepening attitudes*). Gerakan-gerakan senam otak yang sederhana dan menyenangkan bisa dilakukan pada saat bekerja atau bermain (Dennison, 2008). Anak melakukan gerakan-gerakan senam otak yang bisa mengurangi ketegangan dan merilekskan sehingga diharapkan kecemasan anak karena dirawat di Rumah Sakit menjadi berkurang. Gerakan-gerakan tersebut antara lain adalah: (Dennison, 2008)

a. Earth buttons (Tombol Bumi)

Ujung jari satu tangan menyentuh bawah bibir, ujung lainnya di pinggir atas tulang kemaluan (15 cm di bawah pusar). Anak diminta membayangkan garis lurus didepan mata dari bawah keatas. Arahkan pandangan mata mengikuti garis tersebut dari bawah keatas sambil bernapas perlahan.



2.1 Gambar Tombol Bumi

b. Balance buttons (Tombol Imbang)

Biarkan anak menyentuh Tombol Imbang yang terdapat di belakang telinga, pada sebuah lekukan di batas rambut antara tengkorak dan tengkuk (4-5 cm kekiri dan kekanan dari garis tengah tulang belakang). Sementara tangan yang satunya menyentuh pusar selama 30 detik, lalu ganti dengan tangan yang satunya lagi. Daggu relaks dan kepala dalam posisi normal menghadap ke depan.



2.2 Gambar Tombol Imbang

c. Space buttons (Tombol Angkasa)

Letakkan satu tangan di atas bibir di garis tengah depan, yang lain di garis tengah belakang pada tulang ekor atau lebih ke atas agar aman dan sopan selama 1 menit. Bernapaslah pelan-pelan seolah-olah mengalirkan energi ke bagian atas tulang punggung.



2.3 Gambar Tombol Angkasa

d. The thinking cap (Pasang Telinga)

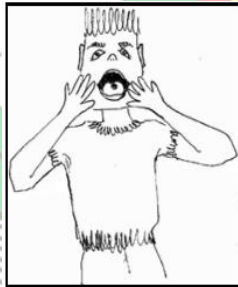
Dengan ibu jari dan telunjuk, pijat secara lembut daun telinga sambil menariknya keluar, mulai dari ujung atas, menurun sepanjang lengkungan dan berakhir di cuping. Ulangi gerakan ini sebanyak 3 kali.



2.4 Gambar Pasang Telinga

e. The energetic yawn (Menguap Berenergi)

Menguap baik jika di barengi dengan menyentuh tempat-tempat tegang di rahang yang dapat menolong menyeimbangkan tulang tengkorak dan menghilangkan ketegangan di kepala dan rahang. Anak dianjurkan menguap dengan bersuara untuk melemaskan otot-otot tersebut sebanyak 3-6 kali.



2.5 Gambar Menguap Berenergi

D. PRE OPERATIF

1. Pengertian

Operasi merupakan tindakan pembedahan pada suatu bagian tubuh (Smeltzer and Bare, 2008). Preoperatif adalah fase dimulai ketika keputusan untuk menjalani operasi atau pembedahan dibuat dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi (Smeltzer and Bare, 2008).

2. Tipe Pembedahan

a. Menurut fungsinya (tujuannya), Potter & Perry (2007) membagi menjadi:

1) Diagnostik : biopsi, laparotomi eksplorasi

- 2) Kuratif (ablatif) : tumor, appendektomi
- 3) Reparatif : memperbaiki luka multiple
- 4) Rekonstruktif : mamoplasti, perbaikan wajah.
- 5) Paliatif : menghilangkan nyeri,
- 6) Transplantasi : penanaman organ tubuh untuk menggantikan organ atau struktur tubuh yang malfungsi (cangkok ginjal, kornea).
Sedangkan Smeltzer and Bare (2008), membagi operasi menurut tingkat urgensi dan luas atau tingkat resiko.

b. Menurut tingkat urgensinya :

1) Kedaruratan

Klien membutuhkan perhatian dengan segera, gangguan yang diakibatkannya diperkirakan dapat mengancam jiwa (kematian atau kecacatan fisik), tidak dapat ditunda.

2) Urgen

Klien membutuhkan perhatian segera, dilaksanakan dalam 24 – 30 jam.

3) Diperlukan

Klien harus menjalani pembedahan, direncanakan dalam beberapa minggu atau bulan.

4) Elektif

Klien harus dioperasi ketika diperlukan, tidak terlalu membahayakan jika tidak dilakukan.

5) Pilihan

Keputusan operasi atau tidaknya tergantung kepada klien (pilihan pribadi klien).

c. Menurut Luas atau Tingkat Resiko :

1) Mayor

Operasi yang melibatkan organ tubuh secara luas dan mempunyai tingkat resiko yang tinggi terhadap kelangsungan hidup klien.

2) Minor

Operasi pada sebagian kecil dari tubuh yang mempunyai resiko komplikasi lebih kecil dibandingkan dengan operasi mayor.

3. Faktor resiko terhadap pembedahan menurut Potter & Perry (2007)

antara lain :

a. Usia

Pasien dengan usia yang terlalu muda (bayi/anak-anak) dan usia lanjut mempunyai resiko lebih besar. Hal ini diakibatkan cadangan fisiologis pada usia tua sudah sangat menurun, sedangkan pada bayi dan anak - anak disebabkan oleh karena belum matur-nya semua fungsi organ.

b. Nutrisi

Kondisi malnutrisi dan obesitas/kegemukan lebih beresiko terhadap pembedahan dibandingkan dengan orang normal dengan gizi baik terutama pada fase penyembuhan. Pada orang malnutrisi maka orang tersebut mengalami defisiensi nutrisi yang sangat diperlukan untuk proses penyembuhan luka. Nutrisi-nutrisi tersebut antara lain adalah protein, kalori, air, vitamin C, vitamin B kompleks, vitamin A, Vitamin K, zat besi dan seng (diperlukan untuk sintesis protein). Pada pasien yang mengalami obesitas. Selama pembedahan jaringan lemak, terutama sekali sangat rentan terhadap infeksi. Selain itu, obesitas meningkatkan permasalahan teknik dan mekanik. Oleh karenanya defisiensi dan infeksi luka, umum terjadi. Pasien obes sering sulit

dirawat karena tambahan berat badan; pasien bernafas tidak optimal saat berbaring miring dan karenanya mudah mengalami hipoventilasi dan komplikasi pulmonari pasca operatif. Selain itu, distensi abdomen, flebitis dan kardiovaskuler, endokrin, hepatic dan penyakit biliari terjadi lebih sering pada pasien obesitas.

c. Penyakit Kronis

Pada pasien yang menderita penyakit kardiovaskuler, diabetes, PPOM (Penyakit Paru Obstruksi Menahun), dan insufisiensi ginjal menjadi

lebih sukar terkait dengan pemakaian energi kalori untuk penyembuhan primer. Dan juga pada penyakit ini banyak masalah sistemik yang mengganggu sehingga komplikasi pembedahan maupun pasca pembedahan sangat tinggi. Ketidaktepatan respon neuroendokrin pada pasien yang mengalami gangguan fungsi endokrin, seperti diabetes mellitus yang tidak terkontrol, bahaya utama yang mengancam hidup pasien saat dilakukan pembedahan adalah terjadinya hipoglikemia yang mungkin terjadi selama pembiusan akibat agen anestesi, atau juga akibat masukan karbohidrat yang tidak adekuat pasca operasi atau pemberian insulin yang berlebihan. Bahaya lain yang mengancam adalah asidosis atau glukosuria. Pasien yang mendapat terapi kortikosteroid beresiko mengalami insufisiensi adrenal. Penggunaan obat-obatan kortikosteroid harus sepengetahuan dokter anestesi dan dokter bedah.

d. Merokok

Pasien dengan riwayat merokok biasanya akan mengalami gangguan vaskuler, terutama terjadi arterosklerosis pembuluh darah, yang akan meningkatkan tekanan darah sistemik.

e. Alkohol dan obat-obatan

Individu dengan riwayat alkoholik kronik seringkali menderita malnutrisi dan masalah-masalah sistemik, seperti gangguan ginjal dan hepar yang akan meningkatkan resiko pembedahan.

4. Gambaran Pasien Preoperatif

Tindakan pembedahan merupakan ancaman potensial maupun actual pada integritas seseorang yang dapat membangkitkan reaksi stres fisiologis maupun psikologis. Menurut Long B.C (2008), pasien preoperasi akan mengalami reaksi emosional berupa kecemasan. Berbagai alasan yang dapat menyebabkan ketakutan/kecemasan pasien dalam menghadapi pembedahan antara lain :

- a. Takut nyeri setelah pembedahan
- b. Takut terjadi perubahan fisik, menjadi buruk rupa dan tidak berfungsi normal (body image)
- c. Takut keganasan (bila diagnosa yang ditegakkan belum pasti)
- d. Takut/cemas mengalami kondisi yang sama dengan orang lain yang mempunyai penyakit yang sama.
- e. Takut/ngeri menghadapi ruang operasi, peralatan pembedahan dan petugas.
- f. Takut mati saat dibius/tidak sadar lagi.
- g. Takut operasi gagal.

Ketakutan dan kecemasan yang mungkin dialami pasien dapat mempengaruhi respon fisiologis tubuh yang ditandai dengan adanya perubahan-perubahan fisik seperti : meningkatnya frekuensi nadi dan pernafasan, gerakan-gerakan tangan yang tidak terkontrol, telapak tangan yang lembab, gelisah, menanyakan pertanyaan yang sama berulang kali, sulit tidur, dan sering berkemih.

Persiapan yang baik selama periode operasi membantu menurunkan resiko operasi dan meningkatkan pemulihan pasca bedah. Tujuan tindakan keperawatan preoperasi menurut Luckman dan Sorensen (2007), dimaksudkan untuk kebaikan bagi pasien dan keluarganya yang meliputi :

- a. Menunjukkan rasa takut dan cemasnya hilang atau berkurang (baik
- b. Ungkapan secara verbal maupun ekspresi muka.)
- c. Dapat menjelaskan dan mendemonstrasikan mobilisasi yang dilakukan setelah tindakan operasi.
- d. Terpelihara keseimbangan cairan, elektrolit dan nutrisi.
- e. Tidak terjadi vomitus karena aspirasi selama pasien dalam pengaruh anestesi.
- f. Tidak ada atau berkurangnya kemungkinan terjadi infeksi setelah tindakan operasi.
- g. Mendapatkan istirahat yang cukup.

- h. Menjelaskan tentang prosedur operasi , jadwal operasi serta menanda tangani inform consent.
- i. Kondisi fisiknya dapat dideteksi selama operasi berlangsung.

5. Tindakan Keperawatan Preoperatif

a. Pengertian

Tindakan keperawatan adalah setiap terapi perawatan langsung yang dilakukan perawat untuk kepentingan klien, terapi tersebut termasuk terapi yang dilakukan perawat berdasarkan diagnosis keperawatan, pengobatan yang dilakukan dokter berdasarkan diagnosis medis, dan melakukan fungsi penting sehari – hari untuk klien yang tidak dapat melakukannya (Barbara J. G 2008).

Tindakan keperawatan preoperatif merupakan tindakan yang dilakukan oleh perawat dalam rangka mempersiapkan pasien untuk dilakukan tindakan pembedahan dengan tujuan untuk menjamin keselamatan pasien intraoperatif.

Persiapan fisik maupun pemeriksaan penunjang serta persiapan mental sangat diperlukan karena kesuksesan suatu tindakan pembedahan klien berawal dari kesuksesan persiapan yang dilakukan selama tahap persiapan. Kesalahan yang dilakukan pada saat tindakan preoperatif apapun bentuknya dapat berdampak pada tahap-tahap selanjutnya, untuk itu diperlukan kerjasama yang baik antara masing-masing komponen yang berkompeten untuk menghasilkan outcome yang optimal, yaitu kesembuhan pasien secara paripurna (Rothrock, 2008). Pengakajian secara integral dari fungsi pasien meliputi fungsi fisik biologis dan psikologis sangat diperlukan untuk keberhasilan dan kesuksesan suatu operasi.

b. Persiapan Klien di Unit Perawatan

1) Persiapan Fisik

Persiapan fisik pre operasi yang dialami oleh pasien dibagi dalam 2 tahapan, yaitu persiapan di unit perawatan dan persiapan di ruang operasi. Berbagai persiapan fisik yang harus dilakukan terhadap pasien sebelum operasi menurut Brunner & Suddarth (2007), antara lain :

a) Status kesehatan fisik secara umum

Sebelum dilakukan pembedahan, penting dilakukan pemeriksaan status kesehatan secara umum, meliputi identitas klien, riwayat penyakit seperti kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik lengkap, antara lain status hemodinamika, status kardiovaskuler, status pernafasan, fungsi ginjal dan hepatic, fungsi endokrin, fungsi imunologi, dan lain-lain. Selain itu pasien harus istirahat yang cukup, karena dengan istirahat dan tidur yang cukup pasien tidak akan mengalami stres fisik, tubuh lebih rileks sehingga bagi pasien yang memiliki riwayat hipertensi, tekanan darahnya dapat stabil dan bagi pasien wanita tidak akan memicu terjadinya haid lebih awal.

b) Status Nutrisi

Kebutuhan nutrisi ditentukan dengan mengukur tinggi badan dan berat badan, lipat kulit trisep, lingkaran lengan atas, kadar protein darah (albumin dan globulin) dan keseimbangan nitrogen. Segala bentuk defisiensi nutrisi harus dikoreksi sebelum pembedahan untuk memberikan protein yang cukup untuk perbaikan jaringan. Kondisi gizi buruk dapat mengakibatkan pasien mengalami berbagai komplikasi pasca operasi dan mengakibatkan pasien menjadi lebih lama dirawat di rumah sakit. Komplikasi yang paling sering terjadi adalah infeksi pasca operasi, defisiensi (terlepasnya jahitan sehingga luka tidak bisa menyatu), demam

dan penyembuhan luka yang lama. Pada kondisi yang serius pasien dapat mengalami sepsis yang bisa mengakibatkan kematian.

c) Keseimbangan cairan dan elektrolit

Balance cairan perlu diperhatikan dalam kaitannya dengan input dan output cairan. Demikian juga kadar elektrolit serum harus berada dalam rentang normal. Kadar elektrolit yang biasanya dilakukan pemeriksaan di antaranya adalah kadar natrium serum (normal : 135 -145 mmol/l), kadar kalium serum (normal : 3,5 – 5 mmol/l) dan kadar kreatinin serum (0,70 – 1,50 mg/dl). Keseimbangan cairan dan elektrolit terkait erat dengan fungsi ginjal. Dimana ginjal berfungsi mengatur mekanisme asam basa dan ekskresi metabolit obatobatan anastesi. Jika fungsi ginjal baik maka operasi dapat dilakukan dengan baik. Namun jika ginjal mengalami gangguan seperti oliguri/anuria, insufisiensi renal akut, dan nefritis akut, maka operasi harus ditunda menunggu perbaikan fungsi ginjal, kecuali pada kasuskasus yang mengancam jiwa.

d) Kebersihan lambung dan kolon

Lambung dan kolon harus dibersihkan terlebih dahulu. Intervensi keperawatan yang bisa diberikan diantaranya adalah pasien dipuasakan dan dilakukan tindakan pengosongan lambung dan kolon dengan tindakan enema/lavement. Lamanya puasa berkisar antara 7 sampai 8 jam (biasanya puasa dilakukan mulai pukul 24.00 WIB). Tujuan dari pengosongan lambung dan kolon adalah untuk menghindari aspirasi (masuknya cairan lambung ke paru-paru) dan menghindari kontaminasi feses ke area pembedahan sehingga menghindarkan terjadinya infeksi pasca pembedahan. Khusus pada pasien yang membutuhkan operasi CITO (segera), seperti pada pasien kecelakaan lalu lintas, maka pengosongan

lambung dapat dilakukan dengan cara pemasangan NGT (naso gastric tube).

e) Pencukuran daerah operasi

Pencukuran pada daerah operasi ditujukan untuk menghindari terjadinya infeksi pada daerah yang dilakukan pembedahan karena rambut yang tidak dicukur dapat menjadi tempat bersembunyi kuman dan juga mengganggu/menghambat proses penyembuhan dan perawatan luka. Meskipun demikian ada beberapa kondisi tertentu yang tidak memerlukan pencukuran sebelum operasi, misalnya pada pasien luka insisi pada lengan. Tindakan pencukuran (scheren) harus dilakukan dengan hati-hati jangan sampai menimbulkan luka pada daerah yang dicukur. Sering kali pasien diberikan kesempatan untuk mencukur sendiri agar pasien merasa lebih nyaman. Daerah yang dilakukan pencukuran tergantung pada jenis operasi dan daerah yang akan dioperasi. Biasanya daerah sekitar alat kelamin (pubis) dilakukan pencukuran jika yang dilakukan operasi pada daerah sekitar perut dan paha. Misalnya : apendiktomi, herniotomi, uretrolithiasis, operasi pemasangan plate pada fraktur femur, dan hemmoroidektomi. Selain terkait daerah pembedahan, pencukuran pada lengan juga dilakukan pada pemasangan infus sebelum pembedahan.

f) Personal Hygine

Kebersihan tubuh pasien sangat penting untuk persiapan operasi karena tubuh yang kotor dapat merupakan sumber kuman dan dapat mengakibatkan infeksi pada daerah yang dioperasi. Pada pasien yang kondisi fisiknya kuat dianjurkan untuk mandi sendiri dan membersihkan daerah operasi dengan lebih seksama. Sebaliknya jika pasien tidak mampu memenuhi kebutuhan

personal hygiene secara mandiri maka perawat akan memberikan bantuan pemenuhan kebutuhan personal hygiene.

g) Pengosongan kandung kemih

Pengosongan kandung kemih dilakukan dengan melakukan pemasangan kateter. Selain untuk pengosongan isi bladder tindakan kateterisasi juga diperlukan untuk mengobservasi balance cairan.

c. Persiapan Penunjang

Persiapan penunjang merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari tindakan pembedahan. Tanpa adanya hasil pemeriksaan penunjang, maka dokter bedah tidak mungkin bisa menentukan tindakan operasi yang harus dilakukan pada pasien. Pemeriksaan penunjang yang dimaksud adalah berbagai pemeriksaan radiologi, laboratorium maupun pemeriksaan lain seperti ECG, dan lain-lain.

Sebelum dokter mengambil keputusan untuk melakukan operasi pada pasien, dokter melakukan berbagai pemeriksaan terkait dengan keluhan penyakit pasien sehingga dokter bisa menyimpulkan penyakit yang diderita pasien. Setelah dokter bedah memutuskan bahwa pasien harus operasi maka dokter anestesi berperan untuk menentukan apakah kondisi pasien layak menjalani operasi. Untuk itu dokter anestesi juga memerlukan berbagai macam pemeriksaan laboratorium terutama pemeriksaan masa perdarahan (bleeding time) dan masa pembekuan (clotting time) darah pasien, elektrolit serum, Hemoglobin, protein darah, dan hasil pemeriksaan radiologi berupa foto thoraks dan EKG.

Berbagai jenis pemeriksaan penunjang yang sering dilakukan pada pasien sebelum operasi (tidak semua jenis pemeriksaan dilakukan terhadap pasien, namun tergantung pada jenis penyakit dan operasi yang dijalani oleh pasien). Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien preoperasi antara lain :

- 1) Pemeriksaan Radiologi dan diagnostik, seperti : Foto thoraks, abdomen, foto tulang (daerah fraktur), USG (Ultra Sono Grafi), CT

scan (computerized Tomography Scan) , MRI (Magnetic Resonance Imagine), BNO-IVP, Renogram, Cystoscopy, Mammografi, CIL (Colon in Loop), EKG/ECG (Electro Cardio Grafi), ECHO, EEG (Electro Encephalo Grafi), dll.

2) Pemeriksaan Laboratorium, berupa pemeriksaan darah : hemoglobin, angka leukosit, limfosit, LED (laju enap darah), jumlah trombosit, protein total (albumin dan globulin), elektrolit (kalium, natrium, dan chlorida), CT/BT, ureum, kreatinin, BUN, dll. Bisa juga dilakukan pemeriksaan pada sumsum tulang jika penyakit terkait dengan kelainan darah.

3) Biopsi, yaitu tindakan sebelum operasi berupa pengambilan bahan jaringan tubuh untuk memastikan penyakit pasien sebelum operasi. Biopsi biasanya dilakukan untuk memastikan apakah ada tumor ganas/jinak atau hanya berupa infeksi kronis saja.

4) Pemeriksaan KGD dilakukan untuk mengetahui apakah kadar gula darah pasien dalam rentang normal atau tidak. Uji KGD biasanya dilakukan dengan puasa 10 jam (puasa jam 10 malam dan diambil darahnya jam 8 pagi) dan juga dilakukan pemeriksaan KGD 2 jam PP (post prandial).

d. Pemeriksaan Status Anestesi

Pemeriksaan status fisik untuk dilakukan pembiusan ditujukan untuk keselamatan selama pembedahan. Sebelum dilakukan anestesi demi kepentingan pembedahan, pasien akan mengalami pemeriksaan status fisik yang diperlukan untuk menilai sejauh mana resiko pembiusan terhadap diri pasien. Pemeriksaan yang biasa digunakan adalah pemeriksaan dengan menggunakan metode ASA (American Society of Anesthesiologist). Pemeriksaan ini dilakukan karena obat dan teknik anestesi pada umumnya akan mengganggu fungsi pernafasan, peredaran darah dan sistem saraf.

e. Informed Consent

Selain dilakukannya berbagai macam pemeriksaan penunjang terhadap pasien, hal lain yang sangat penting terkait dengan aspek hukum dan tanggung jawab dan tanggung gugat, yaitu Informed Consent. Baik pasien maupun keluarganya harus menyadari bahwa tindakan medis, operasi sekecil apapun mempunyai resiko. Oleh karena itu setiap pasien yang akan menjalani tindakan medis, wajib menuliskan surat pernyataan persetujuan dilakukan tindakan medis (pembedahan dan anestesi).

Meskipun mengandung resiko tinggi tetapi seringkali tindakan operasi tidak dapat dihindari dan merupakan satu-satunya pilihan bagi pasien. Dan dalam kondisi nyata, tidak semua tindakan operasi mengakibatkan komplikasi yang berlebihan bagi klien. Bahkan seringkali pasien dapat pulang kembali ke rumah dalam keadaan sehat tanpa komplikasi atau resiko apapun segera setelah mengalami operasi. Tentunya hal ini terkait dengan berbagai faktor seperti: kondisi nutrisi pasien yang baik, cukup istirahat, kepatuhan terhadap pengobatan, kerjasama yang baik dengan perawat dan tim selama perawatan.

Informed Consent sebagai wujud dari upaya rumah sakit menjunjung tinggi aspek etik hukum, maka pasien atau orang yang bertanggung jawab terhadap pasien wajib untuk menandatangani surat pernyataan persetujuan operasi. Artinya apapun tindakan yang dilakukan pada pasien terkait dengan pembedahan, keluarga mengetahui manfaat dan tujuan serta segala resiko dan konsekuensinya. Pasien maupun keluarganya sebelum menandatangani surat pernyataan tersebut akan mendapatkan informasi yang detail terkait dengan segala macam prosedur pemeriksaan, pembedahan serta pembiusan yang akan dijalani. Jika petugas belum menjelaskan secara detail, maka pihak pasien/keluarganya berhak untuk menanyakan kembali sampai betul-betul paham. Hal ini sangat penting untuk dilakukan karena jika tidak

maka penyesalan akan dialami oleh pasien/keluarga setelah tindakan operasi yang dilakukan ternyata tidak sesuai dengan gambaran keluarga.

f. Persiapan Mental/Psikis

Persiapan mental merupakan hal yang tidak kalah pentingnya dalam proses persiapan operasi karena mental pasien yang tidak siap atau labil dapat berpengaruh terhadap kondisi fisiknya.

Masalah mental yang biasa muncul pada pasien preoperasi adalah kecemasan. Maka perawat harus mengatasi permasalahan yang sedang dihadapi klien. Perawat perlu mengkaji mekanisme koping yang biasa digunakan oleh pasien dalam menghadapi stres. Disamping itu perawat perlu mengkaji hal-hal yang bisa digunakan untuk membantu pasien dalam menghadapi masalah ketakutan dan kecemasan preoperasi, seperti adanya orang terdekat, tingkat perkembangan pasien, faktor pendukung/support system.

Untuk mengurangi / mengatasi kecemasan pasien, perawat dapat menanyakan hal-hal yang terkait dengan persiapan operasi, antara lain : Pengalaman operasi sebelumnya, Persepsi pasien dan keluarga tentang tujuan/alasan tindakan operasi, Pengetahuan pasien dan keluarga tentang persiapan operasi baik fisik maupun penunjang, Pengetahuan pasien dan keluarga tentang situasi/kondisi kamar operasi dan petugas kamar operasi. Pengetahuan pasien dan keluarga tentang prosedur (pre, intra, post operasi), Pengetahuan tentang latihan-latihan yang harus dilakukan sebelum operasi dan harus dijalankan setelah operasi, seperti : latihan nafas dalam, batuk efektif, ROM, dll.

Persiapan mental yang kurang memadai dapat mempengaruhi pengambilan keputusan pasien dan keluarganya. Sehingga tidak jarang pasien menolak operasi yang sebelumnya telah disetujui dan biasanya pasien pulang tanpa operasi dan beberapa hari kemudian datang lagi ke rumah sakit setelah merasa sudah siap dan hal ini berarti telah menunda

operasi yang mestinya sudah dilakukan beberapa hari/minggu yang lalu. Oleh karena itu persiapan mental pasien menjadi hal yang penting untuk diperhatikan dan didukung oleh keluarga/orang terdekat pasien.

Persiapan mental dapat dilakukan dengan bantuan keluarga dan perawat. Kehadiran dan keterlibatan keluarga sangat mendukung persiapan mental pasien. Keluarga hanya perlu mendampingi pasien sebelum operasi, memberikan doa dan dukungan pasien dengan kata-kata yang menenangkan hati pasien dan meneguhkan keputusan pasien untuk menjalani operasi. Peranan perawat dalam memberikan dukungan mental menurut Taylor (2009), dapat dilakukan dengan berbagai cara:

- 1) Membantu pasien mengetahui tentang tindakan-tindakan yang dialami pasien sebelum operasi, memberikan informasi pada pasien tentang waktu operasi, hal-hal yang akan dialami oleh pasien selama proses operasi, menunjukkan tempat kamar operasi, dll. Dengan mengetahui berbagai informasi selama operasi maka diharapkan pasien menjadi lebih siap menghadapi operasi, meskipun demikian ada keluarga yang tidak menghendaki pasien mengetahui tentang berbagai hal yang terkait dengan operasi yang akan dialami pasien.
- 2) Memberikan penjelasan terlebih dahulu sebelum setiap tindakan persiapan operasi sesuai dengan tingkat perkembangan. Gunakan bahasa yang sederhana dan jelas. Misalnya: jika pasien harus puasa, perawat akan menjelaskan kapan mulai puasa dan samapai kapan, manfaatnya untuk apa, dan jika diambil darahnya, pasien perlu diberikan penjelasan tujuan dari pemeriksaan darah yang dilakukan, dll. Diharapkan dengan pemberian informasi yang lengkap kecemasan yang dialami oleh pasien akan dapat diturunkan dan mempersiapkan mental pasien dengan baik.
- 3) Memberi kesempatan pada pasien dan keluarganya untuk menanyakan tentang segala prosedur yang ada. Dan memberi

kesempatan pada pasien dan keluarga untuk berdoa bersama-sama sebelum pasien di antar ke kamar operasi.

- 4) Mengoreksi pengertian yang salah tentang tindakan pembedahan dan hal-hal lain karena pengertian yang salah akan menimbulkan kecemasan pada pasien.
- 5) Kolaborasi dengan dokter terkait dengan pemberian obat premedikasi, seperti valium dan diazepam tablet sebelum pasien tidur untuk menurunkan kecemasan dan pasien dapat tidur sehingga kebutuhan istirahatnya terpenuhi.

Pada saat pasien telah berada di ruang serah terima pasien di kamar operasi, petugas kesehatan di situ akan memperkenalkan diri sehingga membuat pasien merasa lebih tenang. Untuk memberikan ketenangan pada pasien, keluarga juga diberikan kesempatan untuk mengantar pasien sampai ke batas kamar operasi dan diperkenankan untuk menunggu di ruang tunggu yang terletak di depan kamar operasi.

g. Obat-Obatan Premedikasi

Sebelum operasi dilakukan pada esok harinya. Pasien akan diberikan obat-obatan premedikasi untuk memberikan kesempatan pasien mendapatkan waktu istirahat yang cukup. Obat-obatan premedikasi yang diberikan biasanya adalah valium atau diazepam. Antibiotik profilaksis biasanya diberikan sebelum pasien dioperasi. Antibiotik profilaksis yang diberikan dengan tujuan untuk mencegah terjadinya infeksi selama tindakan operasi, antibiotika profilaksis biasanya diberikan 1-2 jam sebelum operasi dimulai dan dilanjutkan pasca bedah 2- 3 kali (Sjamsuhidayat dan De jong, 2009).

6. Jenis – Jenis Tindakan Keperawatan Preoperatif

Kegiatan keperawatan yang dapat dilakukan sesuai peran perawat perioperatif antara lain mengidentifikasi faktor–faktor yang mempengaruhi

resiko pelaksanaan operasi, mengkaji kebutuhan fisik dan psikologis dan memfasilitasi persiapan fisik dan psikologis selama masa pra pembedahan (Taylor, 2009). Menurut Chitty Kay. K (2008), Peran perawat dalam perawatan klien adalah pemberi pelayanan, pendidik, konselor, manager, peneliti, dan kolaborator. Adapun implementasi (tindakan) keperawatan yang diselenggarakan dapat berupa melakukan tindakan, mendelegasikan tindakan, melakukan pengajaran, memberikan konseling, melakukan pencatatan dan pelaporan serta tetap menjalankan pengkajian berkelanjutan.

Pengkajian terhadap kondisi fisik, psikologis, sosiokultural dan dimensi spiritual pada klien penting karena pembedahan merupakan stressor utama psikologis, mempengaruhi pola coping, support system dan kebutuhan sosiokultural. Penurunan rasa cemas dan takut merupakan hal yang sangat penting selama masa pre operatif karena stress emosional ditambah dengan stress fisik meningkatkan resiko pembedahan (Taylor, 2009). Adapun tindakan keperawatan preoperatif yang dapat dilakukan sesuai peran perawat perioperatif antara lain :

- a. Membina hubungan terapeutik, memberi kesempatan pada klien untuk menyatakan rasa takut dan perhatiannya terhadap rencana operasi
- b. Melakukan sentuhan untuk menunjukkan adanya empati dan perhatian
- c. Menjawab atau menerangkan tentang berbagai prosedur operasi
- d. Meningkatkan pemenuhan nutrisi dan hidrasi
- e. Mengajarkan batuk dan nafas dalam
- f. Mengajarkan manajemen nyeri setelah pembedahan
- g. Mengajarkan latihan lengan dan ambulasi
- h. Menerangkan alat – alat yang akan digunakan oleh klien selama operasi.

Sehari sebelum operasi :

- i. Memberikan dukungan emosional, menjawab pertanyaan dan memberikan dukungan spiritual bila diperlukan

- j. Melakukan pembatasan diet pre operasi
- k. Menyiapkan kebutuhan eliminasi selama dan setelah pembedahan
- l. Mencukur dan menyiapkan daerah operasi

Hari pembedahan :

- a. Mengecek bahwa bahan dan obat – obatan telah lengkap
- b. Mengecek tanda – tanda vital
- c. Mengecek *informed consent*
- d. Melanjutkan persiapan nutrisi dan hidrasi.
- e. Melepaskan protese dan kosmetik
- f. Melakukan perawatan mulut
- g. Mengosongkan blas dan bowel
- h. Mempersiapkan catatan yang diperlukan selama pre operasi
- i. Memberikan obat –obatan yang perlu diberikan (sesuai order dokter)

E. Integrasi Model Dorothea E. Orem Dalam Proses Keperawatan

Pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah kecemasan pada pasien preoperatif yang sedang menjalankan hospitalisasi dalam penulisan karya ilmiah ini menggunakan pendekatan teori keperawatan model perawatan diri. Model perawatan diri pertama kali dikembangkan oleh Dorothea Orem Model konsep Dorothea Orem terfokus pada *selfcare* dan kebutuhan perawatan diri klien untuk mempertahankan kehidupan, kesehatan, perkembangan, dan kesejahteraan. Ada tiga prinsip dalam keperawatan diri sendiri yaitu:

1. Perawatan diri yang bersifat holistik, seperti kebutuhan oksigen, air, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat.
2. Perawatan mandiri yang harus dilakukan sesuai dengan tumbuh kembang manusia.
3. Perawatan mandiri yang harus dilakukan karena adanya masalah kesehatan atau penyakit.

Dalam teori Orem (1991) ada 5 area aktifitas keperawatan yaitu:

1. Masuk kedalam dan memelihara hubungan antara perawat dengan pasien dengan individu , keluarga, kelompok, sampai pasien dapat melegitimasi rencana keperawatan.
2. Menentukan kapan dan bagaimana pasien dapat dibantu melalui keperawatan.
3. Bertanggung jawab atas permintaan pasien, keinginan dan kebutuhan untuk kontak dan dibantu perawat.
4. Menjelaskan, memberikan dan melindungi pasien secara langsung dalam bentuk keperawatan.
5. Mengkoordinasi dan mengintegrasikan keperawatan dengan kehidupan sehari-hari pasien atau perawatan kesehatan lain jika dibutuhkan serta pelayanan sosial dan edukasi yang dibutuhkan atau yang akan diterima.

1. Teori *Self Care*

Untuk memahami teori self care sangat penting terlebih dahulu memahami konsep self care, selfcare agency, basic conditioning factor dan kebutuhan self care terapeutik. Self care adalah performance atau praktek kegiatan individu untuk berinisiatif dan membentuk perilaku mereka dalam memelihara kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan. Jika self care dibentuk dengan efektif maka hal tersebut akan membantu membentuk integritas struktur dan fungsi manusia dan erat kaitannya dengan perkembangan manusia.

Self care agency adalah kemampuan manusia atau kekuatan untuk melakukan self care. Kemampuan individu untuk melakukan self care dipengaruhi oleh *basic conditioning factor* seperti; umur, jenis kelamin, status perkembangan, status kesehatan, orientasi sosial budaya, sistem perawatan kesehatan (diagnostik, penatalaksanaan, modalitas), sistem keluarga, polakehidupan, lingkungan serta ketersediaan sumber. Kebutuhan self care terapeutik (*Therapeutic self care demand*) adalah merupakan totalitas dari tindakan *self care* yang diinisiatif dan dibentuk

untuk memenuhi kebutuhan self care dengan menggunakan metode yang valid yang berhubungan dengan tindakan yang akan dilakukan.

Konsep lain yang berhubungan dengan teori *self care* adalah *self care requisite*. Orem mengidentifikasi tiga kategori *self care requisite*:

- a. Universal meliputi: udara, air, makanan dan eliminasi, aktifitas dan istirahat, privasi, sosialisasi dan interaksi sosial, pencegahan resiko, peningkatan kesehatan, kesejahteraan dan potensi diri.
- b. Developmental, lebih khusus dari universal dihubungkan dengan kondisi yang meningkatkan proses pengembangan siklus kehidupan seperti; pekerjaan baru, perubahan struktur tubuh.
- c. Perubahan kesehatan (*Health Deviation*) berhubungan dengan akibat terjadinya perubahan struktur normal dan kerusakan integritas individu untuk melakukan self care akibat suatu penyakit atau injury.

2. Teori *Self Care Deficit*

Merupakan hal utama dari teori general keperawatan menurut Orem. Dalam teori ini keperawatan diberikan jika seorang dewasa (atau pada kasus ketergantungan) tidak mampu atau terbatas dalam melakukan self care secara efektif. Keperawatan diberikan jika kemampuan merawat berkurang atau tidak dapat terpenuhi atau adanya ketergantungan. Orem mengidentifikasi lima metode yang dapat digunakan dalam membantu *self care*:

- a. Tindakan untuk atau lakukan untuk orang lain.
- b. Memberikan petunjuk dan pengarahan.
- c. Memberikan dukungan fisik dan psikologis.
- d. Memberikan dan memelihara lingkungan yang mendukung pengembangan personal.

Pendidikan perawat dapat membantu individu dengan menggunakan beberapa atau semua metode tersebut dalam memenuhi *self care*.

3. Teori Nursing System

Nursing system didesain oleh perawat didasarkan pada kebutuhan *self care* dan kemampuan pasien melakukan *self care*. Jika ada *self care deficit*, *self care agency* dan kebutuhan *self care terapeutik* maka keperawatan akan diberikan. *Nursing agency* adalah suatu properti atau atribut yang lengkap diberikan untuk orang-orang yang telah didik dan dilatih sebagai perawat yang dapat melakukan, mengetahui dan membantu orang lain untuk menemukan kebutuhan *selfcare* terapeutik mereka, melalui pelatihan dan pengembangan *self care agency*. Orem mengidentifikasi tiga klasifikasi *nursing system* yaitu:

a. *Universal Compensatory system*

Suatu situasi dimana individu tidak dapat melakukan tindakan *self care*, dan menerima *selfcare* secara langsung serta ambulasi harus dikontrol dan pergerakan dimanipulatif atau adanya alasan-alasan medis tertentu. Ada tiga kondisi yang termasuk dalam kategori ini yaitu: tidak dapat melakukan tindakan *self care* misalnya koma, dapat membuat keputusan, observasi atau pilihan tentang *self care* tetapi tidak dapat melakukan ambulasi dan pergerakan manipulatif, tidak mampu membuat keputusan yang tepat tentang *self care*nya.

b. *Partly compensatory nursing system*

Suatu situasi dimana antara perawat dan klien melakukan perawatan atau tindakan lain dan perawat atau pasien mempunyai peran yang besar untuk mengukur kemampuan melakukan *selfcare*.

c. *Supportive educative system*

Pada sistem ini orang dapat membentuk atau dapat belajar membentuk internal atau external *self care* tetapi tidak dapat melakukannya tanpa bantuan. Hal ini juga dikenal dengan *supportive developmental sistem*.

F. Proses Keperawatan menurut Model Dorothea E. Orem (Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Intervensi, dan Evaluasi)

Model adaptasi Orem menuntun perawat mengaplikasikan Proses keperawatan. Elemen Proses keperawatan menurut Orem meliputi: pengkajian self care, diagnosa keperawatan, penetapan tujuan, intervensi dan evaluasi.

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian data dasar (nama, umur, sex, status kesehatan, status perkembangan, orientasi sosio-kultural, riwayat diagnostik dan pengobatan, faktor sistem keluarga); Pola hidup; Faktor lingkungan. Dan dilakukan Observasi status kesehatan klien Untuk menemukan masalah keperawatan berdasarkan *self-care defisit*, maka perawat perlu melakukan pengkajian kepada klien melalui observasi berdasarkan klasifikasi tingkat ketergantungan klien yang terdiri dari *Minimal Care, Partial Care, Total Care*, Pengembangan teori Orem dengan masalah fisiologis yang terdiri dari pemenuhan kebutuhan oksigen, pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit, gangguan mengunyah, gangguan menelan, pemenuhan kebutuhan eliminasi /pergerakan bowel, urinary, excrements, menstruasi, pemenuhan kebutuhan aktivitas dan istirahat.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan sesuai dengan self care defisit yang dialami oleh klien. Mengacu pada diagnosa keperawatan yang aktual, resiko tinggi dan kemungkinan. Teori Orem masih lebih berfokus pada masalah fisiologis, namun diagnosa dapat dikembangkan ke masalah lain sesuai hirarki kebutuhan dasar yang dikembangkan Maslow Serta diagnosa keperawatan yang digunakan melihat NANDA 2018-2020 sesuai dengan konsep Self care yang dinyatakan oleh Orem.

3. Intervensi

Dibuat sesuai dengan dignosa keperawatan, berdasarkan self care demand danmeningkatkan kemampuan self care. Membuat nursing system

: *universal compensatory*, *Partly compensatory*, atau *supportive-educative*.

Membuat metode yang sesuai untuk membantu klien.

4. Implementasi

Keperawatan diberikan jika kemampuan merawat diri pada klien berkurang dari yang dibutuhkan untuk memenuhi *self care* yang sebenarnya sudah diketahui. Teori Orem mengidentifikasi beberapa metode bantuan, yaitu:

- a. Merumuskan, memberikan dan mengatur bantuan langsung pada klien dan orang-orang terdekat dalam bantuan keperawatan.
- b. Membimbing dan mengarahkan.
- c. Memberi dukungan fisik dan psikologis
- d. Memberikan dan mempertahankan lingkungan yang mendukung perkembangan individu
- e. Pendidikan
- f. Berespon terhadap permintaan, keinginan dan kebutuhan klien akan kontak bantuan keperawatan.
- g. Kolaborasi, pelimpahan wewenang.
- h. Melibatkan anggota masyarakat serta Lingkungan.

5. Evaluasi

Evaluasi dilakukan untuk mengetahui perkembangan pasien atas tindakan yang telah dilakukan sehingga dapat disimpulkan apakah tujuan asuhan keperawatan tercapai atau belum. Menilai keefektifan tindakan perawatan dalam: meningkatkan kemampuan *self care*, memenuhi kebutuhan *self care*, dan menurunkan *self care deficit*.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Gambaran Kasus

1. Kasus 1

An. P berusia 8 tahun dengan diagnosa tumor intra atrikula, keluhan utama terdapat benjolan di telinga kanan. pada tanggal 21 november 2019 pasien di bawa ke IGD Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie dengan keluhan nyeri pada bagian telinga kanan dan dirawat diruang melati. Ibu pasien mengatakan benjolan di telinga kanan kurang lebih 4 minggu yang lalu. Ibu pasien mengatakan tidak ada riwayat keluarga sebelumnya. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu, nadi: 88x/menit, RR: 23x/menit, Spo2 99 %, suhu : 36,8 °C, skala nyeri: 4. BB: 20 kg, TB: 115 cm, LK: 47 cm, LiLa: 14 cm, Hasil pemeriksaan Laboratorium tanggal 23 november 2019 Leukosit $15.65 \times 10^3/\mu\text{L}$, Eritrosit $5.14 \times 10^6/\mu\text{L}$, Hemoglobin 14.2 g/dL, Hematokrit 43.1%, PLT $390 \times 10^3/\mu\text{L}$. Pemeriksaan Rontgen (Hasil Kesimpulan : Tumor intra atrikula dekstra).

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada An.P berdasarkan NANDA 2018 adalah 1) Nyeri akut, 2) Resiko infeksi 3) Ansietas.

Tujuan yang diterapkan pada An.P setelah dilakukan asuhan keperawatan berdasarkan NOC yaitu pasien mampu mengatasi nyeri, menjaga lingkungan bersih, menurunkan tingkat kecemasan

Intervensi keperawatan berdasarkan NIC yang telah dilakukan antara lain ajarkan pasien untuk mengurangi nyeri menggunakan teknik nafas dalam, mengkaji skala nyeri, menjaga lingkungan tetap bersih, menganjurkan keluarga pasien untuk selalu mencuci tangan, ajak pasien berkomunikasi untuk menurunkan kecemasan dan berikan pasien terapi (senam otak) untuk merilekskan tubuh. Hasil evaluasi berikutnya ibu pasien mengatakan An.P keemasannya mulai berkurang. Untuk membantu

proses evaluasi digunakan lembar observasi *HARS* sebelum dan sesudah senam otak .

2. Kasus 2

An. G berusia 10 tahun 4 bulan dengan diagnosa Tumor Regio Buccal, keluhan utama terdapat benjolan di pipi kanan. pada tanggal 25 november 2019 pasien di bawa ke IGD Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie dengan keluhan nyeri pada bagian pipi kanan dan dirawat diruang melati. Ibu pasien mengatakan benjolan di pipi kanan kurang lebih 1 minggu. pada saat pasien hendak berbicara pipi kanan terasa sakit sekali. Ibu pasien mengatakan tidak ada riwayat keluarga sebelumnya. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu, nadi: 100x/menit, RR: 20x/menit, Spo2 99 %,suhu : 36,7 °C, skala nyeri: 3. BB: 38 kg, TB: 151 cm, LK: 51 cm, LiLa: 21 cm, LP: 66 cm. Hasil pemeriksaan Laboratorium tanggal 25 november 2019 Leukosit $17.26 \times 10^3/\mu\text{L}$, Eritrosit $4.66 \times 10^6/\mu\text{L}$, Hemoglobin 11.3 g/dL, Hematokrit 36.3%, PLT $491 \times 10^3/\mu\text{L}$, Glukosa sewaktu 63 mg/dL. Pemeriksaan Rontgen (Hasil Kesimpulan : Tumor region buccal dextra.

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada An.G berdasarkan NANDA 2018 adalah 1) Nyeri akut, 2) Resiko infeksi 3) Ansietas.

Tujuan yang diterapkan pada An.G setelah dilakukan asuhan keperawatan berdasarkan NOC yaitu pasien mampu mengatasi nyeri, menjaga lingkungan bersih, menurunkan tingkat kecemasan

Intervensi keperawatan bedasarkan NIC yang telah dilakukan antara lain ajarkan pasien untuk mengurangi nyeri menggunakan teknik nafas dalam,mengkaji skala nyeri, menjaga lingkungan tetap bersih, menganjurkan keluarga pasien untuk selalu mencuci tangan, ajak pasien berkomunikasi untuk menurunkan kecemasan dan berikan pasien terapi (senam otak) untuk merilekskan tubuh. Hasil evaluasi berikutnya ibu pasien mengatakan An.G kecemasannya mulai berkurang. Untuk

membantu proses evaluasi digunakan lembar observasi *HARS* sebelum dan sesudah senam otak .

3. Kasus 3

An. N berusia 7 tahun 1 bulan dengan diagnosa ASD + Multiple Gangren, keluhan utama nyeri dan perdarahan dibagian gusi . pada tanggal 27 november 2019 pasien di bawa ke Poli Gigi Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie dengan keluhan nyeri pada bagian gusi dan dirawat diruang melati untuk melakukan operasi. Ibu pasien mengatakan perdarahan di gusi kurang lebih 2-3 hari. Ibu pasien mengatakan tidak ada riwayat keluarga sebelumnya. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu, nadi: 98 x/menit, RR: 26 x/menit, Spo2 99 %,suhu : 36,7 °C, skala nyeri: 5. BB: 22 kg, TB: 131 cm, LK: 49 cm, LiLa: 17 cm, LP: 50 cm. Hasil pemeriksaan Laboratorium tanggal 27 november 2019 Leukosit $15.53 \times 10^3/\mu\text{L}$, Eritrosit $4.63 \times 10^6/\mu\text{L}$, Hemoglobin 12.3 g/dL, Hematokrit 38.3%, PLT $307 \times 10^3/\mu\text{L}$. Pemeriksaan Rontgen Hasil Kesimpulan : ASD Secundum.

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada An.N berdasarkan NANDA 2018 adalah 1) Nyeri akut, 2) Resiko infeksi 3) Ansietas.

Tujuan yang diterapkan pada An.N setelah dilakukan asuhan keperawatan berdasarkan NOC yaitu pasien mampu mengatasi nyeri, skala nyeri berkurang, menjaga lingkungan bersih, menurunkan tingkat kecemasan

Intervensi keperawatan bedasarkan NIC yang telah dilakukan antara lain ajarkan pasien untuk mengurangi nyeri menggunakan teknik nafas dalam,mengkaji skala nyeri, menjaga lingkungan tetap bersih, menganjurkan keluarga pasien untuk selalu mencuci tangan, ajak pasien berkomunikasi untuk menurunkan kecemasan dan berikan pasien terapi (senam otak) untuk merilekskan tubuh.

Hasil evaluasi berikutnya ibu pasien mengatakan An.N kecemasannya mulai berkurang. Untuk membantu proses evaluasi digunakan lembar observasi *HARS* sebelum dan sesudah senam otak.

4. Kasus 4

An. A berusia 7 tahun 6 bulan dengan diagnosa abdominal pain, keluhan utama nyeri perut kanan bawah sejak 1 minggu. pada tanggal 3 desember 2019 pasien datang ke IGD Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie dan dirawat diruang melati untuk melakukan operasi. Ibu pasien mengatakan tidak ada riwayat keluarga sebelumnya. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu, nadi: 93 x/menit, RR: 25 x/menit, Spo2 99 %,suhu : 36,8 °C, skala nyeri: 4. BB: 16 kg, TB: 115 cm, LK: 48 cm, LiLa: 15 cm, LP: 51 cm. Hasil pemeriksaan Laboratorium tanggal 6 desember 2019 Leukosit $18.54 \cdot 10^3/\mu\text{L}$, Eritrosit $4.18 \cdot 10^6/\mu\text{L}$, Hemoglobin 10.8 g/dL, Hematokrit 31.3%, PLT $501 \cdot 10^3/\mu\text{L}$.

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada An. A berdasarkan NANDA 2018 adalah 1) Nyeri akut, 2) Resiko infeksi 3) Ansietas.

Tujuan yang diterapkan pada An. A setelah dilakukan asuhan keperawatan berdasarkan NOC yaitu pasien mampu mengatasi nyeri, skala nyeri berkurang, menjaga lingkungan bersih, menurunkan tingkat kecemasan

Intervensi keperawatan berdasarkan NIC yang telah dilakukan antara lain ajarkan pasien untuk mengurangi nyeri menggunakan teknik nafas dalam, mengkaji skala nyeri, menjaga lingkungan tetap bersih, menganjurkan keluarga pasien untuk selalu mencuci tangan, ajak pasien berkomunikasi untuk menurunkan kecemasan dan berikan pasien terapi (senam otak) untuk merilekskan tubuh.

Hasil evaluasi berikutnya ibu pasien mengatakan An. A kecemasannya mulai berkurang. Untuk membantu proses evaluasi digunakan lembar observasi HARS sebelum dan sesudah senam otak.

B. Evidence Based Nursing Practice

1. Analisa Pico

Pendekatan PICO (Population Intervention Comparison Outcome) digunakan dalam melakukan perumusan masalah klinis. Pernyataan klinis dirumuskan dengan menggunakan analisis PICO, pernyataan klinis dalam *evidence based nursing* ini adalah “efektifitas brain gym dengan metode audiovisual untuk mengatasi masalah kecemasan pada anak usia 6-12 tahun dengan pre op” penjabaran PICO dalam perumusan masalah klinis, yakni sebagai berikut :

- a. *Problem* : kecemasan pada anak usia sekolah dengan pre op
- b. *Intervension* : senam otak
- c. *Comparation* : -
- d. *Outcome* : merilekskan tubuh dan menurunkan tingkat kecemasan

2. Pelaksanaan Evidence Based Nursing

a. Jenis dan rancangan penelitian

Dalam penelitian ini menggunakan Quasi Eksperiment dengan jenis One Group Pretest-Posttest design dengan senam otak akan dilakukan pengukuran lagi dengan cara *pertest* dan *post test* untuk mengetahui perbedaan sebelum dan sesudah senam otak

b. Lokasi dan waktu penelitian

- 1) Lokasi
Ruang melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

- 2) Waktu

Penelitian ini dilakukan pada bulan November pada Tahun 2019 di Ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

c. Populasi dan sampel

- 1) Populasi

Populasi adalah wilayah generilisasi yang terdiri dari atas 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 pasien anak pre op usia sekolah dengan masalah kecemasan di Ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

2) Sampel penelitian

Sampel merupakan bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki populasi tersebut (Sugiono, 2012). Sampel pada penelitian ini yaitu berjumlah 4 orang pasien anak pre op dengan masalah kecemasan di Ruang Melati RSUD Wahab Sjahranie Samarinda dengan kriteria sebagai berikut :

a) Kriteria Inklusi

- (1) Anak usia 6-12 tahun
- (2) Kesadaran baik (*composmentis*)
- (3) Orang tua pasien memberikan ijin menjadi responden

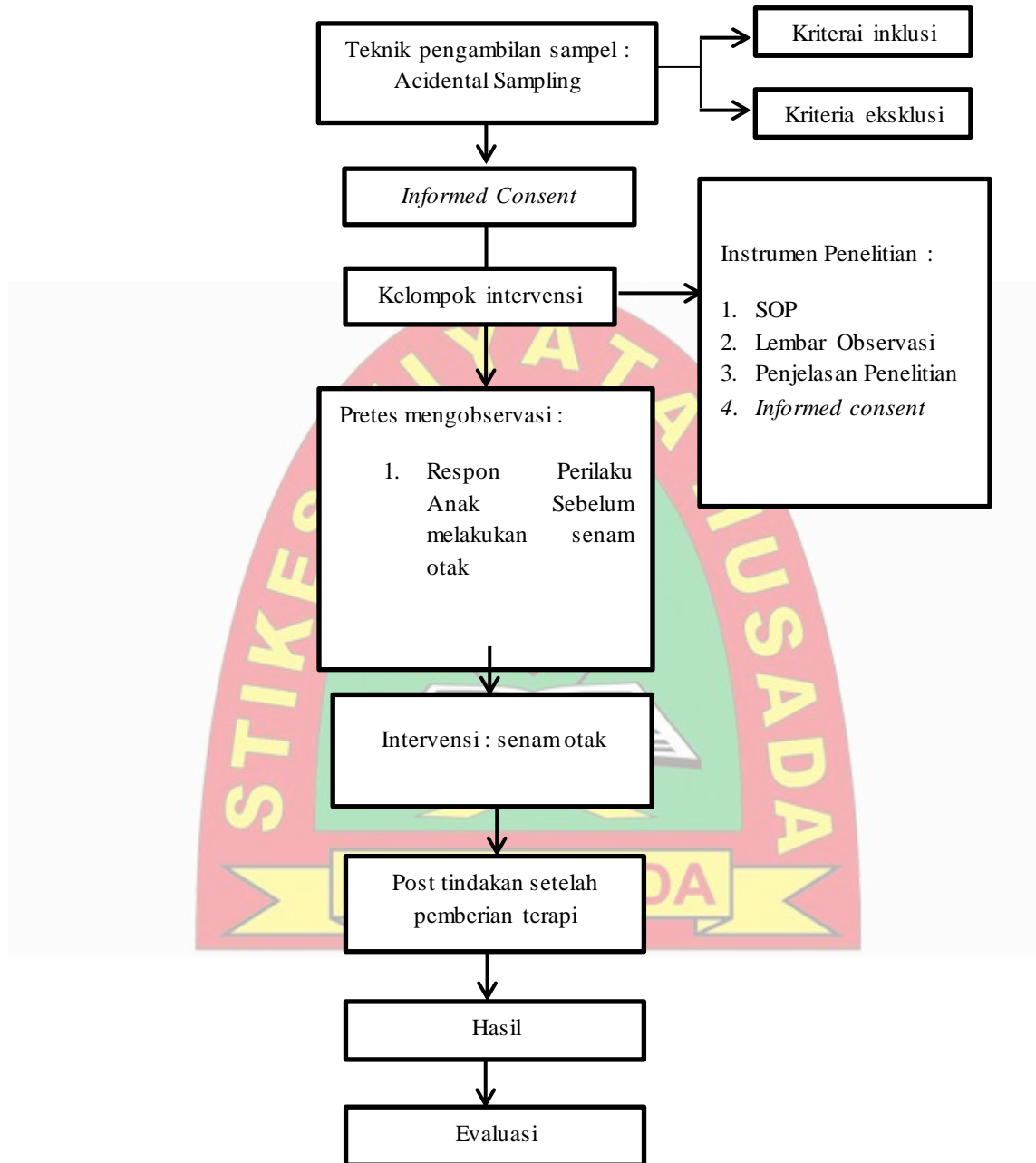
b) Kriteria Eksklusi

- (1) Pasien yang mengalami keterbatasan gerak
- (2) Keluarga pasien yg tidak kooperatif

d. Teknik pengambilan Sampel

Notoadmojo (2012) mengatakan sampling adalah suatu proses dalam menyeleksi porsi dan populasi untuk dapat mewakili populasi. Pengambilan sampel dalam yang digunakan dalam penelitian ini adalah purposive sampling dan accidental sampling, yaitu teknik penentuan sampel tanpa sengaja penelitian ini mengambil sampel yang kebetulan ditemuinya pada saat ini (Sugiono, 2012).

C. Alur penelitian



3.1 alur penelitian

D. Hasil Penerapan *Evidence Based Nursing Practice*

1. Persiapan

- a. Identifikasi dilakukan pada pasien anak pre op dengan masalah kecemasan.
- b. Mencari jurnal terkait masalah kecemasan pada pasien pre op.
- c. Menganalisis masalah menggunakan analisi PICO (*Problem Intervention, Comparison, Outcome*).
- d. Jurnal yang telah didapatkan, kemudian dipilih jurnal yang paling mendekati penyelesaian masalah sebagai dasar rujukan dan beberapa jurnal lainnya sebagai jurnal pendukung.
- e. Mahasiswa menyiapkan lembar observasi sebagai alat ukur *outcome* dari *evidence based nursing* pemberian senam otak. Pasien yang dijadikan target *evidence based nursing* atas pengetahuan pembimbing klinik ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie dan disepakati bersama.

2. Pelaksanaan

- a. Pelaksanaan EBN dilakukan di Ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda
- b. Pelaksanaan EBN dilakukan pada bulan November 2019
- c. Jumlah Responden yang dilakukan pada penerapan EBN ini yaitu sebanyak 4 pasien anak intervensi. Responden dipilih berdasarkan kriteria inklusi yaitu : 1) anak usia 6-12 tahun, 2) Kesadaran baik (*composmentis*), 3) Orang tua pasien memberikan ijin menjadi responden.
- d. Sebelum intervensi dimulai, penulis memberikan penjelasan mengenai tujuan dan manfaat dari intervensi yang akan dilakukan
- e. Setelah mendapat persetujuan responden dilakukan *pretest* dengan menggunakan lembar observasi respon perilaku anak
- f. Pengukur kecemasan untuk data *post test* setelah dilakukan intervensi senam otak.

E. Evaluasi

1. Skor pengaruh pemberian terapi senam otak sebelum dan sesudah pemberian mengalami penurunan kecemasan.
2. Respon pasien senang terhadap pemberian terapi senam otak.



BAB IV

PEMBAHASAN

Asuhan keperawatan yang diberikan pada kasus kelolaan, memiliki permasalahan pada pasien pre op diruang melati RSUD A.W. Sjahranie. Pasien dengan pre op mengalami gangguan kecemasan karena tindakan bedah.

Pasien kelolaan dalam karya ilmiah ini memiliki kasus yang sama yaitu pada pasien anak yang menjalani pre op jenis masalah yang dialami oleh keempat pasien kelolaan tersebut adalah kecemasan. Berikut akan diuraikan pembahasan terkait kasus kelolaan ditinjau dari langkah-langkah dalam proses keperawatan, meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

1. Pengkajian Kasus Kelolaan Utama

Klien yang menjadi kasus kelolaan utama peneliti ialah anak dengan diagnosa medik tumor intra atrikula yang akan menjalani operasi. Pada pasien pre op pada anak disebabkan oleh tindakan pembedahan merupakan ancaman potensial maupun aktual pada integritas seseorang yang dapat membangkitkan reaksi stres fisiologis maupun psikologis (Long B.C, 2008).

Hasil pengkajian yang telah didapatkan adalah An. P berusia 8 tahun dengan diagnosa tumor intra atrikula, keluhan utama terdapat benjolan di telinga kanan. pada tanggal 21 november 2019 pasien di bawa ke IGD Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie dengan keluhan nyeri pada bagian telinga kanan dan dirawat diruang melati. Ibu pasien mengatakan benjolan di telinga kanan kurang lebih 4 minggu yang lalu. Ibu pasien mengatakan tidak ada riwayat keluarga sebelumnya. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu, nadi: 88x/menit, RR: 23x/menit, Spo2 99 %,suhu : 36,8 °C, skala nyeri: 4. BB: 20 kg, TB: 115 cm, LK: 47 cm, LiLa: 14 cm, Hasil pemeriksaan Laboratorium tanggal 23 november

2019 Leukosit $15.65 \times 10^3/\mu\text{L}$, Eritrosit $5.14 \times 10^6/\mu\text{L}$, Hemoglobin 14.2 g/dL, Hematokrit 43.1%, PLT $390 \times 10^3/\mu\text{L}$. Pemeriksaan Rontgen (Hasil Kesimpulan : Tumor intra atrikula dekstra). Leukosit adalah sel darah yang aktif pada sistem pertahanan tubuh yaitu berfungsi melawan infeksi dan penyakit lainnya. Batas normal jumlah sel darah putih berkisar dari 4.000 sampai $10.000/\text{mm}^3$ (Tortora G J, 2009).

2. Pengkajian Kasus Resume 1

An. G berusia 10 tahun 4 bulan dengan diagnosa Tumor Regio Buccal, keluhan utama terdapat benjolan di pipi kanan. pada tanggal 25 november 2019 pasien di bawa ke IGD Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie dengan keluhan nyeri pada bagian pipi kanan dan dirawat diruang melati. Ibu pasien mengatakan benjolan di pipi kanan kurang lebih 1 minggu. pada saat pasien hendak berbicara pipi kanan terasa sakit sekali. Ibu pasien mengatakan tidak ada riwayat keluarga sebelumnya. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu, nadi: 100x/menit, RR: 20x/menit, Spo2 99 %,suhu : $36,7 \text{ }^\circ\text{C}$, skala nyeri: 3. BB: 38 kg, TB: 151 cm, LK: 51 cm, LiLa: 21 cm, LP: 66 cm. Hasil pemeriksaan Laboratorium tanggal 25 november 2019 Leukosit $17.26 \times 10^3/\mu\text{L}$, Eritrosit $4.66 \times 10^6/\mu\text{L}$, Hemoglobin 11.3 g/dL, Hematokrit 36.3%, PLT $491 \times 10^3/\mu\text{L}$, Glukosa sewaktu 63 mg/dL. Pemeriksaan Rontgen (Hasil Kesimpulan : Tumor region buccal dextra.

3. Pengkajian Kasus Resume 2

An. N berusia 7 tahun 1 bulan dengan diagnosa ASD + Multiple Gangren, keluhan utama nyeri dan perdarahan dibagian gusi . pada tanggal 27 november 2019 pasien di bawa ke Poli Gigi Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie dengan keluhan nyeri pada bagian gusi dan dirawat diruang melati untuk melakukan operasi. Ibu pasien mengatakan perdarahan di gusi kurang lebih 2-3 hari. Ibu pasien mengatakan tidak

ada riwayat keluarga sebelumnya. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu, nadi: 98 x/menit, RR: 26 x/menit, Spo2 99 %, suhu : 36,7 °C, skala nyeri: 5. BB: 22 kg, TB: 131 cm, LK: 49 cm, LiLa: 17 cm, LP: 50 cm. Hasil pemeriksaan Laboratorium tanggal 27 november 2019 Leukosit $15.53 \times 10^3/\mu\text{L}$, Eritrosit $4.63 \times 10^6/\mu\text{L}$, Hemoglobin 12.3 g/dL, Hematokrit 38.3%, PLT $307 \times 10^3/\mu\text{L}$. Pemeriksaan Rontgen Hasil Kesimpulan : ASD Secundum.

4. Pengkajian Kasus Resume 3

An. A berusia 7 tahun 6 bulan dengan diagnosa abdominal pain, keluhan utama nyeri perut kanan bawah sejak 1 minggu. pada tanggal 3 desember 2019 pasien datang ke IGD Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie dan dirawat diruang melati untuk melakukan operasi. Ibu pasien mengatakan tidak ada riwayat keluarga sebelumnya. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu, nadi: 93 x/menit, RR: 25 x/menit, Spo2 99 %, suhu : 36,8 °C, skala nyeri: 4. BB: 16 kg, TB: 115 cm, LK: 48 cm, LiLa: 15 cm, LP: 51 cm. Hasil pemeriksaan Laboratorium tanggal 6 desember 2019 Leukosit $18.54 \times 10^3/\mu\text{L}$, Eritrosit $4.18 \times 10^6/\mu\text{L}$, Hemoglobin 10.8 g/dL, Hematokrit 31.3%, PLT $501 \times 10^3/\mu\text{L}$.

B. Diagnosa Keperawatan

Menurut diagnosa keperawatan dilakukan dengan mengidentifikasi masalah berdasarkan trophicognosis atau pertanyaan atau justifikasi masalah. Belum adanya pengelompokan intervensi, maka penulis melakukan secara mandiri dengan melihat batasan karakteristik masalah keperawatan berdasarkan buku diagnosa keperawatan Nanda 2018 didapatkan masalah utama keperawatan yang muncul pada 4 kasus tersebut adalah nyeri akut, resiko infeksi, ansietas.

1. Masalah keperawatan nyeri akut

Menurut Nanda 2018 adalah pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang di gambarkan sebagai kerusakan, awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau di prediksi. Nyeri akut dapat dideskripsikan sebagai nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah, dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) serta berlangsung singkat (kurang dari enam bulan) dan menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang rusak. Nyeri akut biasanya berlangsung singkat pasien yang mengalami nyeri akut biasanya menunjukkan gejala respirasi meningkat, denyut jantung dan tekanan darah meningkat (Mubarak et al., 2015).

2. Masalah keperawatan resiko infeksi

Menurut nanda 2018 adalah peningkatan resiko masuknya organisme patogen. Menurut kamus kedokteran Dorland (2012) infeksi merupakan masuknya mikroorganisme yang memperbanyak diri di jaringan tubuh yang menyebabkan peradangan. Menurut Potter dan Perry (2010) bahwa infeksi luka adalah infeksi yang sering ditemukan yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan atau nosokomial. Terdapat minimal 1 dari tanda-tanda inflamasi. Menurut Septiari (2012) tanda-tanda infeksi adalah sebagai berikut : Rubor adalah kemerahan, ini terjadi pada area yang mengalami infeksi karena peningkatan aliran darah ke area tersebut sehingga menimbulkan warna kemerahan. Kalor adalah rasa panas pada daerah yang mengalami infeksi akan terasa panas, ini terjadi karena tubuh mengkompensasi aliran darah lebih banyak ke area yang mengalami infeksi untuk mengirim lebih banyak antibody dalam memerangi antigen atau penyebab infeksi. Tumor dalam konteks gejala

infeksi bukan sel kanker seperti yang umum dibicarakan akan tetapi pembengkakan yang terjadi pada area yang mengalami infeksi karena meningkatnya permeabilitas sel dan meningkatnya aliran darah. Dolor adalah rasa nyeri yang dialami pada area yang mengalami infeksi, ini terjadi karena sel yang mengalami infeksi bereaksi mengeluarkan zat tertentu sehingga menimbulkan nyeri. Rasa nyeri mengisyaratkan bahwa terjadi gangguan atau sesuatu yang tidak normal jadi jangan abaikan nyeri karena mungkin saja ada sesuatu yang berbahaya.

3. Masalah keperawatan ansietas

Menurut Nanda 2018 adalah Perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar di sertai respon autonom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu); perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan memampukan individu untuk bertindak menghadapi ancaman. Kecemasan sebagai suatu keadaan emosional yang mempunyai ciri keterangsangan fisiologis, perasaan tegang yang tidak menyenangkan, dan kekhawatiran bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi (Nevid Jeffrey S, Rathus Spencer A, & Greene Beverly, 2009). Menurut Stuart (2009) pada orang yang cemas akan muncul beberapa respon yang meliputi: Respon fisiologis
Kardiovaskular : palpitasi, tekanan darah meningkat, tekanan darah menurun, denyut nadi menurun. Pernafasan : nafas cepat dan pendek, nafas dangkal dan terengah-engah. Gastrointestinal : nafsu makan menurun, tidak nyaman pada perut, mual dan diare. Neuromuskular : tremor, gugup, gelisah, insomnia dan pusing. Traktus urinarius : sering berkemih. Kulit : keringat dingin, gatal, wajah kemerahan. Respon perilaku yang muncul adalah gelisah, tremor, ketegangan fisik, reaksi terkejut, gugup, bicara cepat, menghindar, kurang koordinasi, menarik diri dari hubungan interpersonal dan melarikan diri dari masalah.

Respon kognitif yang muncul adalah perhatian terganggu, pelupa, salah dalam memberikan penilaian, hambatan berfikir, kesadaran diri meningkat, tidak mampu berkonsentrasi, tidak mampu mengambil keputusan, menurunnya lapangan persepsi dan kreatifitas, bingung, takut, kehilangan kontrol, takut pada gambaran visual dan takut cedera atau kematian. Respon afektif yang sering muncul adalah mudah terganggu, tidak sabar, gelisah, tegang, ketakutan, waspada, gugup, mati rasa, rasa bersalah dan malu.

C. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan tahapan perawat memberikan perawatan langsung sesuai dengan rencana keperawatan telah disusun berdasarkan masalah dan tujuan keperawatan (Aligod & Tomey, 2016). Intervensi keperawatan yang di aplikasikan pada pasien kasus kelolaan mengacu pada *Nursing Intervention Classification* (NIC) tahun 2016 yaitu:

1. Nyeri akut : manajemen nyeri dilakukan untuk mengidentifikasi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus.
2. Resiko infeksi : kontrol infeksi dilakukan untuk meminimalkan perolehan dan transmisi dari agen infeksius.
3. Ansietas : penurunan kecemasan dilakukan untuk meminimalkan temuan, ketakutan, firasat, atau kegelisahan berkaitan dengan sumber tak dikenal untuk mengantisipasi bahaya.

Intervensi keperawatan dalam mengatasi masalah utama ansietas berdampak pada pasien menangis, wajah tegang dan kemerahan, nadi cepat dengan terapi non farmakologi yaitu senam otak. Pada keempat klien kasus kelolaan mendapatkan terapi non farmakologi yang sama. Manajemen pengobatan secara teknikal yaitu dengan melakukan pengkajian menggunakan lembar observasi meliputi skala kecemasan (*HARS*) sebelum dan sesudah tindakan. Senam otak dapat meningkatkan kemampuan

belajar, mengasah refleks dan koordinasi tubuh, merilekskan otak dan tubuh. Senam otak adalah serangkaian gerak sederhana yang menyenangkan dan digunakan oleh para murid di *Educational Kinesiology Foundation, USA* untuk meningkatkan kemampuan belajar mereka dengan menggunakan keseluruhan otak yaitu dengan menggunakan aktivitas gerakan-gerakan untuk menarik keluar seluruh potensi seseorang (Dennison, 2002). Awalnya senam otak dimanfaatkan untuk anak yang mengalami gangguan hiperaktif, kerusakan otak, sulit konsentrasi dan depresi. Namun dalam perkembangannya setiap orang bisa memanfaatkannya untuk beragam kegunaan. Saat ini, di Amerika dan Eropa *brain gym* sedang digemari. Banyak orang yang merasa terbantu melepaskan stres, menjernihkan pikiran, meningkatkan daya ingat, dan sebagainya (Gunadi, 2009).

D. Implementasi Keperawatan

Pada pelaksanaan senam otak dilakukan di ruang melati RSUD A.W Sjahranie. Dilakukan kepada 4 pasien, dilihat perbedaan sebelum dan sesudah pemberian terapi senam otak. Hasil pengamatan pelaksanaan pasien yang mendapat terapi senam otak berespon positif dan berusaha menikmati setiap gerakan yang ada diterapi senam otak. Penerapan terapi senam otak sesuai dengan kondisi pasien sebagai bentuk menurunkan kecemasan pasien, dalam proses pemberian terapi dilakukan observasi dan penilaian terhadap terapi senam otak yang diperlihatkan oleh pasien, respon pasien diuraikan pada tabel dibawah ini :

Tabel Respon 4.1

Distribusi ansietas sebelum dan sesudah senam otak pada anak usia 6-12 Tahun

No	Nama	Pre Test		Post Test	
		Hari 1	Hari 2	Hari 1	Hari 2
1	An. P	34	30	32	28
2	An. G	33	29	31	27
3	An. N	32	28	30	25
4	An. A	30	27	29	24

Kesimpulan pada tabel 4.1 diketahui bahwa sebelum dilakukan senam otak pada 4 orang (100%) pasien anak yang mengalami ansietas dengan indikator kecemasan berat (31 - 40). Sedangkan setelah dilakukan senam otak pada 4 orang (100%) yang mengalami ansietas didapatkan hasil skala kecemasan menurun menjadi kecemasan sedang (21 - 30).

E. Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan pada keempat pasien adalah membandingkan respon yang dihasilkan setelah dilakukan intervensi keperawatan. Evaluasi keperawatan terhadap intervensi yang telah dilakukan pada intervensi dengan terapi senam otak dalam menurunkan kecemasan. Evaluasi yang dilakukan selama 3x 8 jam pada 4 pasien kelolaan yang mengalami ansietas dengan indikator kecemasan berat (31 - 40). Sedangkan setelah dilakukan senam otak pada 4 orang (100%) yang mengalami ansietas didapatkan hasil skala kecemasan menurun menjadi kecemasan sedang (21 - 30).

Evaluasi terhadap intervensi yang telah dilakukan adalah dengan menilai respon yang muncul dari pasien. Setelah dilakukan tindakan keperawatan ke 4 pasien kecemasannya berkurang, tindakan terapi senam otak ditunjukkan dengan ekspresi wajah tegang (-), gelisah (-), menangis (-) dikaji dengan lembar observasi.

Evaluasi yang dilakukan pada keempat pasien dengan masalah nyeri akut pada pasien menunjukkan onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri menurun dalam skala ringan. Untuk masalah resiko infeksi pada keempat pasien kelolaan menunjukkan hasil leukosit dalam batas normal.

Senam otak atau lebih dikenal dengan *brain gym* sebenarnya adalah serangkaian gerakan sederhana yang dilakukan untuk merangsang kerja dan fungsi otak secara maksimal. Awalnya senam otak dimanfaatkan untuk anak yang mengalami gangguan hiperaktif, kerusakan otak, sulit

konsentrasi dan depresi. Namun dalam perkembangannya setiap orang bisa memanfaatkannya untuk beragam kegunaan. Saat ini, di Amerika dan Eropa senam otak sedang digemari. Banyak orang yang merasa terbantu melepaskan stres, menjernihkan pikiran, meningkatkan daya ingat, dan sebagainya.



BAB V

PENUTUP

Uraian dalam bab ini meliputi simpulan dan saran terkait dengan analisa pengalaman praktik Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) yang dikaitkan dengan pelaksanaan intervensi inovasi yang diberikan kepada pasien anak pre op yang berada di ruang melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, uraiannya sebagai berikut.

A. Simpulan

Penerapan model teori adaptasi Dorothea E.orem sesuai dengan asuhan keperawatan pada pasien pre op yang menjalani rawat inap di ruang melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda karena semua aspek kebutuhan pasien berada pada model keperawatan ini. Asuhan keperawatan yang ditemukan pada pasien yang menjalani rawat inap di ruang melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda salah satunya yakni masalah ansietas.

Pemberian asuhan keperawatan berdasarkan teori Dorothea E.orem pada 4 pasien dengan ansietas secara umum dapat diterapkan dengan baik. Memberikan model konseptual keperawatan kepada pasien dan membantu proses penyembuhan pasien.

Penyusunan program inovasi berdasarkan dari hasil observasi dan wawancara yang dilakukan dilahan praktek. Pelaksanaan program ini mendapat respon positif dari pasien dan perawat ruangan.

B. Saran

1. Bagi orang tua (keluarga)

Perlunya pendidikan atau pelatihan bagi keluarga lebih lanjut tentang prosedur terapi senam otak terkait dengan hasil penelitian dimana senam otak mampu melatih konsentrasi anak dan menurunkan kecemasan, yang pada akhirnya diharapkan dengan adanya pelatihan

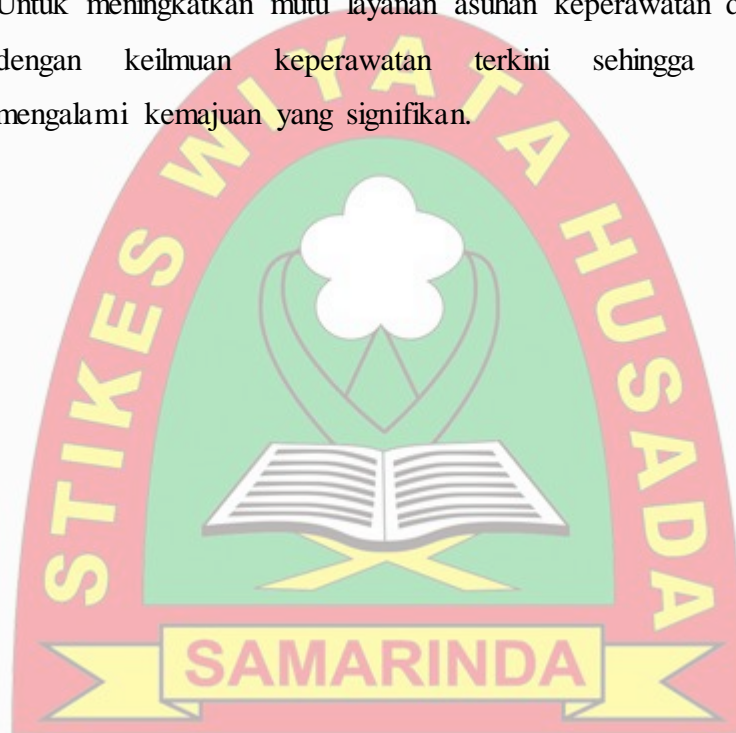
tersebut orang tua dapat melakukan perawatan pada anaknya yang mengalami ansietas secara mandiri.

2. Bagi Pelayanan Keperawatan

Untuk mempermudah pemberian asuhan keperawatan secara komprehensif penerapan teori adaptasi Dorothea E.orem dapat dikembangkan mengingat dalam teori Dorothea E.orem melingkupi berbagai permasalahan pasien.

3. Bagi Pengembangan Ilmu Keperawatan

Untuk meningkatkan mutu layanan asuhan keperawatan diberikan sesuai dengan keilmuan keperawatan terkini sehingga mutu layanan mengalami kemajuan yang signifikan.



DAFTAR PUSTAKA

- Ball, J.W., & Bindler, R.C. (2009). *Pediatric nursing: Caring for children*. (3rd edition). New Jersey: Pearson Education Inc.
- Behrman, E.R., Kliegman, R., & Arvin, A.M. (2010). *Ilmu kesehatan anak*. Volume 1. (Edisi 15). (Samik Wahab, dkk. Penerjemah). Jakarta: EGC .
- Coyne, I. (2006). Children's experiences of hospitalization. *Journal of Child Health Care*, 10, 4, p.326-336
- Dennison, P., (2009). *Brain Gym (senam otak)*. Edisi bahasa Indonesia (cetakan X). Alih bahasa: Ruslan dan Rahayu, M. Jakarta: Grasindo.
- Dorland, W.A. (2006). *Dorland's illustrated medical dictionary*. (29th edition). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Friedman, M.M. (2007). *Keperawatan Keluarga: Teori dan Praktik*. Edisi 3. (Ina Debora dan Yoakym A. Penerjemah). Jakarta: EGC.
- Gunadi, T. (2009). *24 gerakan meningkatkan kecerdasan anak*. Jakarta: penebar Plus.
- Hockenberry, J. M., & Wilson, D. (2007). *Wong's nursing care of infant and children*. (8th edition). Canada: Mosby Company
- Iqbal, M. (2009). *Pengaruh senam otak terhadap peningkatan kemampuan koordinasi motorik pada anak tunagrahita ringan*. Skripsi program studi ilmu keolahragaan fakultas pendidikan olahraga dan kesehatan universitas pendidikan indonesia.
- Khatalae, D.(2007) . *An intervention to reduce anxiety/fear in hospitalized Thai school aged children*. Dissertation. Buffalo: Faculty of the graduate school of the state university of New York.
- Kolcaba, K. & DiMarco, M.A. (2005). Comfort theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric Nursing*, 31, 3, p. 187-194.
- Markum, A. H. (2008). *Buku ajar ilmu kesehatan anak*. Jilid 1. Jakarta: Fakultas Kedokteran UI.

Meadow, S.R., & Newel, S.J. (2003). *Pediatrik*. (Edisi 7). Alih bahasa: Hartini & Rachmawati. Jakarta: Penerbit Erlangga.

Prasetya, A.S. (2010). *Pengaruh terapy kognitif dan senam latih otak terhadap tingkat depresi dengan harga diri rendah pada klien lansia dip anti tresna wreda bhakti yuswa natar lampung*. Tesis UI (tidak dipublikasikan).

Purwandari, H. (2009). *Pengaruh terapi seni dalam menurunkan tingkat kecemasan anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi di wilayah kabupaten banyumas*. Tesis UI (tidak dipublikasikan).

Rahmi. (2008). *Pengaruh terapi musik anak terhadap tingkat kecemasan anak prasekolah yang mendapat tindakan invasive di IRNA D anak RSUP DR M. Djamil Padang*. <http://repository.unand.ac.id/id/eprint/7415>. Diakses 20 November 2019.

Rudolph, A.M., & Hoffman. (2006). *Buku ajar pediatrik*. Alih bahasa: Samik Wahab; Trastonenojo; Pendit). Jakarta: EGC.

Soetjiningsih. (2009). *Tumbuh kembang anak*. Jakarta: EGC.

Subardiah, P.I. (2009). *Pengaruh permainan therapeutik terhadap kecemasan, kehilangan kontrol dan ketakutan anak prasekolah selama dirawat di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek propinsi lampung*. Tesis UI.

Stuart, G.W., & Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing* (7th ed). St. Louis: Mosby Year.

Stuble, D.A. (2008). *A focus on reducing anxiety in children hospitalized for cancer and diverse pediatric medical disease through a self engaging art intervention*. Dissertation. Chestnut Hill College: The faculty of the school of professional Psychology Chessnut Hill College

Supartini, Y. (2004). *Buku ajar: konsep dasar keperawatan anak*. Jakarta: EGC.

Wong, D.L. (2008). *Pedoman klinis keperawatan pediatrik*. (Edisi 4). (Monica Ester. Penerjemah). Jakarta: EGC.

LAMPIRAN



Lampiran 1

PENJELASAN TENTANG PENELITIAN (kelompok intervensi)

Yang Terhormat Bapak/ Ibu/ Saudara/ Saudari beserta Anak yang dirawat di Ruang Perawatan Anak Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Pada kesempatan ini perkenankan saya,

Nama/ NIM : Zainal Muttaqin / P180758

Status : Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Profesi Ners Stikes Wiyata Husada Samarinda

Memohon kesediaan Bapak/ Ibu/ Saudara/ Saudari beserta Anak yang dirawat untuk berpartisipasi dalam penelitian dengan judul penelitian :

“Efektifitas Penerapan Brain Gym Dengan Metode Audiovisual Pada Pasien Pre Op Anak Usia Sekolah Dengan Masalah Keperawatan Kecemasan Akibat Hospitalisasi Di ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh senam otak terhadap penurunan tingkat kecemasan anak usia sekolah yang dirawat di rumah sakit sehingga diharapkan akan bermanfaat dalam menurunkan tingkat kecemasan anak dan keluarga selama di rumah sakit dan berguna dalam pemberian asuhan keperawatan pada anak yang dirawat.

Kegiatan dalam penelitian ini adalah peneliti bersama Bapak/ Ibu/ Saudara/ Saudari beserta Anak akan melakukan penilaian terhadap perilaku anak menggunakan lembar observasi. Kemudian bersama-sama melakukan gerakan-gerakan sederhana dalam senam otak selama 5-10 menit. Selanjutnya gerakan-gerakan tersebut bisa dilakukan sendiri sampai 4 kali (kurang lebih dalam 2 hari). Setelah itu akan dilakukan penilaian lagi terhadap kecemasan anak menggunakan lembar observasi yang digunakan sebelumnya.

Peneliti akan menjunjung tinggi dan menghargai hak Bapak/ Ibu/ Saudara/ Saudari beserta Anak yang dirawat dengan menjaga kerahasiaan identitas dan data yang diperoleh.

Apabila Bapak/ Ibu/ Saudara/ Saudari beserta Anak bersedia dalam penelitian ini, maka dimohon berkenan untuk mengisi dan menandatangani lembar persetujuan yang telah disiapkan. Atas perhatian, kerjasama dan partisipasinya dalam penelitian ini, saya ucapkan banyak terimakasih.

Peneliti,

Zainal Muttaqin

Lampiran 2

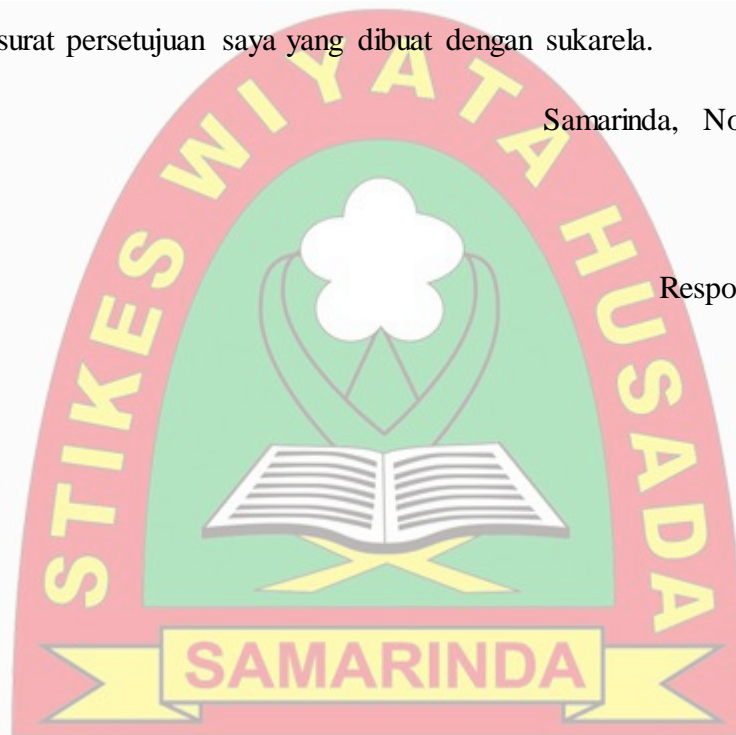
LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertandatangan dibawah ini setelah membaca dan mendengarkan penjelasan dari peneliti serta memahami tujuan dan manfaat dari penelitian ini, maka kami bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini. Kami menyadari bahwa partisipasi kami sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kesehatan anak yang dirawat.


Demikian surat persetujuan saya yang dibuat dengan sukarela.

Samarinda, November 2019

Responden



Lampiran 3

		Standar Operasional Prosedur Senam Otak
1.	Pengertian	Senam otak merupakan serangkaian gerakan sederhana (gerakan-gerakan tubuh yang dinamis dan menyilang) yang menyenangkan untuk meningkatkan kemampuan anak dan menurunkan kecemasan, stres dan depresi, yang dikemas melalui media bermain, agar mereka dapat mengapresiasi segala bentuk gerakan dengan menggunakan keseluruhan otak.
2.	Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. meningkatkan kemampuan anak 2. menurunkan kecemasan 3. melatih konsentrasi anak
3.	Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien anak yang baru masuk ruang rawat 2. Pasien anak dan keluarga bersedia ikut dalam penelitian 3. Pasien anak yang berusia 6-12 tahun
4.	Kontraindikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien anak yang mengalami kelemahan dan keterbatasan gerak, seperti fraktur, parese, cerebral palsy. 2. Pasien dan keluarga yang tidak kooperatif.
5.	Persiapan Pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan salam, perkenalkan diri, dan identifikasi pasien dengan memeriksa identitas pasien 2. Jelaskan tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan. Berikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan jawab seluruh pertanyaan pasien 3. Atur posisi pasien sehingga merasakan aman dan nyaman
6.	Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lembar informed consent 2. Lembar observasi 3. Video senam otak 4. Laptop
7.	Prosedur	<p>Tahap Pra-interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Siapkan alat 2. Siapkan ruangan <p>Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan salam, perkenalkan diri, dan identifikasi pasien dengan memeriksa identitas pasien 2. Jelaskan tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan. Berikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan jawab seluruh pertanyaan pasien <p>Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anak berdoa terlebih dahulu 2. Anak dianjurkan melakukan PACE merupakan singkatan dari positif, aktif, clear (jelas) dan energetis. Untuk menjalankan PACE ini, harus dimulainya dengan energetis (minum air), clear (melakukan pijat sakral otak), aktif (melakukan gerakan silang), positif (melakukan kiat rileks) dan dilanjutkan dengan gerakan-gerakan senam yang lain. PACE akan membantu mengurangi kecemasan anak dan membuat anak berada dalam kondisi yang santai.

3. Anak melakukan gerakan-gerakan senam otak yang bisa mengurangi ketegangan dan merilekskan sehingga diharapkan kecemasan anak karena dirawat di di Rumah Sakit menjadi berkurang. Gerakan- gerakan tersebut antara lain adalah :

a. Earth buttons (Tombol Bumi)

Ujung jari satu tangan menyentuh bawah bibir, ujung lainnya di pinggir atas tulang kemaluan (15 cm di bawah pusar). Anak diminta membayangkan garis lurus didepan mata dari bawah keatas. Arahkan pandangan mata mengikuti garis tersebut dari bawah keatas sambil bernapas perlahan.



b. Balance buttons (Tombol Imbang)

Biarkan anak menyentuh Tombol Imbang yang terdapat di belakang telinga, pada sebuah lekukan di batas rambut antara tengkorak dan tengkuk (4-5 cm kekiri dan kekanan dari garis tengah tulang belakang). Sementara tangan yang satunya menyentuh pusar selama 30 detik, lalu ganti dengan tangan yang satunya lagi. Dagu relaks dan kepala dalam posisi normal menghadap ke depan.



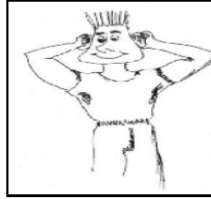
c. Space buttons (Tombol Angkasa)

Letakkan satu tangan di atas bibir di garis tengah depan, yang lain digaris tengah belakang pada tulang ekor atau lebih ke atas agar aman dan sopan selama 1 menit. Bernapaslah pelan-pelan seolah-olah mengalirkan energi kebagian atas tulang punggung.



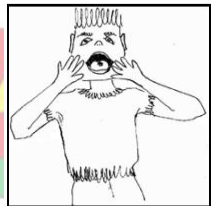
d. The thinking cap (Pasang Teling)

Dengan ibu jari dan telunjuk, pijat secara lembut daun telinga sambil menariknya keluar, mulai dari ujung atas, menurun sepanjang lengkungan dan berakhir di cuping. Ulangi gerakan ini sebanyak 3 kali



e. The energetic yawn (Menguap Berenergi)

Menguap baik jika di barengi dengan menyentuh tempat-tempat tegang di rahang yang dapat membantu menyeimbangkan tulang tengkorak dan menghilangkan ketegangan di kepala dan rahang. Anak dianjurkan menguap dengan bersuara untuk melemaskan otot-otot tersebut sebanyak 3-6 kali.



Tahap Terminasi

1. Melakukan pengukuran post intervensi sesudah diberikan tindakan senam otak
2. Berpamitan kepada pasien
3. Merapikan alat dan ruangan
4. Dokumentasi

8.	Evaluasi	Senam otak bisa dilakukan 2 kali sehari selama 5-10 menit atau sesuai dengan kondisi anak. Jangan dipaksakan jika anak kelelahan. Evaluasi pengaruh senam otak dilakukan setelah anak melakukan senam otak selama 4 kali dengan membandingkan respon perilaku sebelum dilakukan dan sesudah dilakukan senam otak.
----	----------	---

Lampiran 4

LEMBAR OBSERVASI KECEMASAN ANAK

Kode....

Tgl. Observasi :

A. Identitas responden

1. Nama anak (inisial) :
2. Umur anak/ tgl lahir :
3. Jenis kelamin :
4. Tgl masuk RS :
5. Riwayat Hospitalisasi :
6. Diagnosa :

No	Respon Perilaku Anak	Respon Anak			
		SL	SR	KD	TP
A	Respon anak pada saat perawat masuk ruangan				
	1. Anak tidak dapat bermain/ makan/ minum, serta ekspresi wajah tegang				
	2. Anak mendekati orang tuanya				
	3. Anak memegangi 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 memegangi 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.				

Lampiran Format Pengkajian Keperawatan Anak

A. Asuhan Keperawatan Pasien Kelolaan

1. Kasus kelolaan utama

Klien An. P seorang anak perempuan yang berumur 8 tahun, masuk IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda pada tanggal 21 november 2019 Pukul 08.00 WITA. Tindakan kolaborasi yang sudah dilakukan di IGD ialah pemberian injeksi santagesik 1/4 amp/iv. Pengkajian dilakukan pada tanggal 21 november 2019 Pukul 14.00 WITA dengan keluhan utama pasien terdapat benjolan pada telinga kanan dan terasa sakit, benjolan ini muncul 4 minggu yang lalu.

a. Pengkajian

1) Identitas Data

Klien bernama An. P, seorang anak perempuan, berumur 8 tahun, lahir di Bontang tanggal 12 September 2011. Ayahnya bernama Tn. M berumur 35 tahun bekerja di perusahaan swasta. Ibu klien bernama Ny. T umur 32 tahun tidak bekerja (IRT). Kedua orangtua klien pendidikan terakhir SMA dan SMP. Beragama islam. Suku Bugis/Warga Negara Indonesia. Alamat tempat tinggal berada di Jalan Pujangga Bontang.

2) Keluhan Utama

Ibu klien mengatakan anaknya terdapat benjolan di bawah telinga kanan.

3) Riwayat Keluhan Saat Ini

Ibu klien mengatakan sebelumnya anaknya dirawat di rumah sakit bontang karena mengeluh pusing dan sakit pada bagian telinga kanan, kemudian dirujuk ke RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut. Masuk IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda pada tanggal 21 november

2019 Pukul 08.00 WITA. Tindakan kolaborasi yang sudah dilakukan di IGD ialah pemberian injeksi santagesik 1/4 amp/iv.

4) Riwayat Kesehatan Masa lalu

a) Prenatal

Ibu mengatakan selama kehamilan ibu rutin kontrol kehamilan ke dokter setiap 1 bulan sekali selama 9 bulan kehamilan. Selama kehamilan ibu rutin mengkonsumsi vitamin yang diberikan oleh dokter.

b) Intranatal

Ibu mengatakan melahirkan di rumah sakit dengan cara normal kelahiran dibantu oleh bidan. saat lahir klien segera menangis dan mendapatkan suntikan Vit K.

c) Postnatal

Ibu klien mengatakan setelah lahir anaknya langsung menyusui dan mendapat ASI eksklusif selama 6 bulan. BB: 2700 gram, PB : 48 cm.

5) Riwayat Masa Lalu

a) Penyakit waktu kecil

Ibu klien mengatakan klien pernah mengalami demam, batuk dan pilek.

b) Pernah di rawat di RS

Ibu klien mengatakan klien pernah di rawat di rumah sakit.

c) Obat – obatan yang digunakan

Ibu klien mengatakan sering menggunakan obat paracetamol.

d) Tindakan (Operasi)

Ibu klien mengatakan klien belum pernah menjalani tindakan operasi.

e) Alergi

Ibu klien mengatakan jika klien tidak mempunyai alergi

f) Kecelakaan

Ibu klien mengatakan klien tidak pernah terjatuh ataupun kecelakaan.

g) Imunisasi

Ibu pasien mengatakan pasien punya riwayat imunisasi lengkap

BCG : usia baru lahir Polio : usia 4 bulan

DPT : usia 18 Bulan Campak : usia 9 bulan

Hepatitis 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

Ibu klien mengatakan klien di asuh oleh orang tua kandung, hubungan klien dengan keluarga yang lain baik, dan klien berhubungan baik dengan teman sebayanya.

8) Riwayat Keluarga

a) Sosial Ekonomi

Ibu klien mengatakan keadaan sosial ekonomi perbulan pendapatannya ± 1,5 juta, termasuk social ekonomi menengah, klien dirawat di rumah sakit dengan jaminan BPJS.

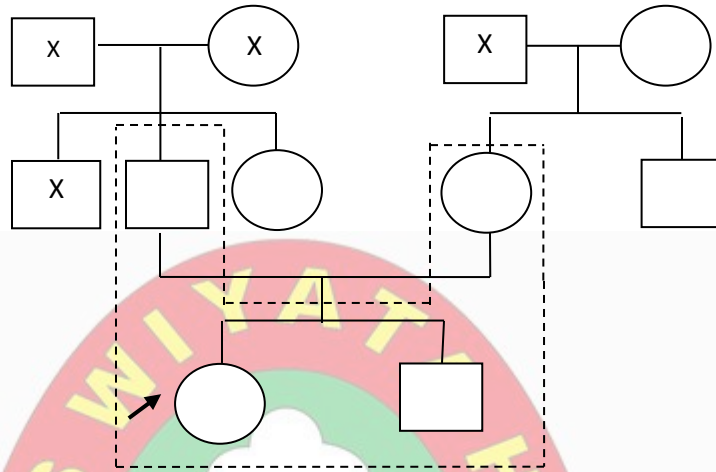
b) Lingkungan Rumah

Ibu klien mengatakan lingkungan rumah aman, tempat tinggal permanen, rumah dinding beton, rumah memiliki ventilasi pada setiap jendela, pencahayaan rumah baik, pasien menggunakan listrik PLN, dan air dari PDAM, WC yang ada dirumah menggunakan kloset jongkok, pembuangan limbah safety tank berjarak 10 meter, rumah memiliki halaman. Rumah berada dipinggir jalan raya disekitar rumah banyak debu-debu jalanan. Pembuangan limbah di selokan

c) Penyakit keluarga

Ibu klien mengatakan ayahnya memiliki riwayat penyakit hipertensi

d) Genogram



Keterangan :



: Perempuan



: Laki-laki



: Pasien

— : Garis Hubungan

- - - : Tinggal Serumah

X : Meninggal

9) Pengkajian Tingkat Perkembangan Saat Ini

Umur An. P saat ini 8 tahun. saat dikaji klien tidak mengalami keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan.

10) Pengkajian Pola Kesehatan Saat Ini

a) Pemeliharaan dan persepsi terhadap kesehatan

Ibu mengatakan setiap ada keluarga yang sakit ibu selalu membawa ke puskesmas terdekat untuk memeriksakan kesehatan, terkadang ibu hanya membeli obat di warung-warung dekat rumah atau toko obat tanpa resep dokter.

b) Nutrisi

SMRS : ibu klien mengatakan jika An. P dirumah kuat makan tidak ada masalah. Ibu mengatakan jika klien makan biasa 2-3x/hari dengan porsi sedang ditambah lauk pauk, ikan/ayam, dan sayur, pasien juga tidak memiliki riwayat alergi pada makanan.

MRS : nafsu makan klien tetap sama, selalu menghabiskan porsi makan yang diberikan dan minum susu serta air putih $\pm 3-4$ gelas perhari.

c) Cairan

SMRS : ibu mengatakan kalau klien sebelumnya lumayan banyak minum air sehari pasien bisa menghabiskan air putih sekitar $\pm 850\text{cc}$ /harinya, selain itu biasanya tiap pagi pasien selalu minum susu \pm sekitar 300cc.

MRS : ibu mengatakan selama dirumah sakit klien minum tetap sama seperti saat dirumah

d) Aktivitas

SMRS : ibu mengatakan sebelum masuk rumah sakit klien beraktivitas dengan teman sebayanya di lingkungan rumah

MRS : ibu mengatakan selama masuk rumah sakit klien banyak beraktivitas di tempat tidur saja.

e) Tidur dan istirahat

SMRS : ibu mengatakan sebelum masuk rumah sakit tidak ada masalah dalam pola tidur dan istirahat klien, klien biasanya tidur siang ± 3 jam dan tidur malam ± 8 jam, perasaan klien pada saat bangun tidak ada masalah klien selalu segar.

MRS : ibu mengatakan selama klien dirawat di RS tidak ada masalah dalam pola tidur pasien. Ibu mengatakan pola tidur pasien tetap sama sebelum dirawat tidur siang ± 3 jam dan tidur malam $\pm 6-7$ jam.

f) Eliminasi

SMRS :

BAK : ibu mengatakan sebelum dirawat pasien tidak memiliki masalah saat sedang BAK, pasien biasa BAK 5-6x/hari, BAK lancar, kuning jernih dan berbau khas.

BAB : ibu pasien mengatakan pasien tidak ada masalah dalam hal bab. Pasien biasa BAB 2x sehari dengan konsistensi lembek dan berwarna kecoklatan.

MRS :

BAK : ibu pasien mengatakan tidak ada perubahan pada pola eliminasi BAK pasien, pasien BAK biasanya 4-5x/harinya, BAK lancar, warna kuning keruh dan berbau khas

BAB : ibu mengatakan selama dirawat pasien hanya BAB 1x sehari.

g) Pola hubungan

klien dapat berhubungan baik dengan teman sebayanya dirumah maupun di rumah sakit dan orang tua juga petugas kesehatan.

h) Koping atau tempramen dan disiplin yang di terapkan

klien selalu tegang dan merengek ingin menangis jika dilakukan tindakan menginjeksikan obat melalui IV. klien selalu mendengarkan apa kata ibu atau ayahnya

i) Kognitif dan persepsi

klien dapat mengetahui yang mana tindakan yang menurut klien sakit, dia akan merengek dan ingin menangis, tetapi jika tindakan yang dilakukan tidak membuat sakit klien hanya diam dan melihat.

j) Konsep diri

Keluarga klien selalu mencari informasi terkait masalah pada An. P dan ibu klien berharap anaknya cepat sembuh.

k) Seksual dan menstruasi

Klien berjenis kelamin Perempuan.

l) Nilai

Klien dan keluarga beragama islam, ibu mengatakan tiap magrib klien biasanya ikut melaksanakan sholat magrib berjamaah dirumah, sebelum makan klien juga membaca doa makan, begitupun jika ingin tidur klien akan membaca doa tidur.

11) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum

Keadaan umum pasien baik, kesadaran compos mentis

Tanda-tanda vital :

KU : Sedang, Kesadaran : CM, GCS : E4V5M6

TD : 100/60 mmHg, N: 88x/i , S: 36,8⁰C, RR : 23x/i

BB/TB : 20 kg / 115 cm

Lingkar Kepala : 47 cm

Lingkar Lengan Atas: 14 cm

Skala Nyeri :

Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale



0

No Hurt



2

Hurts Little Bit



4

Hurts Little More



6

Hurts Even More



8

Hurts Whole Lot



10

Hurts Worst

Skala Resiko Jatuh Pada Anak (Humpty Dumpty)

Parameter	Kriteria	Nilai	Skor
Usia	< 3 Tahun		4
	3-7 Tahun		3
	7 -13 Tahun	2	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
Gangguan Kognitif	Tidak menyadari keterbatasan dirinya		3
	Lupa akan adanya keterbatasan Orientasi baik terhadap diri sendiri	1	1
Faktor Lingkungan	Riwayat jatuh/bayi diletakkan ditempat tidur dewasa		4
	Menggunakan alat bantu/diletakkan dalam tempat tidur bayi		3
	Pasien diletakkan di tempat tidur Area di luar rumah sakit	2	2
			1
Pembedahan/sedasi/anasteri	Dalam 24 jam		3
	Dalam 48 jam		2
	> 48 jam atau tidak menjalani pembedahan/sedasi/anastesi	1	1
Penggunaan medika 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	

b) Kulit

Inspeksi : warna kulit sawo matang, tidak ada luka/jejas, tidak ada peradangan, tidak ada hiperpigmentasi, kulit tampak kering.

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

c) Kepala

Inspeksi : bentuk kepala simetris, tidak ada kelainan, tidak ada peradangan, penyebaran rambut merata

Palpasi : tidak ada masa, tidak ada nyeri tekan.

d) Mata

Inspeksi: bentuk mata simetris kanan kiri, konjuktiva tidak anemis, kornea jernih, pupil isokor, sklera tidak ikterik, tidak ada peradangan, reflek cahaya (+/+),

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

e) Telinga

Inspeksi: terdapat benjolan di telinga kanan, telinga bersih, bentuk telinga simetris kanan-kiri.

Palpasi : terdapat benjolan disekitar telinga kanan, terdapat nyeri tekan dibagian telinga kanan.

f) Hidung

Inspeksi: hidung simetris, tampak bersih, tidak ada sekret di hidung, tidak ada peradangan, tidak ada perdarahan, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada ada polip hidung

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

g) Mulut

Inspeksi: mulut simetris, mukosa bibir kering, tidak ada peradangan, tidak ada perdarahan, mulut tampak bersih, lidah tampak bersih, tidak ada gangguan menelan.

h) Leher

Inspeksi : tidak ada luka atau jejas, tidak ada peradangan

Palpasi : tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan.

i) Dada

Inspeksi : bentuk dada simetris kiri dan kanan tidak ada lesi dan warna kulit tidak ada hiperpigmentasi

Palpasi : vocal fremitus : pergerakan dinding dada kiri dan kanan simetris.

j) Paru

Inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada fraktur costa, pernapasan menggunakan pernapasan dada, tidak ada lesi dan jejas

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, vokal fremitus getaran terasa kanan kiri

Perkusi : suara sonor

Auskultasi : suara nafas vesikuler

k) Jantung

Inspeksi : tidak ada kelainan pada bentuk dada

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Auskultasi : suara S1 & S2 Reguler

Perkusi : pada daerah jantung suara pekak

l) Abdomen

Inspeksi : Bentuk abdomen cembung

Auskultasi : Bising usus 10x/i

Perkusi : Timpani

Palpasi : teraba lembek ujungnya tumpul pada kuadran kanan bawah, lingkaran perut : 57 cm

m) Genetalia

Inspeksi : ibu mengatakan genetalia anaknya tidak ada mengalami lecet atau luka dan jejas

n) Anus dan rectum

Inspeksi : ibu mengatakan tidak masalah pada anus anaknya.

o) Muskuloskeletal

MMT :

5		5
<hr/>		
5		5

12) Pemeriksaan Diagnostik Lainnya

a) Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan Laboratorium Tanggal 23 November 2019

Hasil Laboratorium

No	Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Unit
Hematologi				
1	Leukosit	15.65	4.50 – 14.50	$10^3/\mu\text{L}$
2	Eritrosit	5.14	4.00 – 5.20	$10^6/\mu\text{L}$
3	Hemoglobin	14.2	14.0 – 18.0	g/dL
4	Hematokrit	43.1	35.0 – 45.0	%
5	PLT	390	150 - 450	$10^3/\mu\text{L}$

b) Pemeriksaan Rontgen

Kesimpulan : memberi kesan tumor intratrikular dekstra

13) Program Terapi dan cairan

Tanggal 22 November 2019

a) Terapi Pemberian Infus

Infus Ringer Laktat via IV → 20 Tpm

b) Terapi Pemberian Obat Injeksi

Injeksi ceftriaxone 500 mg/12 jam/ IV

Injeksi santagesik ¼ amp/12 jam/IV

Analisa Data

No	Data Penunjang	Kemungkinan Penyebab	Masalah
1.	<p>Ds : Ibu klien mengatakan anaknya nyeri pada bagian telinga kanan</p> <p>Do :</p> <p>P : Nyeri terasa didaerah telinga kanan</p> <p>Q : Nyeri seperti di tusuk-tusuk</p> <p>R : hilang timbul</p> <p>S : Skala nyeri wong baker 4</p> <p>T : Nyeri bertambah saat beraktifitas dan saat tidur</p> <p>TTV :</p> <p>TD : 100/80 mm/H</p> <p>P : 24 x/m</p> <p>N : 85 x/m</p> <p>S : 36,8 °c</p>	Agens Cedera Fisik	Nyeri Akut
2.	<p>Ds : Ibu klien mengatakan ada benjolan di bawah telinga kanan</p> <p>Do :</p> <p>IVFD terpasang</p> <p>Ringer Laktat via IV → 20 Tpm</p> <p>Leukosit : 15.65 µL</p> <p>Lingkungan tempat tidur kurang bersih</p>	Imunosupresi	Resiko Infeksi
3.	<p>Ds : Ibu mengatakan anaknya selalu takut dan cemas bila akan dilakukan tindakan pemasangan infus maupun pemberian obat melalui infus</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terlihat tegang ketika ada perawat datang - Klien terlihat menundukkan kepala ketika perawat datang - Klien menangis ketika didekati perawat 	Hospitalisasi	Ansietas

Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN (NOC)	INTERVENSI (NIC)
1.	<p>Nyeri akut (D;12,K;1)</p> <p>Definisi : pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan actual atau potensial atau yang di gambarkan sebagai kerusakan, awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau di prediksi</p> <p>Batasan karakteristik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan tentang intensitas standar menggunakan standar skala nyeri • Ekspresi wajah nyeri • Perubahan selera makan <p>Faktor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agens cedera fisik 	<p>kontrol nyeri</p> <p>definisi : tindakan pribadi untuk mengontrol nyeri.</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan terjadi perubahan yang parah (1) menuju baik (5) dengan indicator sebagai berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengenal kapan nyeri (4) • Menggambarkan faktor penyebab (4) • Menggunakan tindakan pengurangan (nyeri) tanpa analgesik (4) • Menggunakan analgesik yang direkomendasikan (4) • Melaporkan perubahan terhadap gejala nyeri pada profesional kesehatan (4) <p>Indikator Skala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak pernah menunjukkan 2. Jarang menunjukkan 3. Kadang-kadang menunjukkan 4. Sering menunjukkan 5. Secara konsisten menunjukkan 	<p>. Manajemen nyeri</p> <p>Definisi : pengurangan atau reduksi nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat di terima.</p> <p>Aktifitas :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus 1.2Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri 1.3Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien

<p>2.</p>	<p>Resiko infeksi (00004) Domain 11 (keamanan / perlindungan) Kelas 1 (infeksi)</p> <p>Definisi : Peningkatan resiko masuknya organisme patogen</p> <p>Faktor-faktor resiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prosedur Infasif • Ketidacukupan pengetahuan untuk menghindari paparan patogen • Trauma • Kerusakan jaringan dan peningkatan paparan lingkungan • Ruptur membran amnion • Agen farmasi (imunopresan) • Malnutrisi • Peningkatan paparan lingkungan patogen • Imonusupresi • Ketidakadekuatan imun buatan • Tidak adekuat pertahanan sekunder (penurunan Hb, Leukopenia, penekanan respon inflamasi) 	<p>Kontrol resiko (1902)</p> <p>Definisi : Tindakan individu untuk mengerti, mencegah, mengeliminasi atau mengurangi ancaman infeksi</p> <p>Klien dan keluarga mampu menunjukkan kemampuan mencegah infeksi dalam waktu 3 x 24jam dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi faktor risiko infeksi (4) • Mengetahui perilaku yang berhubungan dengan risiko infeksi (4) • Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi (4) • Mempertahankan lingkungan yang bersih (4) • Mencuci tangan (4) <p>Indikator skala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak pernah menunjukkan 2. Jarang menunjukkan 3. Kadang-kadang menunjukkan 4. Sering menunjukkan Secara konsisten menunjukkan 5. Secara konsisten menunjukkan 	<p>Kontrol Infeksi (6540)</p> <p>Definisi : Meminimalkan perolehan dan transmisi dari agen infeksius</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain 2.2 Pertahankan teknik isolasi 2.3 Batasi pengunjung bila perlu 2.4 Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien 2.5 Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan 2.6 Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan 2.7 Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung 2.8 Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat 2.9 Berikan terapi antibiotik bila perlu
-----------	---	--	---

<p>3.</p>	<p>Ansietas (00146) Domain 9 (koping / toleransi stress), Kelas 2 (respon koping) Definisi: Perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar di sertai respon automom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu); perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan memampukan individu untuk bertindak menghadapi ancaman.</p> <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konflik tentang tujuan hidup • Paparan toxin • Perubahan besar (mis:status ekonomi, lingkungan, status kesehatan, fungsi peran, status peran) • Ancaman terhadap status saat ini 	<p>Kontrol diri terhadap kecemasan (1402) Definisi : Tindakan pribadi untuk menghilangkan atau mengurangi rasa ketakutan, ketegangan, atau kegelisahan dari sumber yang tidak dapat diidentifikasi Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam ansietas klien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor intensitas kecemasan (4) • Penurunan stimuli lingkungan saat cemas (4) • Berusaha menginformasikan penurunan cemas (4) • Menggunakan coping strategis yang efektif (4) • Kontrol respon kecemasan (4) <p>Indikator Skala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak pernah ditunjukkan 2. Jarang ditunjukkan 3. Kadang ditunjukkan 4. Sering ditunjukkan 5. Selalu ditunjukkan 	<p>Anxiety Reduction (5820) (penurunan kecemasan) Definisi : Meminimalkan temuan, ketakutan, firasat, atau kegelisahan berkaitan dengan sumber tak dikenal untuk mengantisipasi bahaya</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1Gunakan pendekatan yang menenangkan 3.2Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien 3.3Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur 3.4 Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut 3.5Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis 3.6Libatkan keluarga untuk mendampingi klien 3.7Instruksikan pada pasien untuk menggunakan tehnik relaksasi 3.8Dengarkan dengan penuh perhatian 3.9Identifikasi tingkat kecemasan
-----------	---	--	--

Implementasi dan evaluasi keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Hari/Tgl	Jam	Implementasi	Evaluasi															
1.	Nyeri akut	Kamis, 21 Nov 2019	14.00 Wita	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian nyeri : lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri EP : P : Nyeri terasa didaerah telinga kanan Q : Nyeri seperti di tusuk-tusuk R : hilang timbul S : Skala nyeri wong baker 4 T : Nyeri bertambah saat beraktifitas dan saat tidur 2. Mengidentifikasi skala nyeri pasien EP :Skala nyeri pasien berdasarkan wong-baker : 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 	<p>S :</p> <p>P : Nyeri terasa didaerah telinga kanan</p> <p>Q : Nyeri seperti di tusuk-tusuk</p> <p>R : hilang timbul</p> <p>S : Skala nyeri wong baker 4</p> <p>T : Nyeri bertambah saat beraktifitas dan saat tidur</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - Klien gelisah - Klien terlihat sesekali memegangi telinga kanan yang sakit - Skala nyeri wong-baker : 4 <p>A : Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="1079 909 1424 1157" style="margin-left: 20px;"> <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 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
indikator	Awal	Target																		
Mengeluhkan nyeri	2	4																		
meringis	2	4																		
gelisah	2	4																		
Berfokus pada diri sendiri	3	4																		

				<p>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>																					
2.	Resiko Infeksi	Kamis, 21 Nov 2019	14.30 wita	<p>1. membersihkan lingkungan setelah dipakai dengan pasien lain EP : lingkungan klien bersih</p> <p>2. membatasi pengunjung yang berada dikamar klien EP : pengunjung pasien dibatasi</p> <p>3. mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah melakukan tindakan pada klien EP : perawat mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan</p> <p>4. mengajarkan klien cara cuci tangan 6 langkah dengan benar EP : klien hanya melihat belum mau iut meragakan</p> <p>5. menganjurkan klien untuk makan dan minum yang banya EP : klien</p>	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - lingkungan pasien bersih - pengunjung dibatasi - petugas mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan - lingkungan klien bersih dari sumber infeksi <p>A : masalah risiko infeksi teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>indikator</th> <th>awal</th> <th>target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mencari informasi terkait kontrol infeksi</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</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	indikator	awal	target	Akhir	Mencari informasi terkait kontrol infeksi	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	3	4	4
indikator	awal	target	Akhir																						
Mencari informasi terkait kontrol infeksi	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	3	4	4																						

				menghabiskan porsi makanannya.	<table border="1"> <tr> <td>infeksi</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </table> <p>P : Pertahankan intervensi 2.1 monitor adanya tanda dan gejala infeksi 2.2 cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien 2.3 batasi jumlah pengunjung</p>	infeksi				Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi	3	4	4																
infeksi																													
Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi	3	4	4																										
3.	Ansietas	Kamis, 21 Nov 2019	14.40 Wita	<ol style="list-style-type: none"> menggunakan pendekatan yang dapat menenangkan klien, dengan Teknik BHSP EP : berbicara lembut pada klien, bertanya pada klien nanum klien belum mau menjawab . mengidentifikasi tingkat kecemasan klien berdasarkan HARS dengan score 34 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 mengidentifikasi terapi untuk klien EP : perawat memilih terapi 	<p>S : orang tua klien mengatakan anaknya masih takut dan cemas belum berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien masih gelisah - klien masih takut ketika perawat datang - orang tua klien selalu menemani anaknya - klien belum kooperatif - klien tegang ketika ditanya perawat - tingkat kecemasan klien berdasarkan HARS tingkat berat dengan Score 34 <p>A : masalah ansietas belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indiator</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>akhir</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> <p>P : lanjutkan intervensi 3.1 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 3.2 Identifikasi tingkat kecemasan</p>	Indiator	Awal	Target	akhir	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	Target	akhir																										
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>bermain (senam otak)</p> <p>5. membantu klien/orang tua mengenal situasi yang dapat menimbulkan cemas</p> <p>EP : klien merasa cemas ketika mau diberikan injeksi obat.</p>	<p>3.3 Dorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat</p> <p>3.4 Identifikasi pilihan teknik distraksi yang diinginkan</p> <p>3.5 Gunakan teknik distraksi (Senam Otak)</p> <p>3.6 Anjurkan berlatih teknik distraksi</p> <p>3.7 Puji/kuatkan perilaku yang baik secara tepat</p>
--	--	--	--	--	---

No	Diagnosa keperawatan	Hari/Tgl	Jam	Implementasi	Evaluasi																				
1.	Nyeri akut	Jumat, 22 Nov 2019	15.00 Wita	<p>1. Melakukan pengkajian nyeri : lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>EP :</p> <p>P : Nyeri terasa didaerah telinga kanan</p> <p>Q : Nyeri seperti di tusuk-tusuk</p> <p>R : hilang timbul</p> <p>S : Skala nyeri wong baker 3</p> <p>T : Nyeri bertambah saat beraktifitas dan saat tidur</p> <p>2. Mengidentifikasi skala nyeri pasien</p> <p>EP :Skala nyeri pasien berdasarkan wong-baker : 3</p>	<p>S :</p> <p>P : Nyeri terasa didaerah telinga kanan</p> <p>Q : Nyeri seperti di tusuk-tusuk</p> <p>R : hilang timbul</p> <p>S : Skala nyeri wong baker 3</p> <p>T : Nyeri bertambah saat beraktifitas dan saat tidur</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - Klien gelisah - Klien terlihat sesekali memengangi telinga kanan yang sakit - Skala nyeri wong-baker : 3 <p>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>indikator</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mengelu hkan nyeri</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Berfokus pada diri sendiri</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	indikator	Awal	Target	Akhir	Mengelu hkan nyeri	2	4	3	Meringis	2	4	3	Gelisah	2	4	3	Berfokus pada diri sendiri	3	4	4
indikator	Awal	Target	Akhir																						
Mengelu hkan nyeri	2	4	3																						
Meringis	2	4	3																						
Gelisah	2	4	3																						
Berfokus pada diri sendiri	3	4	4																						

				<p>3. Mengobservasi reaksi nonverbal pasien</p> <p>EP :Klien terlihat meringis</p> <p>4. Mengajarkan pasien Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri</p> <p>EP : mengajari pasien untuk latihan nafas dalam apabila nyeri timbul kembali</p> <p>5. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan</p> <p>EP : klien terlihat nyaman</p> <p>6. Meningkatkan istirahat dan tidur klien</p> <p>EP : klien dapat beristirahat dan tidur dengan nyaman</p>	<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>
2.	Resiko Infeksi	Jumat, 22 Nov 2019	15.30 wita	<p>1. membersihkan lingkungan setelah dipakai dengan pasien lain</p> <p>EP : lingkungan klien bersih</p> <p>2. membatasi pengunjung yang berada dikamar</p>	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - lingkungan pasien bersih - pengunjung dibatasi - petugas mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan - lingkungan klien bersih dari

				<p>klien</p> <p>EP : pengunjung pasien dibatasi</p> <p>3. mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah melakukan tindakan pada klien</p> <p>EP : perawat mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan</p> <p>4. mengajarkan klien cara cuci tangan 6 langkah dengan benar</p> <p>EP : klien hanya melihat belum mau ikut meragakan</p> <p>5. menganjurkan klien untuk makan dan minum yang banyak</p> <p>EP : klien menghabiskan porsi makanannya.</p>	<p>sumber infeksi</p> <p>A : masalah risiko infeksi teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>indikator</th> <th>awal</th> <th>target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mencari informasi terkait control infeksi</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Menidentifikasi factor risiko 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 dilingkungan 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> <p>P : Pertahankan intervensi</p> <p>2.1 monitor adanya tanda dan gejala infeksi</p> <p>2.2 cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien</p> <p>2.3 batasi jumlah pengunjung</p> <p>S : orang tua klien mengatakan anaknya masih takut dan cemas sudah berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - gelisah klien berkurang - kontak mata sudah ada - klien masih takut ketika perawat datang - orang tua klien selalu menemani 	indikator	awal	target	Akhir	Mencari informasi terkait control infeksi	3	4	4	Menidentifikasi factor risiko infeksi	3	4	4	Mengetahui konsekuensi terkait infeksi	3	4	4	Memonitor factor dilingkungan yang berhubungan dengan risiko infeksi	3	4	4	Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi	3	4	4
indikator	awal	target	Akhir																										
Mencari informasi terkait control infeksi	3	4	4																										
Menidentifikasi factor risiko infeksi	3	4	4																										
Mengetahui konsekuensi terkait infeksi	3	4	4																										
Memonitor factor dilingkungan yang berhubungan dengan risiko infeksi	3	4	4																										
Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi	3	4	4																										
3.	Ansietas	Jumat, 22 Nov 2019	15.40 Wita	<p>1. menggunakan pendekatan yang dapat menenangkan klien, dengan Teknik BHSP</p> <p>EP : berbicara lembut pada klien, bertanya pada klien</p>																									

				<p>nanum klien belum mau menjawab .</p> <p>2. mengidentifikasi tingkat kecemasan klien berdasarkan HARS dengan score 28</p> <p>3. menganjurkan orang tua untuk damping klien dengan cara yang tepat untuk mengurangi rasa takut</p> <p>EP : orang tua selalu berada didekat klien. Pada saat klien takut untuk dilakukan tindakan</p> <p>4. mengidentifikasi terapi untuk klien</p> <p>EP : perawat memilih terapi bermain (senam otak)</p> <p>5. membantu klien/orang tua mengenal situasi yang dapat menimbulkan cemas</p> <p>EP : klien merasa cemas ketika mau diberikan injeksi obat.</p>	<p>anakny</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien sudah kooperatif - klien masih tegang ketika ingin dilakukan tindakan - tingkat kecemasan klien berdasarkan HARS tingkat sedang dengan Score 28 <p>A : masalah ansietas teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>indiator</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Perilaku gelisah</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Verbilisasi kebingungan</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kontak mata</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</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> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>3.1 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>3.2 Identifikasi tingkat kecemasan</p> <p>3.3 Dorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat</p> <p>3.4 Identifikasi pilihan teknik distraksi yang diinginkan</p> <p>3.5 Gunakan teknik distraksi (Senam Otak)</p> <p>3.6 Anjurkan berlatih teknik distraksi</p> <p>3.7 Puji/kuatkan perilaku yang baik secara tepat</p>	indiator	Awal	Target	akhir	Perilaku gelisah	2	4	3	Verbilisasi kebingungan	2	4	3	Kontak mata	2	4	3	Konsentrasi	3	4	3	Pola tidur	3	5	3
indiator	Awal	Target	akhir																										
Perilaku gelisah	2	4	3																										
Verbilisasi kebingungan	2	4	3																										
Kontak mata	2	4	3																										
Konsentrasi	3	4	3																										
Pola tidur	3	5	3																										

No	Diagnosa keperawatan	Hari/Tgl	Jam	Implementasi	Evaluasi																
1	Nyeri akut	Sabtu, 23 Nov 2019	10.00 Wita	<p>1. Melakukan pengkajian nyeri : lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>EP :</p> <p>P : Nyeri terasa didaerah telinga kanan</p> <p>Q : Nyeri seperti di tusuk-tusuk</p> <p>R : hilang timbul</p> <p>S : Skala nyeri wong baker 2</p> <p>T : Nyeri bertambah saat beraktifitas dan saat tidur</p> <p>2. Mengidentifikasi skala nyeri pasien</p> <p>EP :Skala nyeri pasien berdasarkan wong-baker : 2</p> <p>3. Mengobservasi reaksi nonverbal pasien</p>	<p>S :</p> <p>P : Nyeri terasa didaerah telinga kanan</p> <p>Q : Nyeri seperti di tusuk-tusuk</p> <p>R : hilang timbul</p> <p>S : Skala nyeri wong baker 2</p> <p>T : Nyeri bertambah saat beraktifitas dan saat tidur</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tenang - Klien terlihat sesekali memegang telinga kanan yang sakit - Skala nyeri wong-baker : 2 <p>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <table border="1" data-bbox="1068 1381 1468 1787"> <thead> <tr> <th data-bbox="1068 1381 1166 1486">indikator</th> <th data-bbox="1166 1381 1279 1486">Awal</th> <th data-bbox="1279 1381 1354 1486">Target</th> <th data-bbox="1354 1381 1468 1486">Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1068 1486 1166 1633">Mengungkapkan nyeri</td> <td data-bbox="1166 1486 1279 1633">2</td> <td data-bbox="1279 1486 1354 1633">4</td> <td data-bbox="1354 1486 1468 1633">3</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1068 1633 1166 1709">meringis</td> <td data-bbox="1166 1633 1279 1709">2</td> <td data-bbox="1279 1633 1354 1709">4</td> <td data-bbox="1354 1633 1468 1709">4</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1068 1709 1166 1787">gelisah</td> <td data-bbox="1166 1709 1279 1787">2</td> <td data-bbox="1279 1709 1354 1787">4</td> <td data-bbox="1354 1709 1468 1787">4</td> </tr> </tbody> </table>	indikator	Awal	Target	Akhir	Mengungkapkan nyeri	2	4	3	meringis	2	4	4	gelisah	2	4	4
indikator	Awal	Target	Akhir																		
Mengungkapkan nyeri	2	4	3																		
meringis	2	4	4																		
gelisah	2	4	4																		

				<p>EP :Klien terlihat tidak meringis</p> <p>4. Mengajarkan pasien Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri</p> <p>EP : mengajari pasien untuk latihan nafas dalam apabila nyeri timbul kembali</p> <p>5. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan</p> <p>EP : klien terlihat nyaman</p> <p>6. Meningkatkan istirahat dan tidur klien</p> <p>EP : klien dapat beristirahat dan tidur dengan nyaman</p>	<table border="1"> <tr> <td>Berfokus pada diri sendiri</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </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</p> <p>terapeutik :</p> <p>1.4 berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>1.5 kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>1.6 fasilitas istirahat dan tidur</p>	Berfokus pada diri sendiri	3	4	4
Berfokus pada diri sendiri	3	4	4						

2	Resiko Infeksi	Sabtu, 23 Nov 2019	10.30 wita	<p>1. membersihkan lingkungan setelah dipakai dengan pasien lain EP : lingkungan klien bersih</p> <p>2. membatasi pengunjung yang berada dikamar klien EP : pengunjung pasien dibatasi</p> <p>3. mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah melakukan tindakan pada klien EP : perawat mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan</p> <p>4. mengajarkan klien cara cuci tangan 6 langkah dengan benar EP : klien hanya melihat belum mau ikut meragakan</p> <p>5. menganjurkan klien untuk makan dan minum yang banyak EP : klien menghabiskan porsi makanannya.</p>	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - lingkungan pasien bersih - pengunjung dibatasi - petugas mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan - lingkungan klien bersih dari sumber infeksi <p>A : masalah risiko infeksi teratasi</p> <table border="1" data-bbox="1068 779 1466 1810"> <thead> <tr> <th>indikator</th> <th>awal</th> <th>target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mencari informasi terkait control infeksi</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Midentifikasi 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> </tbody> </table>	indikator	awal	target	Akhir	Mencari informasi terkait control infeksi	3	4	4	Midentifikasi 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
indikator	awal	target	Akhir																						
Mencari informasi terkait control infeksi	3	4	4																						
Midentifikasi 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																						

					<table border="1"> <tr> <td>Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </table> <p>P : Pertahankan intervensi 2.1 monitor adanya tanda dan gejala infeksi 2.2 cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien 2.3 batasi jumlah pengunjung</p>	Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi	3	4	4								
Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi	3	4	4														
3	Ansietas	Sabtu, 23 Nov 2019	10.40 Wita	<p>1. menggunakan pendekatan yang dapat menenangkan klien, dengan Teknik BHSP EP : berbicara lembut pada klien, bertanya pada klien namun klien belum mau menjawab . 2. mengidentifikasi tingkat kecemasan klien berdasarkan HARS dengan score 23 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</p>	<p>S : orang tua klien mengatakan anaknya masih takut dan cemas sudah berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - gelisah klien berkurang - kontak mata sudah ada - klien masih takut ketika perawat datang - orang tua klien selalu menemani anaknya - klien sudah kooperatif - klien masih tegang ketika ingin dilakukan tindakan - tingkat kecemasan klien berdasarkan HARS tingkat sedang dengan Score 23 <p>A : masalah ansietas teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>indiator</th> <th>Awal</th> <th>TARGET</th> <th>akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Perilaku gelisah</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi kebingu</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	indiator	Awal	TARGET	akhir	Perilaku gelisah	2	4	3	Verbalisasi kebingu	2	4	3
indiator	Awal	TARGET	akhir														
Perilaku gelisah	2	4	3														
Verbalisasi kebingu	2	4	3														

				<p>dilakukan tindakan</p> <p>4. mengidentifikasi terapi untuk klien</p> <p>EP : perawat memilih terapi bermain (senam otak)</p> <p>5. membantu klien/orang tua mengenal situasi yang dapat menimbulkan cemas</p> <p>EP : klien merasa cemas ketika mau diberikan injeksi obat.</p>	<table border="1"> <tr> <td>ngan</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kontak mata</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Konsentrasi</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Pola tidur</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>3.1 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>3.2 Identifikasi tingkat kecemasan</p> <p>3.3 Dorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat</p> <p>3.4 Identifikasi pilihan teknik distraksi yang diinginkan</p> <p>3.5 Gunakan teknik distraksi (Senam Otak)</p> <p>3.6 Anjurkan berlatih teknik distraksi</p>	ngan				Kontak mata	2	4	4	Konsentrasi	3	4	4	Pola tidur	3	5	3
ngan																					
Kontak mata	2	4	4																		
Konsentrasi	3	4	4																		
Pola tidur	3	5	3																		

