

LAMPIRAN



YAYASAN BADAN WAKAF SULTAN AGUNG
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG (UNISSULA)
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Jl. Raya Kaligawe Km. 4 Po Box. 1054 Telp. (024) 6583584 psw 266, 6581278 Semarang 50112

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Nomor : 168/ F.D3 / FIK-SA / V / 2018
Lamp : - Lembar
Perihal : Permohonan Ijin Pengambilan Data

Kepada Yth.
Direktur RS Islam Sultan Agung Semarang
Di
Semarang

Assalamu'alaikum Wr Wb

Berkenaan dengan tugas penyusunan karya tulis ilmiah mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang, untuk itu kami mohon ijin mahasiswa Sbb :

Nama : Devi Setyorini Iskhabita
NIM : 48933201635
Semester : VI

Untuk melakukan pengambilan data di RS Islam Sultan Agung Semarang mulai Tanggal 5 – 16 Maret 2018

Demikian Permohonan ini kami buat, Atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Billahittaufiq Wal Hidayah,
Wassalamu'alaikum Wr Wb.

Semarang, 8 Ramadhan 1439 H
24 Mei 2018 M

Universitas Islam Sultan Agung
Fakultas Ilmu Keperawatan
Prodi D-III Keperawatan

Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep
Ka.Prodi

Lampiran 2 Persetujuan Menjadi Responden

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama Inisial :

Jenis Kelamin :

Umur :

Setelah mendapatkan penjelasan tentang maksud dan tujuan studi kasus ini, dengan ini saya menyatakan bersedia menjadi responden yang akan dilakukan oleh saudari Devi Setyorini Iskhabita mahasiswa jurusan D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang dengan studi kasus yang berjudul **“Penerapan Terapi Bermain Puzzle Terhadap Kecemasan Pada Anak Hospitalisasi”**

Saya memahami bahwa studi kasus ini tidak akan berakibat buruk terhadap saya. Oleh karena itu saya bersedia menjadi responden dalam studi kasus ini.

Semarang, 8 Maret 2018

Responden

()

Lampiran 3 Kuesioner Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) Preschool Parent Report

Kuesioner Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) Preschool Parent Report

Berikut adalah daftar item yang menggambarkan anak-anak. Untuk setiap item harap (V) jawaban yang paling tepat menggambarkan anak Anda. Tolong (V) 4 jika itemnya sangat sering benar, 3 jika itemnya cukup sering benar, 2 jika item itu kadang benar, 1 jika item itu jarang benar atau jika tidak benar pada semua 0. Total 112 skor dan dengan rentang skor kecemasan sebagai berikut : ringan (skor < 28), sedang (skor 28-56), berat (skor 57-84), dan sangat berat atau panik (skor >85).

Skor	0	1	2	3	4
1. Memiliki kesulitan menghentikan dirinya dari kekhawatiran					
2. Kekhawatiran bahwa dia akan melakukan sesuatu untuk terlihat bodoh di depan orang lain					
3. Terus periksa apakah dia telah melakukan hal yang benar (misalnya, dia menutup pintu, mematikan keran)					
4. Apakah tegang, gelisah atau mudah tersinggung karena mengkhawatirkan					
5. Apakah takut meminta bantuan orang dewasa (mis., Prasekolah atau guru sekolah)					
6. Apakah enggan untuk pergi tidur tanpa Anda atau untuk tidur jauh dari rumah					
7. Apakah takut ketinggian (tempat tinggi)					
8. Sulit tidur karena khawatir					
9. Mencuci tangan berkali-kali setiap hari					
10. Takut ramai atau tertutup di tempat					
11. Takut bertemu atau berbicara dengan orang yang tidak dikenal					
12. Khawatir bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada orang tuanya					
13. Apakah takut badai Guntur					

14. Menghabiskan sebagian besar setiap hari mengkhawatirkan berbagai hal.					
15. Tak takut berbicara di depan kelas (kelompok prasekolah) mis., tunjukkan dan katakana					
16. Khawatir bahwa sesuatu yang buruk mungkin terjadi padanya(misalnya, tersesat atau diculik), sehingga dia tidak dapat melihat Anda lagi					
17. Apakah gugup pergi berenang					
18. Harus memiliki hal-hal yang tepat dalam urutan atau posisi yang tepat untuk menghentikan hal-hal buruk terjadi					
19. Kekhawatiran bahwa dia akan melakukan sesuatu yang memalukan di depan orang lain					
20. Takut serangga dan / atau laba-laba					
21. Memiliki pemikiran atau gambar buruk atau konyol yang terus berulang-ulang					
22. Menjadi sedih karena Anda meninggalkannya di sekolah prasekolah / sekolah atau dengan pengasuh anak					
23. Takut untuk pergi ke kelompok anak-anak dan bergabung dengan kegiatan mereka					
24. Takut anjing					
25. Apakah mimpi buruk tentang berpisah denganmu					
26. Takut gelap					
27. Harus terus memikirkan pemikiran khusus (mis., Angka atau kata) untuk menghentikan hal buruk terjadi					
28. Meminta jaminan bila tidak perlu					

Lampiran 4 Surat Keterangan Konsultasi

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ns. Herry Susanto, MAN

NIDN : 06-1306-8502

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing KTI atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut:

Nama : Devi Setyorini Iskhaita

NIM : 48933201635

Judul KTI : Penerapan Terapi Bermain Puzzle Terhadap Kecemasan Pada Anak Hospitalisasi Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

Menyatakan bahwa mahasiswa seperti yang disebutkan di atas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 6 Maret 2018 sampai dengan bertempat di Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 11 Mei 2018

Pembimbing

Ns. Herry Susanto, MAN

NIDN. 06-1306-8502

Lampiran 5 Surat Kesediaan Membimbing

SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ns. Herry Susanto, MAN

NIDN : 06-1306-8502

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing pembuatan Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan Unissula Semarang, sebagai berikut:

Nama : Devi Setyorini Iskhabela

NIM : 48933201635

Judul KTI : Penerapan Terapi Bermain Puzzle Terhadap Kecemasan Pada Anak Hospitalisasi Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 11 Mei 2018

Pembimbing



Ns. Herry Susanto, MAN

NIDN. 06-1306-8502

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYATULIS ILMIAH MAHASISWA
PRODI DIII KEPERAWATAN

FIK UNISSULA

2018

NAMA MAHASISWA : Devi Setyorini Iskhabita
JUDUL KTI : PENERAPAN TERAPI BERMAIN PUEZIE TERHADAP
KECEMASAN PADA ANAK HOSPITALISASI DI RUANG
BAGUNISSA 1 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
PEMIMBING : Ns. Herry Susanto, MAN

HARI/TANGGAL	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
6 Maret 2018 Selasa	Konsultasi Judul		
Kamis 8 Maret 2018	Konsultasi BAB I		
Senin 12 Maret 2018	Konsultasi & revisi BAB I & BAB II		
Kamis 15 Maret 2018	ACC BAB I revisi BAB II		
Kamis 22, Maret 2018	Konsultasi BAB II	lanjut bab 3.	

Senin 26, Maret 2018	Revisi BAB 2 Konsul BAB 3 dan 4	Revisi bab 2. 3. 1.	
Rabu 4 April, 2018	Revisi Bab 2, 3 dan 4	Tambahan liter pretasi becekman Revisi pembahasan.	
Jum'at 13 April 2018	Revisi Bab 2, 3 dan 4.	Revisi pembahasan.	
Selasa 24 April 2018	Revisi Pembahasan	Finishing lengkap paper	
Jum'at 4 Mei 2018	Bab 5 - 6	Acc.	

ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. S
DENGAN KECEMASAN PADA HOSPITALISASI
DI RUANG BAITUNISSA 1

I. IDENTITAS DATA

A. Klien

Nama : An. S
Usia : 6 Tahun
Pendidikan : TK
Alamat : Demak
Agama : Islam
Tanggal masuk : 7 Maret 2018
No CM : 01344581
Dx Medis : DHF

B. Penanggung jawab

Nama Ibu : Ny. S
Pekerjaan : Ibu rumah tangga
Pendidikan : SMA
Agama : Islam
Alamat : Demak
Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia

II. KELUHAN UTAMA

Pasien mengatakan takut dirawat di rumah sakit.

III. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

Ny. S mengatakan anaknya panas sudah 1 minggu , pasien dibawa ke dokter keluarga dan diberi obat, panas hilang timbul. Setelah obat habis pasien belum sembuh dan dibawa ke Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Kemudian An. S dirawat inap di ruang baitunisa 1 untuk dilakukan perawatan.

IV. RIWAYAT MASA LAMPAU

1. Prenatal

Selama kehamilan, ibu tidak pernah menderita penyakit yang serius dan selama hamil ibu telah memeriksakannya ke bidan yang terdekat.

2. Natal

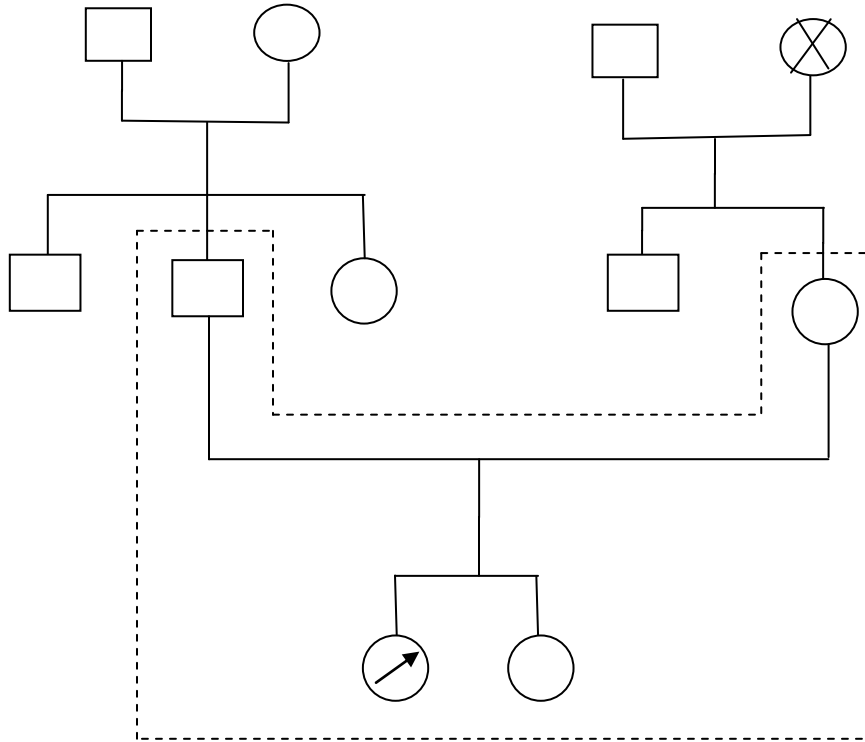
Pasien dilahirkan di bidan terdekat dengan pervaginam atau normal pada kelahiran umur 9 bulan dengan berat badan 3200 gram.

3. Post natal

Pada saat lahir keadaan tubuh bayi normal, tidak ada kelainan.

V. RIWAYAR KELUARGA

1. Susunan keluarga (3 generasi)



Keterangan :



: Laki – laki



: Perempuan



: Klient



: Meninggal

.....

: Tinggal serumah

2. Ny. S mengatakan jika Ny. S dan suaminya tidak memiliki riwayat darah

tinggi dan gula. Sedangkan ibunya Ny. S memiliki riwayat sakit jantung.

VI. RIWAYAT SOSIAL

Ibu klien mengatakan dalam aktivitas sehari-hari klien termasuk anak yang aktif. Dan dapat bersosialisasi dengan teman sebangkunya.

VII. RIWAYAT KESEHATAN SAAT INI

Pasien di diagnosa medis Dengue Hemoragic Fever tindakan medis diberi paracetamol.

VIII. PENGKAJIAN POLA FUNGSIONAL GORDON

1. Persepsi kesehatan atau penanganan kesehatan

Sebelum dirawat Ny. S dan keluarga menganggap An. S hanya sakit biasa dan ketika ada keluhan An. S langsung dibawa ke layanan kesehatan terdekat. Selama dirawat Ny. S dan keluarga sudah memahami apa penyakitnya setelah dijelaskan oleh dokter dan perawat.

2. Nutrisi atau metabolik

Ny. S mengatakan sebelum dirawat An. S makan sehari 3x dengan porsi 1 piring dengan makanan meliputi nasi, lauk pauk, sayur, dan air minum sebanyak kurang lebih 5-6 gelas per hari. Selama dirawat Ny. S mengatakan An. S makan hanya habis setengah porsi makan dengan diit nasi tim dan minumannya tidak terlalu banyak hanya 3-4 gelas perhari.

3. Eliminasi

Ny. S mengatakan sebelum dirawat An. S BAB 1 kali sehari , dan BAK kurang lebih 5-6 kali sehari dengan warna jernih. Selama dirawat An. S belum BAB selama satu hari, dan BAK kurang lebih 4 sampai 5 kali sehari.

4. Pola aktivitas dan latihan

Ny. S mengatakan sebelum disakit dan dirawat An. S melakukan aktivitas sebagai pelajar di sekolah TK, anaknya aktif dan mudah bergaul dengan teman-temannya. Selama dirawat An. S tampak berbaring di tempat tidur, Ny. S mengatakan kurang bisa beraktivitas karena badannya masih lemas

5. Pola tidur dan istirahat

Ny. S mengatakan sebelum dirawat An. S tidur cukup mulai jam 20.00-06.00. Selama dirawat Ny. S mengatakan An. S tidur siang ± 2 jam dan tidur malam pukul 20.00-05.00 WIB .

6. Kognitif dan perseptual

Ny. S mengatakan sebelum dirawat atau selama dirawat anaknya tidak mengalami penurunan penglihatan maupun pendengaran.

7. Persepsi diri atau konsep diri

Harapan orang tua terhadap An. S adalah semoga An. S cepat sembuh agar cepat pulang ke rumah. Dan An. S dapat melakukan aktivitas lagi.

8. Peran atau hubungan

Ny. S mengatakan bahwa sebelum dirawat An. S adalah orang yang baik, mampu berbaur dengan teman-temannya. Selama dirawat An. S mengatakan takut dirawat di rumah sakit, takut dengan adanya perawat, An. S mengatakan ingin pulang ke rumah dan An. S mengatakan tidak mau disuntik, ketika ditanya perawat bisa menjawab tetapi dengan suara pelan. An. S sangat dekat dengan ibunya.

9. Koping atau toleransi stres

Ny. S mengatakan dalam menghadapi masalah An. S selalu berbicara atau mengadu kepada ibunya.

10. Nilai dan kepercayaan

Ny. S mengatakan bahwa keluarganya beragama islam dan menjalankan sholat lima waktu secara teratur.

IX. PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan umum : composmentis
2. Tanda vital : S : 38,3°C, N : 100x/menit, RR : 20x/menit, berat badan:16kg.
3. Kepala : mesosepal, tidak ada benjolan ataupun lesi, warna rambut hitam, kulit kepala bersih.
4. Mata : simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak memakai alat bantu.
5. Hidung : bentuk simetris, bersih, tidak ada sekret, tidak terpasang oksigen.
6. Telinga : bentuk simetris kanan kiri, bersih, pendengaran baik, tidak menggunakan alat bantu dengar.
7. Mulut : bibir kering, lidah bersih, tidak mengalami kesulitan bicara, tidak mengalami kesulitan mengunyah.
8. Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan, tidak mengalami kesulitan menelan.

9. Dada

Jantung:

Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada lesi

Palpasi : ictus cordis teraba di ICS ke 4

Perkusi : terdengar redup

Auskultasi : irama jantung regular.

Paru-paru:

Inspeksi : perkembangan dada normal atau simetris

Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada dada, vocal
fremitus sama

Perkusi : sonor atau normal

Auskultasi : vesikuler.

10. Abdomen

Inspeksi: tidak ada luka, tidak ada pembengkakan

Auskultasi: terdengar bising usus 12x/menit

Perkusi: bunyi timpani

Palpasi: tidak terdapat nyeri tekan

11. Genetalia: tidak terpasang DC.

12. Ekstermitas atas dan bawah: terpasang infuse pada tangan kiri, kuku

berwarna merah muda, turgor kulit baik, tidak terdapat edema, capillary refill
< 3 detik.

13. Kulit : bersih, warna kulit sawo matang, turgor kulit baik.

X. THERAPY

1. Infuse : Asering 15tpm

2. Injeksi : Glybotic : 2×500 mg
Fartison : 2×35 mg

Sanmol : 200 mg
 Ondan : 3×2 mg
 3. Oral: Triamcinolon : 1,5 mg
 Lapifed : 1/2
 Ceftrizine : 2 mg
 Vestein : 200 mg

XI. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Tanggal pemeriksaan : 10/03/2018 06:11
 Waktu sampling : 10/03/2018 06:12
 Waktu cetak : 10/03/2018 06:16

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN	SATUAN	KETERANGAN
HEMATOLOGY				
Darah Rutin 1				
Hemoglobin	12.4	10.7-14.7	g/dl	
Hematokrit	39.3	33-45	%	
Leukosit	3.56 L	3.8-10.6	ribu/uL	
Trombosit	150 L	184-488	ribu/uL	

XII. ANALISA DATA

Tgl/Jam	Data Fokus	Problem	Etiologi
8/03/18 09.30	Ds : pasien mengatakan takut dirawat di rumah sakit, mengatakan ingin pulang ke rumah, dan pasien mengatakan tidak mau disuntik. Do: pasien tampak lemas, pasien takut saat ada perawat, pasien tampak ingin pulang S: 38,3°C N: 100×/menit RR: 20×/menit	Cemas	Perubahan status kesehatan

XIII. DIAGNOSA

1. Cemas berhubungan dengan perubahan status kesehatan

XIV. INTERVENSI

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Cemas berhubungan dengan perubahan status kesehatan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 7 jam diharapkan kecemasan dapat berkurang dengan kriteria hasil: 1. Vital sign dalam batas normal N: 80-100×/menit S : 36-37,5°c RR : 18-30×/menit 2. Dapat mengendalikan respon kecemasan seperti : a. Bertingkah laku tenang b. Tidak menangis c. Tidak menjerit d. Dapat menyukai lingkungan e. Bergembira 3. Tidak takut dan menghindar adanya tenaga kesehatan	1. Observasi tanda-tanda vital 2. Anamnesa pasien 3. Berikan terapi bermain puzzle 4. Evaluasi respon pasien terhadap kegiatan bermain puzzle	1. Untuk mengetahui perubahan tanda-tanda vital pasien 2. Untuk mengetahui keluhan pasien 3. Untuk mengurangi kecemasan pada pasien 4. Untuk mengetahui respon pasien terhadap

				terapi bermain puzzle
--	--	--	--	-----------------------------

XV. IMPLEMENTASI

Implementasi hari pertama

Tgl/jam	Diagnosa keperawatan	Implementasi	Respon Klien	TTD
08/03/2018 09.40 WIB	Cemas berhubungan dengan perubahan status kesehatan	1. Menganamne sa pasien	DS : pasien mengatakan takut dirawat di rumah sakit, mengatakan ingin pulang ke rumah. DO : pasien tampak lemas, pasien takut saat ada perawat, pasien tampak ingin pulang	
09.45		2. Memberikan terapi bermain puzzle	DS : pasien mengganggu kepala DO : pasien tampak mengganggu kepala dan bermain puzzle dengan tiduran diatas bed	
10.00		3. Menanyakan respon pasien terhadap kegiatan bermain puzzle	DS : pasien mengatakan senang bermain puzzle DO : pasien tidak ada ekspresi dan tampak takut adanya perawat.	

Implementasi hari ke dua

Tgl/jam	Diagnosa keperawatan	Implementasi	Respon Klien	TTD
09/08/2018 10.00 WIB	Cemas berhubungan dengan perubahan status kesehatan	1. Mengobservasi tanda-tanda vital	DS: Pasien mengatakan bersedia untuk diperiksa tanda-tanda vital	

			DO: S: 37,5°C, N: 90×/menit, RR: 21×/menit	
10.05		2. anamnesa pasien	DS: Ibu pasien mengatakan anaknya masih lemas, sempat menangis waktu disuntik. DO: Pasien tampak tiduran dibed dan tampak plester ditangan kanan pasien	
11.00		3. Memberikan terapi bermain puzzle	DS: Pasien mengatakan bersedia bermain puzzle DO: Pasien tampak bermain puzzle dengan posisi bermain duduk dibed dan ditemani ibunya.	
11.15		4. Mengevaluasi respon pasien setelah bermain puzzle	DS: Pasien mengatakan senang bisa bermain puzzle DO: Pasien masih menghindari kontak mata dengan perawat.	

Implementasi hari ke tiga

Tgl/jam	Diagnosa keperawatan	Implementasi	Respon Klien	TTD
10/08/2018 10.00 WIB	Cemas berhubungan dengan perubahan status kesehatan	1. Mengobservasi tanda-tanda vital	DS: Pasien mengatakan bersedia untuk diperiksa tanda-tanda vital DO: S: 36,6°C, N: 90×/menit, RR: 20×/menit	
10.05		2. Anamnesa pasien	DS: Pasien mengatakan badan sudah tidak lemas DO: Pasien tampak berjalan jalan disekitar bangsal	
10.10		3. Memberikan terapi bermain	DS: Pasien mengatakan bersedia bermain puzzle	

		puzzle	DO: pasien tampak memainkan permainan puzzle dengan posisi duduk dibed tanpa ditemani ibunya.	
10.30		4. Mengevaluasi respon pasien setelah bermain puzzle	DS: Pasien mengatakan senang dapat memainkan puzzle DO: Pasien tampak bermain sambil sedikit berbicara, ekspresi wajah pasien tidak ada ekspresi, pasien masih menghindari kontak mata dengan perawat	

XVI. EVALUASI

Tgl/Jam	Diagnosa	Evaluasi	TTD
08/03/2018 10.05 WIB	Cemas berhubungan dengan perubahan status kesehatan	S: Pasien mengatakan takut dirawat dirumah sakit, ingin pulang ke rumah dan pasien menganggukan kepala saat diajak bermain puzzle O: Pasien tampak lemas, pasien takut saat ada perawat, pasien tampak ingin pulang, pasien tampak menganggukkan kepala dan bermain puzzle dengan tiduran diatas bed, pasien tidak ada ekspresi dan tampak takut adanya perawat. P: Masalah belum teratasi A: Lanjutkan intervensi 1. Observasi tanda-tanda vital 2. Anamnesa pasien 3. Berikan terapi bermain puzzle, 4. Evaluasi respon pasien terhadap kegiatan bermain puzzle.	
09/03/2018 11.20 WIB	Cemas berhubungan dengan perubahan status kesehatan	S: Ibu pasien mengatakan anaknya masih lemas, sempat menangis waktu disuntik, dan pasien mengatakan bersedia bermain puzzle. O: tanda-tanda vital, S: 37,5°C, N: 90×/menit, RR: 21×/menit, pasien tampak tiduran dibed tampak plester ditangan kanan pasien, pasien tampak bermain puzzle dengan sedikit berbicara dan pasien masih menghindari kontak	

		mata dengan perawat P: Masalah belum teratasi A: Lanjutkan intervensi 1. Observasi tanda-tanda vital 2. Anamnesa pasien 3. Berikan terapi bermain puzzle, 4. Evaluasi respon pasien terhadap kegiatan bermain puzzle.	
10/03/2018 10.35 WIB	Cemas berhubungan dengan perubahan status kesehatan	S: Pasien mengatakan badan sudah tidak lemas, pasien mengatakan bersedia bermain puzzle. O: tanda-tanda vital, S: 36,6°C, N:90×/menit, RR: 20×/menit, pasien tampak berjalan jalan disekitar bangsal, tampak bermain sambil sedikit berbicara, ekspresi wajah pasien tidak ada ekspresi, pasien masih menghindari kontak mata dengan perawat. P: Masalah belum teratasi A: Lanjutkan intervensi 1. Observasi tanda-tanda vital 2. Anamnesa pasien 3. Berikan terapi bermain puzzle, 4. Evaluasi respon pasien terhadap kegiatan bermain puzzle.	