# PENERAPAN TERAPI BERMAIN *FLASHCARD* DALAM MENURUNKAN KECEMASAN AKIBAT HOSPITALISASI PADA AN. A DENGAN DIAGNOSA LEUKEMIA LIMFOBLASTIK AKUT DI RUANG ADINIS LT.2 RSPAD GATOT SOEBROTO

KARYA TULIS ILMIAH

STIKES RSPAD GATOT SOEBROTO

**Disusun Oleh :**

**AURELIA BRIGITTA**

**NIM 2314401004**

**YAYASAN WAHANA BHAKTI KARYA HUSADA**

**STIKES RSPAD GATOT SOEBROTO**

**PRODI DIII KEPERAWATAN**

**2026**

# PENERAPAN TERAPI BERMAIN *FLASHCARD* DALAM MENURUNKAN KECEMASAN AKIBAT HOSPITALISASI PADA AN. A DENGAN DIAGNOSA LEUKEMIA LIMFOBLASTIK AKUT DI RUANG ADINIS LT.2 RSPAD GATOT SOEBROTO

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RSPAD Gatot Soebroto

STIKES RSPAD GATOT SOEBROTO

**Disusun Oleh :**

**AURELIA BRIGITTA**

**NIM 2314401004**

**YAYASAN WAHANA BHAKTI KARYA HUSADA**

**STIKES RSPAD GATOT SOEBROTO**

**PRODI DIII KEPERAWATAN**

**JAKARTA**

**2026**

## PERNYATAAN TENTANG ORIGINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

| | |
|---|---|
| Nama | : AURELIA BRIGITTA |
| NIM | : 2314401004 |
| Program Studi | : D-III KEPERAWATAN |
| Angkatan | : XXXIX |

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan tindakan plagiat dalam penulisan tugas akhir saya yang berjudul :

**PENERAPAN TERAPI BERMAIN *FLASHCARD* DALAM MENURUNKAN KECEMASAN AKIBAT HOSPITALISASI PADA AN. A DENGAN DIAGNOSA LEUKEMIA LIMFOBLASTIK AKUT DI RUANG ADINIS LT.2 RSPAD GATOT SOEBROTO**

Apabila dikemudian hari saya terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya bersedia menerima sanksi yang ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Jakarta, 05 Mei 2026

Yang menyatakan,




Aurelia Brigitta

NIM. 2314401004

## LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Karya Tulis Ilmiah

# PENERAPAN TERAPI BERMAIN *FLASHCARD* DALAM MENURUNKAN KECEMASAN AKIBAT HOSPITALISASI PADA AN. A DENGAN DIAGNOSA LEUKEMIA LIMFOBLASTIK AKUT DI RUANG ADINIS LT.2 RSPAD GATOT SOEBROTO

Karya Tulis Ilmiah ini telah diperiksa, disetujui dan siap untuk dipertahankan dihadapan tim penguji pada Program Studi D3 Keperawatan STIKES RSPAD Gatot Soebroto

Jakarta, 05 Mei 2026

Menyetujui

Pembimbing

**Ns. Ira Kusumawati M. Kep**

NUPTK. 1039759660230233

# LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

## PENERAPAN TERAPI BERMAIN *FLASHCARD* DALAM MENURUNKAN KECEMASAN AKIBAT HOSPITALISASI PADA AN. A DENGAN DIAGNOSA LEUKEMIA LIMFOBLASTIK AKUT DI RUANG ADINIS LT.2 RSPAD GATOT SOEBROTO

Telah disetujui dan diperiksa, untuk dipertahankan di depan Tim Penguji KTI

Prodi D3 Keperawatan STIKES RSPAD Gatot Soebroto

| Penguji I | Penguji II |
|---|---|
| **Ns. Ira Kusumawati., M. Kep** | **Ns. Titik Setiyaningrum., M. Kep** |
| NUPTK. 1039759660230233 | NUPTK 680764665237082 |

Mengetahui

Ketua STIKES RSPAD Gatot Soebroto

**Dr. Didin Syaefudin, S. Kp, SH., M.A.R.S**

NUPTK 4154744645130090

## RIWAYAT HIDUP



Nama : AURELIA BRIGITTA

Tempat, Tanggal Lahir : Tangerang, 04 Januari 2006

Agama : Kristen

Alamat : Perumahan Taman Kirana Surya Blok K 08 No. 09, RT 005/RW 011, Kel Pasanggrahan, Kec Solear, Kabupaten Tangerang.

Riwayat Pendidikan :

1. TK DEWI FORTUNA Lulus Tahun 2011
2. SDS DAAN MOGOT Lulus Tahun 2017
3. SMPN 04 SOLEAR Lulus Tahun 2020
4. SMKN 09 KABUPATEN TANGERANG Lulus Tahun 2023
5. STIKES RSPAD Gatot Soebroto Lulus Tahun 2026

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa. Atas kasih karunia, penyertaan, dan kemurahan-Nya yang tak terhingga, Penulis diberikan kesehatan, kekuatan, serta hikmat yang melimpah sehingga dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul: **"Penerapan Terapi Bermain *Flashcard* Dalam Menurunkan Kecemasan Akibat Hospitalisasi Pada An. A Dengan Diagnosa Leukemia Limfoblastik Akut Di Ruang Adinis Lt. 2 RSPAD Gatot Soebroto"**. Karya Tulis Ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesikan jenjang pendidikan pada Program Studi Diploma Tiga Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RSPAD Gatot Soebroto. Selama proses penyusunan karya ini, Penulis menyadari sepenuhnya bahwa terselesaikannya tugas akhir ini tidak lepas dari bimbingan, dukungan, serta bantuan tulus dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini dengan segala hormat, Penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. Didin Syaefudin, S.Kep., S.H.,MARS, selaku Ketua STIKES RSPAD Gatot Soebroto, yang telah memberikan kebijakan dan fasilitas kepada Penulis selama menempuh pendidikan di Program Diploma Tiga Keperawatan.
2. Ns. Riza Ginanjar M, S,Kep, M.Kep, selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan, yang telah memberikan kebijakan akademik, serta panduan penulisan Karya Tulis Ilmiah yang diberikan kepada Penulis.
3. Ns. Ira Kusumawati M. Kep, selaku dosen pembimbing yang telah membimbing dengan penuh kesabaran, ketulusan meluangkan waktu di tengah kesibukan, serta dukungan penuh yang telah diberikan kepada Penulis hingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan.
4. Ns. Titik Setyaningrum, M. Kep selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk memberikan saran ataupun masukan untuk Karya Tulis Ilmiah Penulis.

5. Seluruh Dosen dan Civitas Akademika STIKES RSPAD Gatot Soebroto, khususnya para dosen pengajar yang telah membekali Penulis dengan ilmu pengetahuan dan etika profesi selama tiga tahun masa Pendidikan.
6. Kedua Orang tua dan Keluarga, yang merupakan perpanjangan tangan Tuhan dalam hidup Penulis. Penulis sangat amat berterima kasih atas pengorbanan serta ketulusan dalam mengupayakan setiap kebutuhan Penulis selama masa pendidikan..
7. Rekan-rekan seperjuangan Angkatan 39 "TRESNUEVA", yang telah menjadi bagian dari perjalanan yang penuh suka dan duka selama masa Pendidikan, semoga segala perjuangan yang telah dilalui menjadi Langkah awal kesuksesan kita di masa depan.

Kiranya Tuhan Yang Maha Esa membalas setiap ketulusan serta dukungan dari seluruh pihak yang telah membantu dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa karya ini masih memiliki keterbatasan dan jauh dari kata sempurna. Namun demikian, besar doa dan harapan Penulis agar hasil penelitian ini dapat menjadi manfaat serta memberikan kontribusi baru bagi para pembaca dan perkembangan ilmu keperawatan

Jakarta, 05 Mei 2026



Aurelia Brigitta

## HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

## KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik STIKES RSPAD Gatot Soebroto, saya yang bertandatangan di bawah ini:

| | |
|---|---|
| Nama | : Aurelia Brigitta |
| NIM | : 2314401004 |
| Program Studi | : D3 Keperawatan |
| Jenis Karya | : Tugas Akhir |

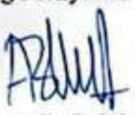
Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada STIKES RSPAD Gatot Soebroto Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**PENERAPAN TERAPI BERMAIN *FLASHCARD* DALAM MENURUNKAN KECEMASAN AKIBAT HOSPITALISASI PADA AN. A DENGAN DIAGNOSA LEUKEMIA LIMFOBLASTIK AKUT DI RUANG ADINIS LT.2 RSPAD GATOT SOEBROTO**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini STIKES RSPAD Gatot Soebroto berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Jakarta, 4 Mei 2026

Yang Menyatakan



Aurelia Brigitta

# ABSTRAK


| | | |
|---|---|---|
| Nama | : | Aurelia Brigitta |
| Program Studi | : | D3 Keperawatan |
| Judul | : | Penerapan Terapi Bermain *Flashcard* Dalam Menurunkan Kecemasan Akibat Hospitalisasi Pada An.A dengan Diagnosa Leukemia Limfoblastik Akut di Ruang Adinis Lt. 2 RSPAD Gatot Soebroto |



**Latar Belakang:** Hospitalisasi akibat penyakit keganasan darah seperti Leukemia Limfoblastik Aku (LLA) memicu krisis emosional yang signifikan berupa ansietas pada anak usia prasekolah. Prosedur pengobatan invasif dan tindakan injeksi berulang di rumah sakit menyebabkan anak menangis, mengalami tremor, takikardia, serta menunjukkan gestur penolakan ekstrem terhadap tenaga kesehatan. Terapi bermain menggunakan media *flashcard* (kartu bergambar) menjadi salah satu alternatif intervensi nonfarmakologis untuk mengalihkan kecemasan anak secara kognitif. **Tujuan:** Menganalisis penerapan terapi bermain *flashcard* dalam menurunkan tingkat kecemasan akibat hospitalisasi pada An. A di RSPAD Gatot Soebroto **Metode**: Studi kasus deskriptif dengan pengumpulan data melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan laboratorium. Intervensi asuhan keperawatan dilakukan selama 3 hari meliputi pengkajian tingkat ansietas, pengelolaan lingkungan, dan pemberian terapi bermain *flashcard* **Hasil**: Setelah dilakukan intervensi keperawatan, terdapat penurunan tanda ansietas yang optimal pada pasien. Anak tampak lebih tenang, ceria, dan kooperatif terhadap tindakan medis. **Kesimpulan:** Penerapan terapi bermain *flashcard* terbukti efektif mereduksi kecemasan hospitalisasi serta meningkatkan adaptasi emosional anak selama menjalani rawat inap.



**Kata Kunci:** Ansietas, *Flashcard*, Hospitalisasi, Leukemia Limfoblastik Akut,

# ABSTRACT


| | | |
|---|---|---|
| *Name* | : | *Aurelia Brigitta* |
| *Study Program* | : | *Diploma III of Nursing* |
| *Title* | : | *The Application of Flashcard Play Therapy in Reducing Hospitalization-Induced Anxiety in An. A with Acute Lymphoblastic Leukemia Diagnosis at Adinis Ward 2nd Floor RSPAD Gatot Soebroto* |



***Background:*** *Hospitalization due to hematological malignancies such as Acute Lymphoblastic Leukemia (LLA) triggers significant emotional crises in the form of anxiety in preschool-aged children. Repeated invasive medical procedures and injection regimens in hospitals cause children to cry, experience tremors, tachycardia, and demonstrate extreme behavioral refusal toward healthcare providers. Play therapy using flashcards (picture cards) serves as an alternative non-pharmacological intervention to cognitively distract and redirect children's anxiety.* ***Objective****: To analyze the application of flashcard play therapy in reducing hospitalization-induced anxiety in An. A at RSPAD Gatot Soebroto.* ***Method****: This is a descriptive case study with data collection conducted through interviews, observations, physical examinations, and laboratory evaluations. The nursing care intervention was implemented over 3 days, encompassing anxiety level assessment, environmental management, and the administration of flashcard play therapy.* ***Result****: Following the nursing interventions, an optimal reduction in the patient's anxiety signs was achieved. The child appeared calmer, more cheerful, and cooperative toward medical procedures. Conclusion: The application of flashcard play therapy is proven effective in reducing hospitalization anxiety and improving the emotional adaptation of children during inpatient care.*



***Keywords****: Acute Lymphoblastic Leukemia, Anxiety, Flashcard, Hospitalization*

## DAFTAR ISI

**PERNYATAAN TENTANG ORIGINALITAS** ..... **iii**
**LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING** ..... **iv**
**LEMBAR PENGESAHAN** ..... **v**
**RIWAYAT HIDUP** ..... **vi**
**KATA PENGANTAR** ..... **vii**
**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI** ..... **ix**
**KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS** ..... **ix**
**ABSTRAK** ..... **x**
**ABSTRACT** ..... **xi**
**DAFTAR ISI** ..... **xii**
**DAFTAR GAMBAR** ..... **xiv**
**BAB I PENDAHULUAN** ..... **1**
A. Latar Belakang ..... 1
B. Rumusan Masalah ..... 4
C. Tujuan Penelitian ..... 4
D. Manfaat Penulisan ..... 5
**BAB II TINJAUAN PUSTAKA** ..... **6**
A. Konsep Anak Usia Prasekolah ..... 6
B. Konsep Penyakit ..... 15
C. Konsep Kecemasan ..... 24
D. Konsep Terapi Bermain *Flashcard* ..... 29
E. Asuhan Keperawatan Teoritis ..... 30
**BAB III METODOLOGI PENELITIAN** ..... **43**
A. Desain Penelitian ..... 43
B. Subjek Studi Kasus ..... 43
C. Lokasi dan Waktu ..... 43
D. Fokus Studi Kasus ..... 43
E. Instrumen Studi Kasus (Terlampir) ..... 44
F. Metode Pengumpulan Data ..... 45
G. Etika Penelitian ..... 46
**BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN** ..... **48**

A. Pengkajian Keperawatan ..... 48
B. Diagnosa Keperawatan ..... 51
C. Intervensi Keperawatan ..... 53
D. Implementasi Keperawatan ..... 54
E. Evaluasi Keperawatan ..... 56
**BAB V KESIMPULAN DAN SARAN ..... 58**
A. Kesimpulan ..... 58
B. Saran ..... 59
**DAFTAR PUSTAKA ..... 61**
**LAMPIRAN ..... 64**

# DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Facial Image Scale .....45

# BAB I

# PENDAHULUAN

## A. Latar Belakang

Anak usia prasekolah, yang berada pada rentang usia 3 hingga 6 tahun, merupakan kelompok populasi yang unik karena sedang berada dalam fase keemasan (*golden age*) pertumbuhan fisik, maturitas motorik, serta akselerasi fungsi kognitif dan psikososial. Pada dinamika perkembangan ini, anak mulai aktif mengeksplorasi lingkungan eksternal secara mandiri dan memperluas interaksi sosial di luar lingkungan keluarga. Namun, pesatnya proses maturitas psikologis tersebut tidak berjalan linear dengan kematangan sistem biologis, di mana sistem imunitas tubuh anak prasekolah secara anatomi dan fisiologis belum berkembang secara optimal. Keterbatasan proteksi biologis ini mengakibatkan kelompok usia prasekolah memiliki tingkat kerentanan yang tinggi (*high vulnerability*) terhadap paparan berbagai agen patologis mendalam, mulai dari infeksi akut hingga penyakit keganasan (Hockenberry, 2022).

Di antara berbagai manifestasi klinis berbahaya yang mengancam kelompok usia rentan tersebut, leukemia merupakan penyakit ganas progresif yang menyerang jaringan pembentuk darah di dalam tubuh. Secara patofisiologi, leukemia terjadi akibat adanya deviasi imunologis dan kerusakan mutasi genetik pada pabrik pembuatan sel darah, yaitu sumsum tulang, yang memicu proliferasi sel darah putih abnormal (*sel blast*) secara tidak terkendali. Penyakit keganasan ini memiliki prevalensi yang tinggi pada populasi anak di atas usia 1 tahun, dengan puncak insidensi yang secara signifikan mendominasi rentang usia 2 sampai 6 tahun (Apriani et al., 2024).

Di Indonesia penyakit LLA menduduki peringkat tertinggi kanker pada anak yang menyebabkan kematian pada anak-anak (Dewi et al., 2022). Leukemia Limfoblastik Akut merupakan jenis leukemia yang sering dijumpai pada anak. Leukemia Limfoblastik Akut (LLA) adalah salah satu

jenis leukemia, dimana sel-sel yang dalam keadaan normal berkembang menjadi limfosit berubah menjadi ganas dan menggantikan sel-sel normal di sumsum tulang (Simanjorang et al., 2023).

Mengingat sifat kanker pada anak yang umumnya bersifat agresif dan berkembang cepat, maka penanganan yang tepat dan intensif menjadi sangat penting. Pengobatan bagi LLA bertujuan menghancurkan sel neplastik dan remisi lengkap dengan pengembalian fungsi normal sumsum tulang belakang, sekitar 70%-80% mencapai remisi lengkap dimana penderita kanker 35%-45% bertahan hidup 2-5 tahun atau lebih lama. Salah satu modalitas terapi utama yang digunakan dalam pengobatan kanker anak adalah kemoterapi (Simanjorang et al., 2023).

Dampak psikologis yang paling sering muncul ketika anak memasuki jadwal kemoterapi adalah kecemasan, Reaksi kecemasan pada anak diantaranya ketakutan, menangis saat anak melakukan prosedur tindakan, perubahan psikologis kurang ceria, rewel, dan cemberut (Nurhayati et al., 2023). Menangis saat didekati perawat, melempar barang-barang disekitarnya, memukul orang terdekatnya (Pravitasari & Warsito, 2022). Hal ini berpengaruh pada kondisi fisik dan psikologis anak, dan jika berlanjut anak akan mengalami traumatik dan stress bahkan gangguan pada perkembangan motorik kasar. (Nuliana, 2022)

Manifestasi distres psikologis tersebut tidak hanya terjadi saat prosedur sitostatika berlangsung, melainkan sering kali bermanifestasi sebagai kecemasan antisipatori yang parah semenjak anak memasuki fase rawat inap menjelang jadwal terapi berikutnya. Bagi anak dengan Leukemia Limfoblastik Akut (LLA), proses admisi rumah sakit pra-kemoterapi bertindak sebagai krisis emosional tersendiri, di mana ingatan traumatik akan efek samping dan tindakan invasif masa lalu memicu kecemasan hebat sebelum prosedur itu benar-benar dimulai Tekanan emosional pra-terapi ini menegaskan bahwa kompleksitas asuhan keperawatan anak keganasan tidak boleh mengabaikan fase tunggu dalam ruang perawatan. Ketidakmampuan anak prasekolah dalam mengelola ketakutan terhadap kedatangan jadwal

pengobatan yang mengancam ini menjadi indikator mendasar perlunya penanganan stresor adaptif guna meminimalkan dampak psikologis buruk selama anak menjalani proses hospitalisasi (Fibriyanti et al., 2024).

Hospitalisasi merupakan suatu keadaan krisis pada anak, saat anak sakit dan dirawat di rumah sakit. Keadaan ini terjadi karena anak mengalami perubahan dari keadaan sehat dan rutinitas lingkungan serta mekanisme koping yang terbatas dalam menghadapi stressor. Hospitalisasi pada anak dapat menimbulkan gelisah, perasaan sedih, takut dan lain sebaganya Reaksi anak terhadap Hospitalisasi tergantung pada usia, perkembangan anak, pengalaman sebelumnya terhadap penyakit, sistem pendukungan yang tersedia dan mekanisme koping yang dimiliki (Aprina et al., 2024).

Berdasarkan data WHO (2022) memperkirakan sekitar 10–20% anak di dunia mengalami gangguan psikologis, dan kecemasan merupakan salah satu bentuk paling dominan. Demikian pula, sekitar 4-10% anak-anak di Kanada dan Selandia Baru juga mengalami kecemasan selama rawat inap (Fibriyanti et al., 2024). Prevalensi gangguan kecemasan saat hospitalisasi di Asia Tenggara adalah 4,9%, dan masalah yang paling banyak diteliti adalah gangguan kecemasan (Utami & Lugina, 2024). Di Indonesia, berdasarkan Survey Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023, prevalensi gangguan emosional pada anak dan remaja mencapai 9,8%, termasuk yang diakibatkan oleh pengobatan jangka panjang seperti kemoterapi.

Untuk mengurangi dampak kecemasan akibat hospitalisasi yang dialami anak diperlukan suatu media yang dapat mengungkapkan rasa cemas anak, salah satunya yaitu terapi bermain. Terapi bermain merupakan kegiatan untuk dapat membantu proses penyembuhan anak dan sarana dalam melanjutkan perkembangan yang optimal. Salah satu terapi bermain adalah bermain *flashcard*. *Flashcard* adalah kartu kecil berisi gambar, teks atau gambar yang dapat digunakan untuk mempersiapkan anak dalam mengeja dan meningkatkan kosa kata (Susanti, 2021)

*Flashcard* digunakan sebagai media pembelajaran yang ditampilkan untuk meningkatkan mental anak karena permainan ini dapat membantu

anak dalam mengkomunikasikan pemahaman, ingatan, pertimbangan, gambaran, pemikiran dan berpikir kritis dari pesan atau implikasi gambar *flashcard* (Ranti, 2022)

Meskipun berbagai intervensi nonfarmakologis telah dikembangkan dalam mengatasi kecemasan pada anak, penelitian terkait penerapan terapi bermain *flashcard* pada anak dengan diagnose Leukemia Limfoblastik Akut di Ruang Adinis Lt.2 RSPAD Gatot Soebroto masih sangat terbatas. Berdasarkan uraian tersebut, penulis tertarik untuk melakukan studi kasus mengenai "penerapan terapi bermain *flashcard* dalam menurunkan kecemasan akibat hospitalisasi dengan diagnose leukemia limfoblastik akut diruang adinis lt. 2 RSPAD Gatot Soebroto".

## B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis merumuskan masalah bagaimana hasil Penerapan Terapi Bermain *Flashcard* Dalam Menurunkan Kecemasan Akibat Hospitalisasi Pada An. A Dengan Diagnosa Leukemia Limfoblastik Akut Di Ruang Adinis Lt. 2 RSPAD Gatot Soebroto?

## C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

   Tujuan dalam studi kasus ini adalah untuk mengetahui Penerapan Terapi Bermain *Flashcard* Dalam Menurunkan Kecemasan Akibat Hospitalisasi Pada An. A Dengan Diagnosa Leukemia Limfoblastik Akut Di Ruang Adinis Lt. 2 RSPAD Gatot Soebroto?

2. Tujuan Khusus
   a. Mampu melakukan proses asuhan keperawatan meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pada pasien anak dengan leukemia limfoblastik akut
   b. Mengidentifikasi kecemasan pada anak usia prasekolah sebelum diberikan terapi bermain *flashcard*

c. Mengidentifikasi kecemasan pada anak usia prasekolah setelah diberikan terapi bermain *flashcard*
d. Menganalisis perbedaan tingkat kecemasan sebelum dan sesudah diberikan terapi bermain *flashcard*
e. Menganalisis pengaruh terapi bermain *flashcard* untuk menurunkan kecemasan pada anak prasekolah yang menjalani perawatan dirumah sakit

## D. Manfaat Penulisan

1. Bagi Akademi

   Menambahkan pengetahuan dan informasi tentang penerapan asuhan keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan mengurangi kecemasan terhadap anak usia pra sekolah yang mengalami hospitalisasi dengan terapi bermain *flashcard.*

2. Bagi Masyarakat

   Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan masyarakat dalam penerapan terapi terapi bermain *flashcard* yang dapat membantu menurunkan kecemasan pada anak pra sekolah yang menjalani perawatan dirumah sakit

3. Bagi Penulis

   Penulis mendapatkan pengalaman dalam penerapan terapi bermain *flashcard* untuk menurunkan kecemasan pada anak yang menjalani perawatan di rumah sakit.

# BAB II

# TINJAUAN PUSTAKA

## A. Konsep Anak Usia Prasekolah

1. Pengertian Anak Usia Prasekolah

Anak prasekolah adalah anak yang berusia antara 60 hingga 72 bulan. Usia prasekolah merupakan periode penting di mana anak mengalami berbagai perkembangan. Pertumbuhan pada periode ini berlangsung secara stabil. Terdapat peningkatan aktivitas fisik, keterampilan, serta perkembangan dalam proses berpikir. Ketika memasuki masa prasekolah, anak mulai menunjukkan minat dan keinginan yang sejalan dengan perkembangan mereka (Wahyudin *et al*., 2022).

2. Kebutuhan dasar anak usia prasekolah

Kebutuhan-kebutuhan dasar anak prasekolah untuk mencapai perkembangan yang maksimal menurut Yulizawati & Afrah (2022) mencakup Asuh, Asih, dan Asah adalah sebagai berikut.

a. Kebutuhan Fisik-Biologis (ASUH):

Asuh merupakan kebutuhan dasar yang berkaitan dengan aspek fisik, seperti makanan dan tempat tinggal.

1. Kebutuhan Makanan atau Nutrisi

Pertumbuhan anak yang pesat memerlukan energi yang besar, sehingga mereka cenderung cepat merasa lelah. Pemenuhan nutrisi ini harus dimulai sejak anak berada dalam kandungan. Ibu memberikan asupan nutrisi yang seimbang melalui konsumsi makanan bergizi dan menu yang teratur. Air susu ibu (ASI), yang merupakan sumber nutrisi paling lengkap dan seimbang, sangat penting bagi bayi, terutama pada enam bulan pertama (ASI Eksklusif). Nutrisi yang cukup dan seimbang adalah aspek utama dalam pemenuhan kebutuhan asuh. Nutrisi mencakup aspek gizi yang penting untuk tubuh, yang berpengaruh terhadap

pertumbuhan dan perkembangan, terutama pada usia-usia pertama kehidupan, ketika anak mengalami pertumbuhan yang sangat cepat, khususnya perkembangan otak. (Yulizawati & Afrah,2022).

2. Kebutuhan Imunisasi

Pemberian imunisasi pada bayi dan anak sangat penting untuk mengurangi angka kesakitan dan kematian akibat penyakit yang dapat dicegah melalui imunisasi. Dengan melaksanakan imunisasi secara lengkap, dapat mencegah terjadinya penyakit yang dapat menyebabkan kesakitan dan kematian (Yulizawati & Afrah, 2022).

3. Kebutuhan Pakaian

Pemenuhan kebutuhan pakaian pada anak sangat penting. Pakaian berfungsi sebagai perlindungan dan memberikan kehangatan untuk melindungi anak dari berbagai benda yang dapat membahayakannya. Selain itu, pakaian juga dapat meningkatkan rasa percaya diri anak dalam berinteraksi dengan lingkungan sosialnya (Yulizawati & Afrah, 2022).

4. Kebutuhan Kebersihan diri dan Lingkungan

Kebersihan diri dan lingkungan memiliki peran yang sangat penting dalam mendukung tumbuh kembang anak. Kurangnya kebersihan diri dapat mempermudah terjadinya penyakit kulit dan gangguan saluran pencernaan, seperti diare dan cacingan. Sementara itu, kebersihan lingkungan berhubungan erat dengan penyakit saluran pernapasan, pencernaan, serta penyakit yang disebabkan oleh nyamuk. Pendidikan kesehatan kepada masyarakat perlu difokuskan pada cara menciptakan lingkungan yang mendukung tumbuh kembang anak, sehingga memberikan rasa aman bagi ibu atau pengasuh dalam memberi kesempatan kepada anak untuk mengeksplorasi lingkungan sekitar (Yulizawati & Afrah, 2022).

5. Kebutuhan Bermain, Aktivfitas Fisik Tidur

Anak membutuhkan waktu untuk bermain, beraktivitas fisik, dan tidur karena hal ini dapat:

a) Meningkatkan produksi hormon pertumbuhan, nafsu makan, serta merangsang metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein.

b) Mendorong pertumbuhan otot dan tulang.

Mendorong perkembangan secara keseluruhan (Yulizawati & Afrah, 2022).

b. Kebutuhan Psikologi (ASIH)

Asih adalah hubungan yang harmonis antara ibu dan anak, yang sangat penting pada tahun pertama kehidupan, bahkan sejak dalam kandungan, untuk memastikan perkembangan fisik, mental, dan psikososial anak berjalan dengan baik. Kelembutan dan kasih sayang merupakan langkah awal untuk meraih kepercayaan anak, sehingga mereka merasa nyaman untuk berbagi cerita. Meluangkan waktu bersama untuk bermain, berjalan-jalan, dan menikmati kebersamaan hanya berdua juga sangat penting (Yulizawati & Afrah, 2022).

Macam-macam kebutuhan ASIH yaitu :

1. Kasih Sayang orang tua

Kasih sayang orang tua yang hidup harmonis, bahagia, dan sejahtera, yang memberikan bimbingan, perlindungan, serta rasa aman kepada anak, merupakan salah satu kebutuhan penting bagi anak untuk tumbuh dan berkembang secara optimal. Kasih sayang adalah wujud dari kebutuhan asih yang dapat memberikan rasa ketenangan psikologis bagi anak. Pemenuhan kebutuhan kasih sayang juga terlihat dari hubungan yang harmonis antara orang tua, keluarga, dan lingkungan sekitar (Yulizawati & Afrah, 2022).

2. Rasa Aman dan Nyaman

Seorang anak akan merasa diterima oleh orang tuanya jika ia merasakan bahwa kebutuhan dan kepentingannya dapat dipenuhi, serta merasa ada ikatan yang kuat antara dirinya dan keluarga. Rasa aman dan nyaman dapat terwujud melalui kehangatan dan cinta dari orang tua, serta kestabilan keluarga dalam mengelola stres. Kebutuhan akan rasa aman dan nyaman juga tercermin dari

penerimaan orang tua terhadap anak, pemenuhan kebutuhan anak, perhatian yang terus-menerus, serta terjalinnya hubungan yang baik dalam keluarga (Yulizawati & Afrah, 2022).

3. Kemandirian

   Kemandirian anak seharusnya selalu disesuaikan dengan tahap perkembangannya. Jika orang tua mengharapkan anak untuk mandiri melebihi kemampuan mereka, hal ini dapat menyebabkan tekanan pada anak. Salah satu bentuk kemandirian yang ditunjukkan anak adalah keinginan untuk mengeksplorasi lingkungan sejak bayi. Kemandirian anak sebagian besar dipengaruhi oleh pola asuh dan lingkungan sekitarnya, bukan faktor genetis. Anak yang mandiri memiliki ciri-ciri, antara lain, lebih cenderung menyelesaikan masalahnya sendiri dari pada merasa cemas, tidak takut mengambil risiko atas keputusannya, percaya pada pemikiran sendiri sehingga anak dapat mandiri, serta memiliki kontrol diri yang baik (Yulizawati & Afrah, 2022).

4. Bantuan, dorongan, dan motivasi

   Anak membutuhkan bantuan, dorongan, atau motivasi dari orang-orang di sekitarnya ketika mereka kesulitan menghadapi masalah atau situasi yang tidak menyenangkan. Dorongan yang diberikan tidak sepenuhnya menyelesaikan masalah, tetapi berupa langkah-langkah yang dapat diambil untuk memberikan semangat, mengingatkan anak bahwa mereka pernah berhasil mengatasi hal serupa sebelumnya, dan sebagainya. Dukungan dan dorongan yang diberikan orang tua melalui stimulasi sangat penting untuk perkembangan anak. Anak akan dapat melewati tahap perkembangannya dengan baik jika mendapatkan dukungan yang tepat. Orang tua yang memberikan dukungan akan membantu membentuk anak yang memiliki rasa percaya diri (Yulizawati & Afrah, 2022).

c. Kebutuhan Stimulasi (ASUH)

Stimulasi adalah kebutuhan yang sangat penting bagi pertumbuhan dan perkembangan anak. Anak yang menerima stimulasi yang tepat akan berkembang lebih cepat dibandingkan dengan anak yang kurang mendapat stimulasi. Stimulasi ini dapat dimulai dari masa kehamilan, dan berlanjut setelah kelahiran melalui pemberian ASI sejak dini. Asah merupakan proses pembelajaran untuk membantu anak tumbuh menjadi cerdas, ceria, dan berakhlak baik, dengan periode tersebut dikenal sebagai masa keemasan (golden period). Selain mendapatkan stimulasi, anak juga perlu menjalani kegiatan SDIDTK lainnya, seperti deteksi dini (skrining) untuk mendeteksi adanya kelainan atau penyimpangan dalam tumbuh kembang, intervensi dini, serta rujukan dini jika diperlukan (Yulizawati & Afrah, 2022).

3. Pertumbuhan dan Perkembangan

Pertumbuhan adalah peningkatan jumlah dan ukuran sel melalui proses pembelahan dan sintesis protein baru, yang menyebabkan penambahan ukuran dan berat keseluruhan atau sebagian bagian sel dalam tubuh anak-anak. Pertumbuhan merupakan perubahan ukuran dan bentuk tubuh atau bagian tubuh, seperti peningkatan berat badan, tinggi badan, lingkar kepala, dan perubahan fisik lainnya yang biasa terjadi. Semua perubahan ini disebut sebagai pertumbuhan fisik. Pertumbuhan fisik dapat dipantau dengan mudah melalui penimbangan berat badan atau pengukuran tinggi badan. Pemantauan pertumbuhan anak dilakukan secara terus-menerus dan rutin (Maya, 2020).

Perkembangan adalah bertambahnya struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam kemampuan motorik kasar, motorik halus, bicara dan bahasa, serta sosialisasi dan kemandirian. Pemantauan perkembangan dilakukan secara teratur dan berkesinambungan dengan menilai kesesuaian tahapan perkembangan berdasarkan usia anak.

Pemantauan perkembangan dilakukan dengan mengamati tingkat perkembangan melalui pengisian kuesioner perkembangan disesuaikan dengan usia anak (Wahyudin et al., 2022).

4. Ciri-Ciri dan Prinsip Tumbuh Kembang

Menurut Kemenkes RI, (2022) ciri-ciri dan prinsip tumbuh kembang adalah sebagai berikut :

1. Faktor Internal
    1. Ras/etnik anak bangsa

       Anak yang lahir dari ras atau kelompok etnik tertentu, seperti ras Amerika, tidak akan mewarisi faktor keturunan dari ras atau bangsa Indonesia, demikian pula sebaliknya.
    2. Keluarga

       Ada kecenderungan terkait postur tubuh dalam suatu keluarga, apakah tinggi, pendek, gemuk, atau kurus.
    3. Umur

       Kecepatan pertumbuhan yang paling pesat terjadi pada masa prenatal, tahun pertama kehidupan, dan masa remaja.
    4. Jenis Kelamin

       Fungsi reproduksi pada anak perempuan berkembang lebih cepat dibandingkan anak laki-laki. Namun, setelah masa pubertas, pertumbuhan pada anak laki-laki cenderung lebih pesat.
    5. Genetik

       Genetik atau hereditas adalah faktor turunan anak yang memengaruhi potensi dan ciri khasnya. Macam-macam kelainan genetik, seperti kerdil, dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak.
    6. Kelainan Kromosom

       Kelainan kromosom umumnya diserta dengan kegagalan pertumbuhan dan perkembangan seperti pada sindrom *down* dan *turner* (Kemenkes RI, 2022).

2. Faktor Ekternal

Beberapa faktor eksternal yang dapat memengaruhi kualitas tumbuh kembang anak antara lain:

1. Faktor pra-persalinan
   a) Gizi

      Kecukupan gizi ibu, Bahkan sebelum kehamilan sangat memperngaruhi pertumbuhan janin.

   b) Mekanisme

      Posisi janin yang tidak normal dapat menyebabkan kelainan kongenital seperti *club foot*.

   c) Toksin atau Zat Kimia

      Penggunaan obat-obatan tertentu, seperti aminopterin atau *thalidomide*, dapat mengakibatkan kelainan kongenital seperti *palatoskisis*.

   d) Endokrin

      Penyakit diabetes melitus dapat menyebabkan makrosomia, kardiomegali, dan hiperplasia adrenal.

   e) Radiasi

      Paparan radium dan sinar rontgen dapat menyebabkan kelainan pada janin, seperti *mikrosefali, spina bifida*, disabilitas intelektual, deformitas anggota gerak, kelainan mata kongenital, serta kelainan jantung.

   f) Infeksi

      Infeksi yang terjadi pada trimester pertama dan kedua akibat TORCH (Toksoplasma, Rubella, Sitomegalovirus, Herpes simpleks) dapat menyebabkan kelainan pada janin, termasuk katarak, tuli, bisu, mikrosefali, disabilitas intelektual, dan kelainan jantung kongenital.

   g) Kelainan Imunologi

      *Eritroblastosis fetalis* terjadi akibat perbedaan golongan darah antara janin dan ibu, yang menyebabkan ibu menghasilkan

antibodi terhadap sel darah merah janin. Antibodi ini kemudian masuk ke dalam sirkulasi darah janin melalui plasenta, yang dapat menyebabkan *hemolisis,* dan akhirnya menyebabkan hiperbilirubinemia dan kernikterus, yang berpotensi merusak jaringan otak.

h) Anoksia embrio,
yang disebabkan oleh gangguan fungsi plasenta, dapat menghambat pertumbuhan janin.

i) Psikologi ibu
Kehamilan yang tidak direncanakan, perlakuan buruk, atau kekerasan emosional terhadap ibu hamil dapat mempengaruhi kondisi psikologis ibu (Kemenkes RI, 2022).

2. Faktor selama persalinan

Masalah yang terjadi selama persalinan, seperti trauma kepala atau asfiksia, dapat mengakibatkan kerusakan pada jaringan otak bayi (Kemenkes RI, 2022).

3. Faktor pasca persalinan

a. Gizi
Kebutuhan gizi yang memadai, baik zat gizi makro maupun mikro, sangat penting untuk mendukung tumbuh kembang ibu dan bayi secara optimal.

b. Penyakit kronis atau kelainan kongenital
Penyakit seperti tuberkulosis, anemia, atau kelainan jantung bawaan dapat menyebabkan gangguan pada pertumbuhan dan perkembangan anak.

c. Lingkungan fisik dan kimia
Lingkungan, atau yang sering disebut *milieu*, adalah tempat di mana anak tinggal dan berfungsi sebagai penyedia kebutuhan dasar. Kondisi lingkungan yang buruk, seperti

sanitasi yang tidak memadai, kurangnya sinar matahari, paparan sinar radioaktif, atau bahan kimia berbahaya seperti timbal (Pb), merkuri (Hg), dan rokok, dapat berdampak negatif terhadap pertumbuhan anak.

d. Psikologis

Interaksi anak dengan orang di sekitarnya mempengaruhi tumbuh kembangnya. Anak yang tidak diinginkan oleh orang tuanya atau yang sering merasa tertekan dapat menghadapi hambatan dalam perkembangan mereka.

e. Sosio-ekonomi

Kemiskinan yang berhubungan dengan kekurangan makanan, kondisi lingkungan yang buruk, dan kurangnya pengetahuan orang tua, dapat menghambat pertumbuhan anak.

f. Stimulasi

Stimulasi perkembangan adalah pemberian rangsangan yang bertujuan untuk mendukung perkembangan anak. Orang tua dan anggota keluarga yang merawat anak di rumah memainkan peran utama dalam memberikan stimulasi. Contoh stimulasi yang dapat diberikan yaitu seperti aktivitas bermain dan interaksi sosial yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan serta kemandirian anak. Jenis stimulasi yang diberikan harus disesuaikan dengan usia dan tahap perkembangan anak.

g. Obat-obatan

Penggunaan *kortikosteroid* dalam jangka panjang dapat menghambat pertumbuhan. Begitu juga dengan penggunaan obat perangsang sistem saraf yang dapat mengganggu produksi hormon pertumbuhan (Kemenkes RI, 2022

## B. Konsep Penyakit

### 1. Definisi Leukemia

Leukemia merupakan suatu penyakit yang ditandai dengan poliferasi (bertambah banyak atau multiplikasi) dini yang berlebihan dari sel darah putih. Leukemia adalah penyakit akibat poliferasi patologi dan sel pembuatan darah yang bersifat sistemik dan biasanya berakhir fatal (Ambarawati & Nasution, 2021).

Leukimia merupakan penyakit keganasan sel darah yang berasal dari sumsum tulang atau biasanya ditandai oleh poliferasi sel-sel darah putih dengan manifestasinya yang berupa sel-sel abnormal dalam darah secara berlebihan yang menyebabkan terdesaknya sel darah yang normal sehingga mengakibatkan fungsinya terganggu (Kemenkes RI, 2023).

Leukemia Limfoblastik Akut (LLA) merupakan kanker jaringan yang menghasilkan leukosit yang imatur dan berlebih, sehingga jumlahnya yang menyusup keberbagai organ di antara sumsum tulang dan mengganti unsur sel yang abnormal dan dapat mengakibatkan jumlah eritrosit kurang untuk mencukupi kebutuhan sel dan trombosit pun ikut berkurang sehingga timbulnya pendarahan. Proses masuknya leukosit yang berlebihan dapat menimbulkan hepatomegali jika terjadi pada hati, dll (Hidayat, 2021).

Leukemia Limfoblastik Akut (LLA) merupakan suatu poliferasi ganas limfoblastik yang paling sering terjadi pada anak-anak. Laki-laki lebih banyak dibandingkan perempuan. Limfosit berpoliferasi dalam sumsum tulang dan mengganggu perkembangan sel normal, mengakibatkan penurunan jumlah leukosit, sel darah merah, dan trombosit (Aspiani, 2020).

### 2. Anatomi Fisiologi

Sistem hematologi terdiri dari darah dan tempat darah itu di produksi, termasuk juga sumsum tulang dan nodus limfa. Darah merupakan organ khusus yang tidak sama dengan organ lain karena

bentuknya yang cair. Darah sebagai media transpor bagi tubuh, darah terdiri dari dua komponen utama, yaitu : (Hidayat, 2021)

a. Plasma darah, yaitu bagian dari cairan yang sebagian besar terdiri dari air, elektrolit serta protein darah.
b. Butir-butir darah (*blood corpuscles*) yang terdiri dari sebagai komponen yaitu :
    1) Eritrosit : sel darah merah.
    2) Leukosit : sel dara putih.
    3) Trombosit : butir pembeku darah.

Darah adalah suatu jaringan tubuh yang terdapat di dalam pembuluh dara yang berwarna merah. Warna merah itu keadaannya tidak tetap tergantung pada banyaknya oksigen dan karbondioksida di dalamnya. Adanya oksigen dalam darah diambil dengan jalan nafas dan zat ini sangat berguna pada peristiwa pembakaran atau metabolisme di dalam tubuh.

Darah selamanya berada di dalam tubuh oleh karena adanya pompa atau jantung. Selama darah berada dalam pembuluh maka akan tetap encer, tetapi jika ia di luar pembuluh darah maka ia akan menjadi beku. Pembekuan ini dapat dicegah dengan jalan mencampurkan ke dalam darah tersebut sedikit obat pembekuan atau sitras narkus (Handayani, 2022).

3. Etiologi

Penyebab yang pasti belum diketahui, akan tetapi terdapat faktor predisposisi yang menyebabkan terjadinya leukemia, yaitu :

a. Faktor genetik: virus tertentu menyebabkan terjadinya perubahan struktur gen (T cell leukemia lymphoma virus/ HTLV).
b. Tingkat radiasi yang sangat tinggi.
c. Obat-obatan imunisupresif, obat-obatan karsinogenik seperti diethylstilbestrol.
d. Faktor herediter, misalnya pada kembar monozigot.

e. Kelainan kromosom, misalnya pada down syndrome (Suriadi & Yuliana, 2020).

Leukemia biasanya mengenai sel-sel darah putih. Penyebab dari sebagian besar jenis leukimea tidak diketahui. Pemaparan terhadap penyinaran (radiasi) dan bahan kimia tertentu (misalnya benzena) dan pemakaian obat anti kanker, meningkatkan resiko terjadinya leukimia. Orang yang memiliki kelainan genetik tertentu (misalnya sindrom down dan sindrom fanconi), juga lebih peka terhadap leukemia (Aspiani, 2020).

4. Tanda dan Gejala

Gejala klinis umumnya berupa rasa tidak sehat, demam, pucat, kurang nafsu makan, berat badan menurun, malaise, kelelahan nyeri tulang dan sendi, epistaksis, rentan terhadap infeksi serta sakit kepala (Yenni, 2023). Tanda dan gejala yang muncul menurut Kemenkes RI (2023) :

a. Pucat, lemah, nafsu makan menurun.
b. Kejang sampai penurunan kesadaran.
c. Pembesaran testis pada dengan konsistensi keras.
d. Nyeri tulang.
e. Pendarahan kulit (petakie, hematom) dan atau pendarahan spontan (epitaksis, pendarahan gusi).
f. Pembesaran hati, limpa, dan kelenjer getah bening.
g. Demam tanpa sebab yang jelas.

Gejala-gejala pada leukemia yang nampak dan memburuk secara cepat antara lain muntah, bingung, kehilangan kontrol otot, dan epilepsi. Leukimia juga dapat mempengaruhi saluran pencernaan, ginjal, dan paruparu. Gejala-gejalanya antara lain yaitu kulit pucat (karena anemia), infeksi yang berulang-ulang seperti sakit tenggorokan, pendarahan normal yang keluar dari gusi dan kulit, periode yang berat pada wanita, kehilangan nafsu makan dan berat badan, luka ditulang sendi, perdarahan

hidung dan lebi mudah mendapat memar dari biasanya tanpa sebab yang jelas (Desmawati, 2023).

5. Patofisologi

Leukemia dapat dicirikan oleh poliferasi limfoblas imatur. Pada tipe leukemia akut, kerusakan mungkin pada tingkat sel punca limfipoetik atau prekursor limfoid yang lebih muda. Sel leukemia berkembang lebih cepat dari pada sel normal, sehingga menjadi crowding out phenomenom di sumsum tulang. Perkembangan yang cepat ini bukan disebabkan oleh poliferasi yang lebih cepat dari pada sel normal, tetapi sel-sel leukemia menghasilkan faktor-faktor yang selain menghambat poliferasi dan diferensiasi sel darah normal, juga mengurangi apoptosis dibandingkan scl dara normal. Pcrubahan gcnctik yang mcngarah kc leukemia dapat mencakup (Aspiani, 2020) :

a. Aktivasi gen yang ditekan (protogen) untuk membuat onkogen yang menghasilkan suatu produk protein yang mengisyaratkan peningkatan poliferasi.
b. Hilangnya sinyal bagi sel darah untuk berdiferensiasi.
c. Hilangnya gen penekan tumor yang mengontrol poliferasi normal.
d. Hilangnya sinyal apoptosis (Yenni, 2024).

Pada keadaan normal, sel darah putih berfungsi sebagai pertahanan kita terhadap infeksi. Sel ini secara normal berkembang sesuai dengan perintah, dapat dikontrol sesuai dengan kebutuhan tubuh kita. Leukemia dapat meningkatkan produksi sel darah putih pada sumsum tulang yang lebih dari normal. Sel darah putih terlihat berbeda dengan sel darah normal dan tidak berfungsi seperti biasanya.

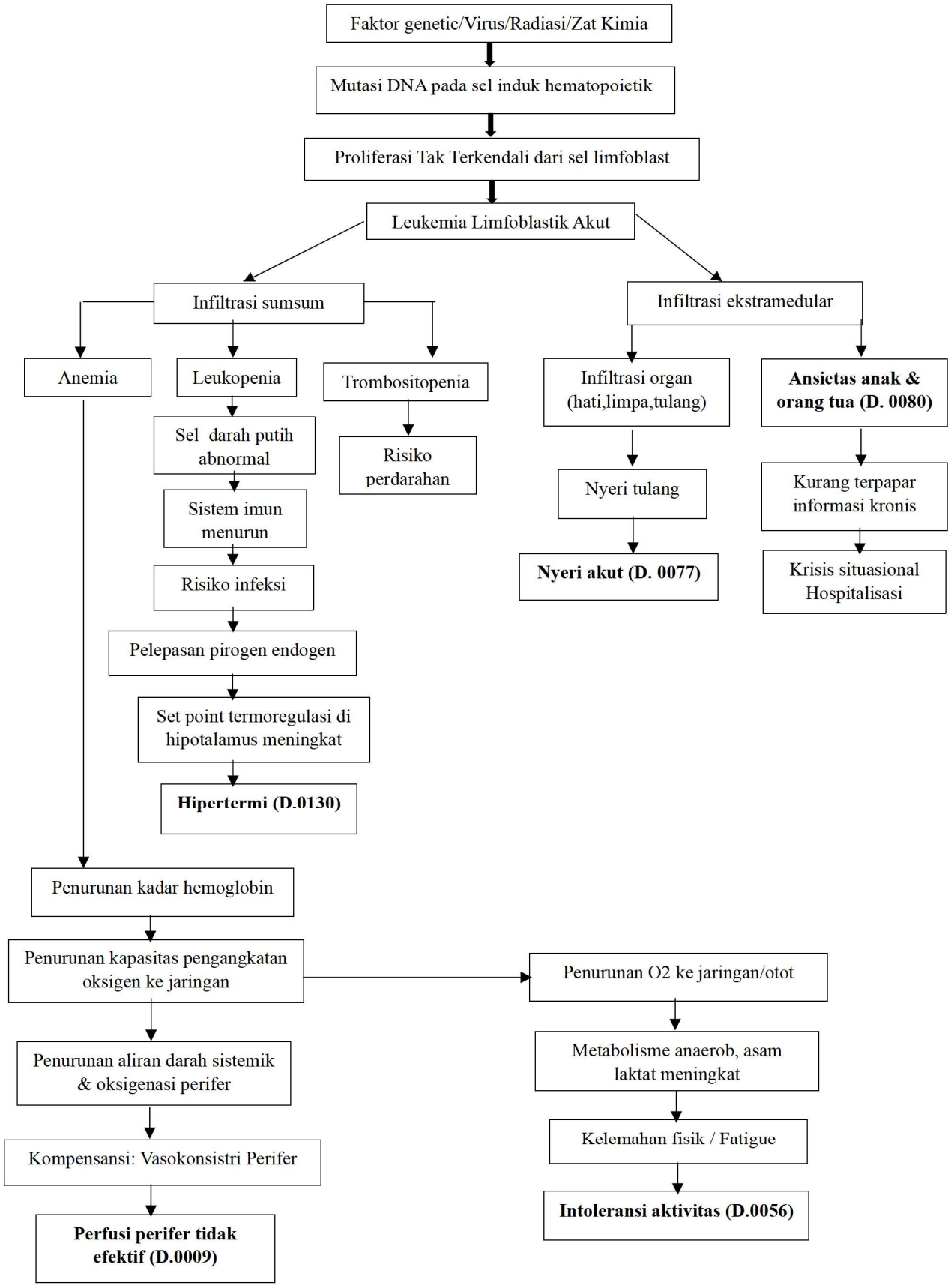
Sel Leukemia juga dapat merusak produksi sel darah lain pada sumsum tulang termasuk sel darah merah dimana sel tersebut berfungsi untuk menyuplai oksigen pada jaringan. Leukemia terjadi pada jika proses pematangan dari sistem sel menjadi sel darah putih mengalami gangguan dan menghasilkan perubahan kearah keganasan. Perubahan yang terjadi sering kali melibatkan penyusunan kembali bagian dari

kromosom (bahan genetik yang kompleks). Penyusunan kromosom (translokasi kromosom) mengganggu pengendalian normal dari pembelahan sel, sehingga sel yang membelah tidak dapat terkendali dan menjadi ganas. Kanker ini juga bisa menyusup kedalam organ lainnya, termasuk hati, limpa, kelenjer getah bening, ginjal dan otak (Aspiani, 2020).

Pada kondisi normal, sumsum tulang memproduksi sel darah secara terkontrol, namun pada penderita LLA, terjadi mutasi genetik pada sel prekursor limfoblastik, yang mengakibatkan pembelahan sel yang sangat cepat dan tidak terkendali. Penyebaran limfoblas juga bisa mencapai organ-organ lain seperti hati, limpa, kelenjar getah bening, sistem saraf pusat, dan testis (*American Cancer Society,* 2023).

Proses patofisiologis LLA dimulai dari perubahan molekuler akibat translokasi kromosom, seperti t(12;21) atau t(9;22), yang menyebabkan aktivasi onkogen dan inaktivasi gen penekan tumor. Salah satu contoh yang paling dikenal adalah fusi gen BCR-ABL pada LLA tipe Philadelphia chromosome-positive, yang berperan dalam aktivasi jalur proliferasi sel secara terus menerus. Proliferasi limfoblas abnormal dalam jumlah besar menyebabkan invasi ke jaringan ekstramedular dan juga menghambat fungsi hematopoiesis normal, sehingga pasien mengalami gejala-gejala seperti kelelahan, perdarahan, infeksi berulang, dan hepatosplenomegali (Inaba et al., 2023).

6. Pathway Leukemia Limfoblastik Akut



7. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis yang sering dijumpai pada penyaki leukemia adalah sebagai berikut :

a. Akut Limfoblastik Leukemia (LLA) sangat bervariasi. Umumnya menggambarkan kegagalan sumsum tulang. Gejala klinis berhubungan dengan anemia (mudah lelah, alergi, pusing, sesak, nyeri dada), infeksi dan perdarahAn. Ielain itu juga ditemukan anoreksia, nyeri tulang dan sendi, hipermetabolisme. Nyeri tulang bisa dijumpai terutama pada sternum, tibia, dan femur.
b. Leukemia Mielositik akut (LMA) gejala utama adalah rasa lelah, perdarahan dan infeksi yang disebabkan oleh sindrom kegagalan sumsum 14 tulang . pcrdarahan biasanya tcrjadi dalam bcntuk purpura atau petakie. Penderita LMA dengan leukosit yang sangat tinggi dan biasanya mengalami gangguan kesadaran, sesak nafas, nyeri dada dan priapismus. Selain itu juga menimbulkan gangguan metabolisme yaitu heperurisemia dan hipoglikemia.
c. Leukemia Limfositik Kronik (LLK) ini menunjukkam gejala yang mengalami biasanya ditemukan limfadenopati generalisata, penurunan berat barat dan kelelahan. Gejala lain yaitu hilangnya nafsu makan dan penurunan kemampuan latihan atau olahraga. Demam, keringat malam dan infeksi semakin parah sejalan dengan perjalanan penyakitnya. d. Leukemia Granulositik/Mielositik Kronik (LGK) ini mempunyai tiga fase, yaitu fase kronik, fase akselerasidam fase krisis blast. Pada fase kronik ditemukan hipermetabolisme, merasa cepat kenyang akibat desakan limpa dan lambung. Penurunan berat badan terjadi setela penyakit berlangsung lama. Pada fase akselerasi ditemukan keluhan anemia yang bertambah berat, petakie, dan deman yang sidertai infeksi (Nuraini, 2021).

8. Komplikasi

Leukemia dapat menyebabkan komplikasi jika penanganan tidak segera dilakukan. Beberapa komplikasi yang dapat terjadi adalah : (Aspiani, 2020).

a. Perdarahan pada organ tubuh, seperti otak atau paru-paru.
b. Tubuh rentan terhadap infeksi.
c. Resiko munculnya jenis kanker darah lain, misalnya limfoma.
d. Komplikasi juga dapat terjadi akibat tindakan pengobatan yang dilakukan.

Berikut ini beberapa komplikasi akibat pengobatan leukemia :

a. Graft versus host disease, yaitu komplikasi dari transplatasi sumsum tulang.
b. Anemia hemolitik.
c. Tumor lysis syndrome.
d. Gangguan fungsi ginjal.
e. Infertilitas.
f. Sel kanker muncul kembali setelah penderita menjalani pengobatan. Anak-anak penderita leukemia juga beresiko mengalami komplikasi akibat pengobatan yang dilakukan. Jenis komplikasi yang dapat terjadi meliputi gangguan sistem saraf pusat, gangguan tumbu kembang, dan katarak (Willy, 2020).

9. Penatalaksanaan

a. Kemoterapi

Kemoterapi bertujuan untuk mengurangi emisi, pada sumsum tulang yang normal dimana sel blast <5% dan tidak ada tanda klinis.

b. Radioterapi

Radioterapi menggunakan sinar berenergi tinggi untuk membunuh sel-sel leukemia.

c. Transplantasi

Transplantasi sumsum tulang dilakukan untuk mengganti sumsum tulang yang rusak karena dosis tinggi kemoterapi dam terapi radiasi.

d. Terapi Suportif

Terapi suportif berfungsi untuk mengatasi akibat-akibat yang ditimbulkan penyakit leukemia dan mengatasi efek samping obat. Misalnya transfusi darah untuk penderita leukemia dengan keluhan anemia, transfusi trombosit untuk mengatasi perdarahan, dan antibiotik untuk mengatasi infeksi.

10. Pemeriksaan Penunjang

a. Tes Darah

Pemeriksaan tes darah dilakukan untuk menunjukkan perubahan jumlah sel darah putih serta adanya kelainan pada jumlah sel darah putih.

b. Aspirasi

Sumsum Tulang Pemeriksaan ini dilakukan dengan mengambil sampel darah dan jaringan sumsum pengidap. Biasanya pemeriksaan ini dilakukan untuk melihat kondisi sel darah merah dan perubahan jaringan sumsum tulang.

c. Pungsi Lumbal

Pungsi lumbal adalah pemeriksaan yang prosesnya menggunakan sampel cairan pada otak dan saraf tulang belakang. Kondisi ini digunakan untuk melihat kondisi leukemia pada bagian otak dan juga saraf tulang.

d. Hitung darah lengkap menunjukkan normositik, anemia normositik.

e. Hemoglobin : dapat kurang dari 10g/100ml.

f. Retikulosit : jumlah biasanya rendah.

g. Jumlah trombiosit : mungkin sangat rendah (<50.000/mm).

h. Biopsi sumsum tulang : SDM abnormal biasanya lebih dari 50% atau lebih dari SDP pada sumsum tulang. Sering 60% - 90% dari blast, dengan prekusor eritroid, sel matur dan megakariositis menurun.

i. Foto dada dan biopsi nodus limfe : dapat mengidentifikasikan derajat kerterlibatn (Florancia, 2021).

## C. Konsep Kecemasan

1. Pengertian Kecemasan

Kecemasan merupakan pengalaman subjektif pada seseorag dan cukup sulit di observasi secara langsung. Kecemasan merupakan suatu emosi tanpa objek yang spesifik dan penyebabnya tidak diketahui. Kecemasan adalah perilaku seperti perasaan tidak mampu, perasaan tidak berdaya, adanya perasaan takut dan fobia tertentu yang menandakan seseorang merasa dirinya terancam (Nursalam, 2020). Kecemasan merupakan gangguan pada alam perasaan ditandai dengan perasaan kekhawatiran dan ketakutan yang mendalam dan berkelanjutan (Hawari, 2018 dalam Asmadi, 2020)

Kecemasan yaitu gejolak emosi seseorang yang berhubungan dengan faktoe eksternal dan adanya mekanisme diri yang digunakan dalam mengatasi masalah (Asmadi, 2020). Kecemasan merupakan perasaan menetap berupa ketakutan atau perasaan yang ditekan pada alam bawah sadar apabila terjadi peningkatan akan adanya bahaya dari dalam (Ibrahim, 2022).

2. Tingkat Kecemasan

Menurut Marlina (2021) menyatakan bahwa kecemasan dibagi menjadi tiga kategori yaitu kecemasan ringan, kecemasan sedang, dan kecemasan berat. Tingkat kecemasan dibagi menjadi empat kategori yaitu kecemasan ringan, kecemasan sedang, kecemasan berat, dan kecemasan sangat berat (panik). Berikut merupakan penjelasan tingkat kecemasan menurut (Agape, 2022):

a. Kecemasan Ringan

Kecemasan ringan merupakan kekhawatiran dan stress normal sehari-hari. Kecemasan ringan bersifat situasional dan akan hilang dengan sendirinya apabila masalah terselesaikan. Gejala yang

dirasakan pada kecemasan ringan antara lain gelisah, sensitif, berkeringat, serta lebih mudah marah.

b. Kecemasan Sedang

Kecemasan sedang merupakan kecemasan yang lebih terfokus dibandingkan kecemasan ringAn. Ieseorang yang mengalami kecemasan sedang merasakan beberapa gejala fisik seperti berdebar-debar, berkeringat, sakit perut, gerakan tangan berlebihan, mulut kering, serta berbicara secara cepat dan suara dengan nada tinggi. Kecemasan sedang dapat bersifat situasional, apabila masalah terpecahkanmaka cemas yang dirasakan hilang dengan sendirinya.

c. Kecemasan Berat

Gejala yang dirasakan pada kecemasan berat memiliki banyak kesamaan dengan kecemasan ringan dan sedang, namun terdapat beberapa gejala tambahan seperti nyeri pada dada, muntah, perilaku yang tidak menentu, diare, dan jantung berdebar. Seseorang yang mengalami kecemasan berat akan mempengaruhi seseorang dalam pengambilan keputusan. Biasanya pada orang dengan kecemasan berat menyebabkan seseorang sulit untuk mengambil tindakan. Pada beberapa orang bahkan mengalami rasa takut berlebihan. Kecemasan berat cukup sulit diatasi dengan pengalihan karena kecemasan berat tidak akan kembali normal dengan mudah.

d. Kecemasan Sangat Berat (Panik)

Kecemasan sangat berat atau panik merupakan tingkat kecemasan paling intens. Apabila seserang mengalami panik maka kemampuannya sudah tidak dapat berfungsi dengan normal. Gejala fisik yang dirasakan oleh seseorang yang mengalami kecemasan berat yaitu tidak mampu bergerak, sedangkan pada sebagian orang lainnya mengalami kesulitan dalam menghentikan gerakannya. Kecemasan sangat berat atau panik tidak dapat hilang begitu saja, kecemasan pada tingkatan ini membutuhkan perawatan kesehatan mental.

3. Jenis Kecemasan

Jenis kecemasan menurut Safaria & Saputra (2022) terdapat dua bentuk, yaitu:

a. *Trait Anxiety*

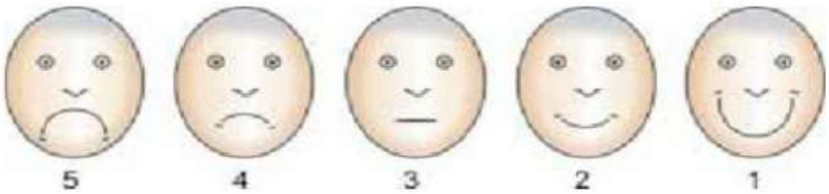
*Trait anxiety a*dalah perasaan khawatir dan terancam yang menghinggapi diri seseorang pada kondisi yang sebenarnya tidak berbahaya. Kecemasan ini diakibatkan oleh kepribadian individiu yang memiliki potensi kecemasan lebih tinggi dibandingkan dengan individu lainnya.

b. *State* anxiety

*State anxiety* adalah kondisi emosional dan keadaan sementara pada individu dengan adanya perasaan khawatir dan tegang yang dirasakan secara sadar oleh seseorang dan bersifat subjektif.

4. Pengukuran Tingkat Kecemasan

Pengukuran kecemasan dapat menggunakan Facial Image Scale (FIS). FIS merupakan alat ukur untuk mengukur tingkat kecemasan yang terdiri dari lima kategori ekspresi wajah yang menggambarkan keadaan dari kecemasan, ekspresi wajah sangat senang/ sangat tidak cemas (skor 1) hingga sangat tidak senang/ sangat cemas (skor 5). Skor 1 merupakan ekspresi wajah sangat positif dan skor 5 merupakan ekspresi wajah paling negatif. FIS merupakan skala pengukuran jenis likert. Skala likert yaitu skala yang digunakan untuk mengukur pendapat, persepsi, dan sikap seseorang pada suatu fenomena sosial yang ditunjukkan melalui respon sangat setuju hingga sangat tidak setuju (Wijaya, 2023)




Gambar 2. 1

Facial Image Scale
Sumber: Buchanan dan Niven (2019)

Keterangan Gambar:

a. Gambar 1 merupakan sangat senang ditunjukkan dengan sudut bibir terangkat keatas kearah mata dan dinilai dengan skor 1 (sangat tidak cemas)
b. Gambar 2 merupakan senang ditunjukkan dengan sudut bibir sedikit terangkat keatas kearah mata dan memiliki nilai dengan skor 2 (tidak cemas)
c. Gambar 3 merupakan agak tidak senang ditunjukkan dengan sudut bibir di tarik ke samping atau tidak bergerak dan dinilai dengan skor 3 (cemas ringan)
d. Gambar 4 merupakan tidak senang ditunjukkan dengan sudut bibir ditekuk ke bawah ke arah dagu dan memiliki skor 4 (cemas sedang)
e. Gambar 5 merupakan sangat tidak senang ditunjukkan dengan sudut bibir sangan ditekuk ke bawah kearah dagu hingga menangis dan memiliki skor 5 (cemas berat)

5. Kecemasan pada Anak dengan Hospitalisasi

Kecemasan hospitalisasi merupakan kecemasan yang dialami oleh anak yang menjalani hospitalisasi dikarenakan anak harus menghadapi stessor saat berada di rumah sakit seperti kehilangan kontrol akan dirinya, perpisahan dengan orang sekitar, serta tindakan medis yang diberikan kepada anak (Permana, 2020).

Kecemasan anak saat hospitalisasi disebabkan beberapa faktor yaitu perpisahan, cedera pada tubuh, rasa nyeri, hingga hilang kendali (Nelson, 2023). Ketika anak di rawat di rumah sakit anak mengalami perpisahan dengan lingkungan tempat tinggalnya dan teman bermain. Anak harus menyesuaikan diri dengan lingkungannya yang baru di

rumah sakit dan berbagai tindakan perawatan di rumah sakit (Batubara, 2020).

6. Tanda dan Gejala Kecemasan pada Anak Akibat Hospitalisasi

Tanda dan gejala kecemasan pada anak akibat hospitalisasi menurut Cromaria (2024) yaitu:

a. Fisik, dengan tanda dan gejala yaitu adanya peningkatan tekanan darah, peningkatan denyut nadi, mengalami sesak nafas, sakit kepala, kesulitan untuk tidur, mual dan muntah, kelelahan, diare, sakit perut, hingga gelisah.
b. Emosional, dengan tanda dan gejala yaitu mudah marah, menarik diri, apatis, cenderung menangis, mudah curiga, menyalahkan orang lain, bersikap negatif, hingga menutup diri.
c. Intelektual, dengan tanda dan gejala yaitu menolak pendapat orang lain, khawatir dengan penyakitnya, penurunan kreativitas, sikap tidak peduli, dan malas.

7. Dampak Kecemasan pada Anak dengan Hospitalisasi

Anak dapat bereaksi terhadap stres hospitalisasi sebelum masuk, selama, dan setelah pemulangan. Konsep sakit pada anak lebih penting dibandingkan usia dan kematangan intelektual dalam memperkirakan tingkat kecemasan sebelum hospitalisasi (Wong, 2020).

Beberapa faktor risiko membuat anak-anak lebih rentan pada stress hospitalisasi. Hal tersebut dikarenakan perpisahan merupakan permasalahan penting bagi anak yang lebih muda, anak yang aktif dan memiliki keinginan yang kuat cenderung lebih baik ketika hospitalisasi dibandingkan anak yang pasif. Hal tersebut menyebabkan perawat harus mewaspadai anak-anak yang pasif dikarenakan membutuhkan dukungan yang lebih banyak dibandingkan anak yang aktif (Utami, 2024).

Berkembangnya gangguan emosional merupakan jangka panjang dari dampak hospitalisasi. Gangguan emosional terkait lama dan jumlah

masuk rumah sakit, serta jenis prosedur yang dijalani di rumah sakit. Hospitalisasi berulang dengan lama rawatan lebih dari empat minggu dapat berakibat di masa yang akan datang (Utami, 2024).

## D. Konsep Terapi Bermain *Flashcard*

a. Terapi Bermain

Terapi bermain merupakan usaha mengubah tingkah laku bermasalah, dengan menempatkan anak dalam situasi bermain. Biasanyaada ruangan khusus yang telah diatur sedemikian rupa sehingga anak bisa merasa lebih santai dan dapat mengekspresikan segala perasaaan dengan bebas. Dengan cara ini dapat diketahui permasalahn anak dan bagaimana mengatasinya (Adriana, 2021).

b. Definisi *flashcard*

Media Pembelajaran *Flash Card* adalah media pembelajaran dalam bentuk kartu bergambar yang berukuran 25 x 30 cm. Gambar-gambar yang dibuat menggunakan tangan atau foto atau memanfaatkan gambar atau foto yang sudah ada yang ditempelkan pada lembar-lembar flash card. gambar-gambar yang ada pada flash card merupakan rangkaian pesan yang disajikan dengan keterangan setiap gambar yang di cantumkan pada bagian belakang kartu (Susilana, dan Riyana, 2019: 94).

Dari pengertian flashcard di atas yaitu kartu belajar yang efektif mempunyai dua sisi dengan salah satu sisi berisi gambar, teks, atau tanda simbol dan sisi lainnya berupa definisi, keterangan gambar, jawaban, atau uraian yang membantu mengingatkan atau mengarahkan anak kepada sesuatu yang berhubungan dengan gambar yang ada pada kartu. Maka, dapat disimpulkan bahwa *flashcard* mempunyai ciri-ciri sebagai berikut:

1) *Flashcard* berupa kartu bergambar yang efektif.

2) Mempunyai dua sisi depan dan belakang.

3) Sisi depan berisi gambar atau tanda simbol.

4) Sisi belakang berisi definisi, keterangan gambar, jawaban, atau uraian.

5) Sederhana dan mudah membuatnya.

Media *flashcard* adalah kartu belajar yang efektif berisi gambar, teks, atau tanda simbol yang digunakan untuk membantu mengingatkan atau mengarahkan anak kepada sesuatu yang berhubungan dengan gambar, teks, atau tanda simbol yang ada pada kartu, serta merangsang pikiran dan minat siswa sehingga proses belajar terjadi.

## E. Asuhan Keperawatan Teoritis

1. Pengkajian

a. Identitas

Leukemia limfosit akut sering terdapat pada anak pada anak-anak usia dibawah 15 tahun (85%), puncaknya berada pada usia 2-4 tahun. Rasio lebih sering terjadi pada anak laki-laki dari pada anak perempuan.

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Alasan utama mengapa klien mencari pertolongan pada tenaga professional. Ditandai dengan adanya nyeri, kejang, anak tidak mau makan, anak rewel, anak gelisah, dan sakit kepala.

2) Riwayat Penyakit Sekarang

Biasanya pada anak dengan LLA mengeluh nyeri pada tulang-tulang, mual muntah, tidak nafsu makan dan lemas.

3) Riwayat Penyakit Dahulu

Biasanya mengalami demam yang naik turun, gusi berdarah, lemas dan dibawa ke fasilitas kesehatan terdekat karena belum mengetahui tentang penyakit yang diderita. Pada penderita LLA sering ditemukan riwayat keluarga yang terpapar oleh chemical toxins (benzene dan arsen), infeksi virus (epstein barr, HTLV-1), kelainan kromosom dan penggunaan obat-obatan seperti

phenylbutazone dan khlorophenicol, terai radiasi maupun kemoterapi.

4) Riwayat Penyakit Keluarga

Adakah keluarga yang pernah mengalami penyakit LLA karena merupakan penyakit genetik (keturunan).

5) Riwayat Imunisasi

Riwayat imunisasi (imunisasi yang pernah didapat, usia dan reaksi waktu imunisasi).

6) Riwayat Tumbuh Kembang

a) Pertumbuhan Fisik : berat badan, tinggi badan, waktu tumbuh gigi, jumlah gigi, pengukuran lingkar lengan atas, pengukuran lingkar kepala.

b) Perkembangan Tiap Tahap : usia anak saat berguling, duduk, merangkak, berdiri, berjalan, senyum kepada orang lain pertama kali, bicara pertama kali, kalimat pertama yang disebutkan dan umur mulai berpakaian tanpa bantuan.

7) Riwayat Nutrisi

a) Pemberian ASI

Pemberian susu formula : alasan pemberian, jumlah pemberian dan cara pemberian.

8) Riwayat Psikososial

a) Yang mengasuh anak dan alasannya

b) Pembawaan anak secara umum (periang, pemalu, pendiam dan kebiasaan menghisap jari, membawa gombal, ngompol).

c) Lingkungan rumah (kebersihan, keamanan, keselamatan, ventilasi).

9) Riwayat Spiritual

a) Support sistem dalam keluarga

b) Kegiatan keagamaan

10) Reaksi Hospitalisasi

a) Pengalaman keluarga tentang sakit dan rawat inap : alasan ibu membawa klien ke Rumah Sakit.

b) Menceritakan tentang kondisi anak, perasaan orang tua saat ini, orang tua selalu berkunjung ke RS, yang akan tinggal di RS dengan anak.

c) Pemahaman anak tentang sakit dan rawat inap.

11) Riwayat Pada Faktor-Faktor Pencetus Seperti Pada Dosis Besar, Radiasi Dan Obat-Obatan Tertentu Secara Kronis

a) Biasanya ditandai dengan pembesaran sumsum tulang dengan sel-sel lekemia yang selanjutnya menekan fungsi sumsum tulang.

2. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Meliputi : baik, jelek, sedang.

2) Tanda-Tanda Vital

TD : Tekanan Darah

N : Nadi

P : Pernapasan

S : Suhu

3) Atropemetri

BB : Berat Badan

TB : Tinggi Badan

4) Sistem Pernafasan

Inspeksi : terdapat onot bantu nafas. Palpasi : tidak ada nyeri tekan.

Perkusi : hipersonor.

Auskultasi : bunyi tambahan ronchi dan wheezing.

Jantung

Inspeksi : inctus cordis tampak atau tidak.

Palpasi : ictus cordis teraba atau tidak.

Perkusi : konfigurasi normal atau tidak.

Auskultasi : terdapat suara abnormal atau tidak.

5) Sisten Pencernaan

Mukosa bibir dan mulut kering atau tidak, anoreksia atau tidak, palpasi abdomen apakah mengalami distensi dan auskultasi peristaltik usus meningkat atau tidak.

6) Sistem Muskuloskeletal

Bentuk kepala, ekstermitas atas dan ektermitas bawah.

7) Sistem Integumen

Rambut : warna rambut, kebersihan, mudah tercabut atau tidak. Kulit : warna, temperatur, turgor, dan kelemba.

Kuku : warna, permukaan kuku, dan kebersihannya.

8) Sistem Endokrin

Keadaan kelenjer tiroid, suhu tubuh dan ekskresi urine.

9) Sistem Pengindraan

Mata : lapang pandang dan visus.

Hidung : kemampuan penciuman.

Telinga : keadaan telinga dan kemampuan pendengan.

10) Sistem Reproduksi

Observasi keadaan genetalia, dan perubahan fisik sistem reproduksi.

11) Sistem Neurologi

a) Fungsi cerebral.

Status mental : orientasi, daya ingat dan bahasa.

Tingkat kesadaran (eye, motorik, verbal) : dengan menggunakan *Gaslow Coma Scale* (GCS).

Kemampuan berbicara.

b) Fungsi karnial.

Fungsi motorik : massa otot, tonus oto, dan kekuatan otot.

Fungsi sensorik : respon terhadap suhu, nyeri, dan getaran.

Fungsi cerebrum : kemampuan koordinasi dan keseimbangan.

12) Pengkajian Pola Sehari-hari

a) Pola persepsi : mempertahankan kesehatan tidak spesifik dan berhubungan dengan kebiasaan buruk dalam mempertahankan kondisi kesehatan dan kebersihan diri. Kadang ditemukan laporan tentang riwayat terpapar bahan-bahan kimia dari orang tua.

b) Pola nutrisi : anak sering mengalami penurunan nafsu makan, anorexia, muntah, perubahan sensasi rasa, penurunan berat badan dan gangguan menelan, serta pharingitis. Dari pemeriksaan fisik ditemukan adanya distensi abdomen, penurunan bowel sounds, pembesaran limfa, pembesaran hepar akibat invasi sel-sel darah putih yang berpoliferasi secara abnormal, ikterus, stomatitis, dan adanya pembesaran gusi (bisa menjadi indikasi terhadap acute monolytic leukemia).

c) Pola eliminasi : anak kadang mengalami diare, penegangan pada perianal, nyeri abdomen, dan ditemukan darajh segar dan fases berwarna kecoklatan, darah dalam urin, serta penurunan urin output. Pada inspeksi di dapatkan adanya abses perianal, serta adanya kencing darah.

d) Pola tidur dan istirahat : anak memperlihatkan penurunan aktivitas dan lebih banyak waktu yang dihabiskan untuk tidur/istirahat karena mudah mengalami kelelahan.

e) Pola kognitif dan persepsi : anak penderita LLA sering ditemukan mengalami penurunan kesadaran (somnolence), iritabilits otot dan adanyan keluhan sakit kepala, disorientasi, karena sel darah putih yang abnormal berinfiltrasi kesusunan saraf pusat.

f) Pola mekanisme koping dan stress : anal berada dalam kondisi yang lemah dengan pertahann tubuh yang sangat jelek. Dalam pengkajian dapat ditemukan adanya depresi, cemas, takut, marah,

dan iritabilitas. Juga ditemukan perbahan suasana hati, dan bingung.

g) Pola seksual : pada pasien anak-anak pola seksual belum dapat dikaji.

h) Pola hubungan peran : pasien anak-anak biasanya merasa kehilangan kesempatan bermain dan berkumpul bersama teman-teman serta belajar.

i) Pola keyakinan dan nilai : anak pra sekolah mengalami kelemahan umum dan ketidakberdayaan melakukan ibadah.

13) Pengkajian tumbuh kembang.

a) Pemeriksaan penunjang

1. *Count Blood Cells* : indikasi normocytic, normocityc anemia.
2. Hemoglobin : bisa kurang dari 10 gr%.
3. Retikulosit : menurun atau rendah.
4. Kekurangan trimbosit : sangat rendah (<50.000/mm).

b) Pemeriksaan darah putih : >50.000/mm dengan peningkatan WBC (kiri ke kanan).

c) Serum/urin uric acid : meningkat.

d) Serum zinc : menurun.

e) Bone Marrow Biopsy (BMB) : indikasi 60-90% adalah blast sel denga erythoid.

f) Prekursor, sel matur dan penurunan megakaryosit.

g) Rongent dada dan biopsi kelenjer limfa : menunjukkan tingkat kesulitan tertentu.

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang aktual maupun potensial. Diagnosis ini bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Berikut daftar diagnosis keperawatan yang mungkin muncull pada anak dengan LLA berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2017

1. Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Penurunan Konsentrasi Hemoglobin d.d pengisisan kapiler > 3 detik, akral teraba dingin, warna kulit pucat (D.0009)
2. Intoleransi aktivitas b.d Kelemahan d.d mengeluh Lelah (D.0056)
3. Ansietas b.d Krisis Situasional Hospitalisasi d.d tampak gelisah, muka tampak pucat (D.0080)
4. Nyeri akut b.d Agen Pencedera Fisiologis d.d tampak meringis, gelisah, menarik diri (D.0077)
5. Hipertemi b.d Proses Penyakit Kanker d.d suhu tubuh diatas nilai normal, takikardi (D.0130)

4. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala bentuk treatment yang dikerjakan ole perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai tujuan luaran yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Diagnosa berdasarkan SIKI :

1. Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Penurunan Konsentrasi Hemoglobin (D.0009)

   Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan perfusi perifer menigkat, dengan kriteria hasil :

   1. Kekuatan nadi perifer meningkat (5)
   2. Warna kulit pucat menurun (5)
   3. Turgor Kulit Membaik (5)

   Intervensi Manajemen Sensasi Perifer (I.06195)

   Observasi:

   a. Identifikasi penyebab perubahan sensasi
   b. Monitor terjadinya parestesia, jika perlu

c. Monitor perubahan kulit

d. Monitor adanya tromboflebitis dan tromboemboli vena

Terapeutik:

a. Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin)

b. Penggunaan kompres hangat/dingin hanya untuk mempertahankan suhu tubuh

c. Jaga posisi tubuh dan ekstremitas

d. Diskusikan penggunaan modalitas terapi fisik (mis. TENS, biofeedback)

Edukasi:

a. Anjurkan memeriksa komplikasi pada kulit (mis. luka, kemerahan, bengkak) setiap hari

b. Ajarkan cara memeriksa suhu air mandi sebelum masuk ke kamar mandi

c. Ajarkan cara meminimalkan risiko cedera akibat penurunan sensasi

Kolaborasi:

a. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu

2. Intoleransi aktivitas b.d Kelemahan (D.0056)

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan Toleransi Aktivitas Meningkat, dengan kriteria hasil:

a. Frekuensi nadi membaik (5)

b. Keluhan lelah menurun (5)

c. Perasaan lemah menurun (5)

d. Warna kulit membaik (5)

Intervensi Utama: Manajemen Energi (I.05178)

Observasi:

a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
b. Monitor kelelahan fisik dan emosional
c. Monitor pola dan jam tidur

Terapeutik:

a. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)
b. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
c. Fasilitasi memilih aktivitas secara bertahap

Edukasi:

a. Anjurkan tirah baring
b. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
c. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
d. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

Kolaborasi:

a. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

3. Ansietas b.d Krisis Situasional (D.0080)

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan Tingkat Ansietas Menurun, dengan kriteria hasil:

a. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun (5)
b. Perilaku gelisah menurun (5)
c. Muka pucat menurun (5)
d. Konsentrasi membaik (5)
e. Pola tidur membaik (5)

Intervensi Utama: Reduksi Ansietas (I.09314)

Observasi:

a. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor)
b. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
c. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

Terapeutik:

a. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
b. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan
c. Pahami situasi yang membuat ansietas
d. Dengarkan dengan penuh perhatian
e. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan

Edukasi:

a. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
b. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu
c. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
d. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
e. Latih teknik relaksasi

Kolaborasi:

a. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu

4. Nyeri akut b.d Agen Pencedera Fisiologis (D.0077)

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil:

a. Keluhan Nyeri menurun (5)
b. Meringis menurun (5)
c. Gelisah menurun (5)

d. Frekuensi nasi membaik (5)

e. Pola tidur membaik (5)

Intervensi Manajemen Nyeri (I.08238)

Observasi:

a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

b. Identifikasi skala nyeri

c. Identifikasi respon nyeri non verbal

d. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup

e. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan

f. Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik:

a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)

b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

c. Fasilitasi istirahat dan tidur

d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi:

a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

b. Jelaskan strategi meredakan nyeri

c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

Kolaborasi:

a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

5. Hipertemi b.d Proses Penyakit Kanker (D.0130)

   Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan Termoregulasi Membaik, dengan kriteria hasil:

   a. Kulit merah menurun (5)
   b. Pucat menurun (5)
   c. Takikardia menurun (5)
   d. Suhu tubuh membaik (5)
   e. Pengisian kapiler membaik (5)

   Intervensi Utama: Manajemen Hipertermia (I.15506)

   Observasi:

   a. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator)
   b. Monitor suhu tubuh
   c. Monitor komplikasi akibat hipertermia

   Terapeutik:

   a. Sediakan lingkungan yang dingin
   b. Longgarkan atau lepaskan pakaian
   c. Basahi dan kipasi permukaan tubuh
   d. Berikan cairan oral
   e. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih)

   Edukasi:

   a. Anjurkan tirah baring

   Kolaborasi:

   a. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap ke empat dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan. Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (SDKI, 2022).

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan, mebandingkan hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya dan menilai efektivitas proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian, perencanaan dan pelaksanaan. Evaluasi disusun menggunkan SOAP.

S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan.

O : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan.

A : Analisa ualang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap muncul atau ada masalah baru atau ada masalah yang kontradiktif dengan masalah yang ada.

P : Perencanaan atau tindakan lanjut berdasarkan hasil analisa respon klien

# BAB III

# METODOLOGI PENELITIAN

## A. Desain Penelitian

Desain studi kasus ini merupakan deskriptif, yaitu mendeskripsikan atau menjelaskan fenomena dan peristiwa yang terjadi. Dimana desain studi kasus ini adalah menggambarkan penerapan terapi bermain *flashcard* pada An. A dengan leukemia limfoblastik akut dalam masa perawatan dalam membantu menurunan kecemasan akibat hospitalisasi dengan menggunakan metode proses keperawatan dan dijabarkan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

## B. Subjek Studi Kasus

Subjek studi kasus yang dikaji adalah pasien An. A dengan Leukemia Limfoblastik Akut berusia 5 tahun, berjenis kelamin Perempuan, pasien tinggal bersama anggota keluarganya dan pasien beserta keluarga pasien bersedia menjadi responden karya tulis ilmiah.

## C. Lokasi dan Waktu

1. Tempat Studi Kasus

   Tempat pelaksanaan studi kasus di Ruang Paviliun Ade Irma Suryani Lt. 2 RSPAD Gatot Soebroto

2. Waktu Pelaksanaan Studi Kasus

   Waktu pelaksanaan studi kasus dilaksanakan selama 3 hari, dimulai pada tanggal 4 Mei sampai dengan 6 Mei 2026.

## D. Fokus Studi Kasus

Studi kasus yang berfokus pada penerapan asuhan keperawatan untuk menurunkan kecemasan pada An. A dengan diagnosa Leukemia Limfoblastik Akut.

**E. Instrumen Studi Kasus (Terlampir)**

Instrument yang digunakan dalam studi kasus yang dilakukan penulis, diantaranya :

1. Format pengkajian anak

   Penulis melakukan pengkajian pada pasien anak usia 5 tahun dengan diagnosis leukemia limfoblastik akut yang di dokumentasikan dalam format pengkajian keperawatan. Format pengkajian meliputi identitas pasien, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan sekarang, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, pola kebutuhan dasar, serta penatalaksanaan medis dan keperawatan yang diberikan kepada pasien.
2. Lampiran SOP Terapi Bermain *flashcard*

   Penulis menggunakan Standar Operasional Prosedur (SOP) terapi bermain *flashcard* sebagai pedoman dalam pelaksanaan intervensi keperawatan. SOP digunakan untuk memastikan tindakan terapi bermain dilakukan sesuai prosedur.
3. Alat pemeriksaan fisik (Nursing Kit)

   Penulis menggunakan nursing kit untuk pemeriksaan fisik dan pengawasan kondisi pasien secara berkala, Alat-alatnya meliputi termometer, stetoskop, tensimeter, serta jam tangan untuk pengukuran frekuensi nadi dan napas, termasuk instrumen pengukuran lain yang diperlukan dalam memantau tanda-tanda vital pasien sepanjang perawatan.
4. Lampiran Lembar Observasi (skala FIS)

   Lembar FIS (*Facial Image Scale*) digunakan sebagai alat ukur untuk mengetahui tingkat kecemasan yang dialami pasien anak sebelum dan sesudah menjalani terapi bermain *flashcard*.
5. Lampiran Dokumentasi Kegiatan Terapi

   Dokumentasi dilakukan selama pelaksanaan terapi bermain *flashcard* berlangsung. Dokumentasi meliputi catatan

perkembangan kondisi pasien, respon pasien terhadap terapi, hasil pengukuran tingkat kecemasan, serta dokumentasi kegiatan saat pelaksanaan terapi bermain *flashcard*.

## F. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada penelitiaan ini dilakukan dengan cara observasi, wawancara, pemeriksaan fisik, kuesioner, dan analisa penyajian pada data An. A adalah sebagai berikut :

1. Observasi

   Teknik pengumpulan data dalam studi kasus ini menggunakan metode observasi, yaitu pengamatan langsung terhadap objek penelitian. Berdasarkan hasil pengamatan tersebut, ditemukan bahwa selama menjalani perawatan di rumah sakit, anak menunjukkan respons hospitalisasi berupa peningkatan frekuensi menangis, tampak gelisah, merasa takut ketika berinteraksi dengan tenaga kesehatan, serta menunjukkan ketergantungan yang tinggi untuk selalu didampingi oleh orang tua.

2. Wawancara

   Wawancara dalam studi kasus ini dilakukan dengan orang tua anak, pasien, serta perawat di ruang anak. Orang tua mengonfirmasi bahwa selama menjalani perawatan dan setiap kali akan dilakukan tindakan medis, anak merespons dengan perilaku rewel, menangis histeris, gelisah, dan mengeksprsikan ketakutan saat melihat tim medis masuk ke ruangan Selain itu, anak menunjukkan *separation anxiety* yang tinggi dengan selalu menolak ditinggal oleh orang tuanya, menunjukkan sikap defensif/menolak tindakan medis.

3. Pemeriksaan fisik

   Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien adalah tanda - tanda vital: Tekanan Darah: 110/70mmHg, Nadi: 88x/menit, suhu

36,5°C, Saturasi oksigen: 98 %, Pernafasan: 22x/menit. Berat badan: 18 kg, Tinggi Badan: 105 cm, Lingkar Kepala: 45 cm, Lingkar Perut: 50 cm, Lingkar Lengan atas: 22 cm. Kesadaran composmentis.

4. Data Penunjang

Data objektif tambahan diperoleh melalui pemeriksaan penunjang, yaitu serangkaian prosedur medis yang diindikasikan secara khusus untuk menegakkan diagnosis, menentukan langkah terapeutik, serta melengkapi informasi klinis pasien lewat uji laboratorium. Berdasarkan lembar hasil laboratorium pasien, diperoleh nilai Hemoglobin (Hb) sebesar 11,6 g/dL, Leukosit mencapai 87.100 /µL, Hematokrit berada di angka 38%, dan Trombosit tercatat 417.000 /µL. Sementara itu, untuk pemeriksaan kimia darah dan elektrolit menunjukkan kadar Albumin sebesar 4,2 g/dL, Kalium sebesar 4,0 mEq/L, serta Kalsium berada pada rentang 9,7 mg/dL

## G. Etika Penelitian

Aspek etika merupakan instrumen krusial yang wajib dipenuhi sepanjang pelaksanaan penelitian. Langkah awal yang dilakukan peneliti adalah memperoleh persetujuan resmi dari institusi pendidikan serta mengurus perizinan kepada instansi tempat penelitian berlangsung. Selanjutnya, guna melindungi hak-hak subjek penelitian, peneliti menerapkan empat prinsip etis utama sebagai berikut:

1. *Informed Consent* (Lembar Persetujuan Responden) Pernyataan tertulis ini diserahkan kepada responden yang telah memenuhi kriteria inklusi dan bersedia berpartisipasi. Sebelum menandatanganinya, responden diberikan penjelasan mengenai judul, tujuan, serta kemanfaatan dari studi yang dilakukan.
2. *Anonymity* (Tanpa Nama) Guna memproteksi identitas personal subjek, peneliti sama sekali tidak mencantumkan nama asli

responden pada lembar instrumen penelitian. Sebagai gantinya, identitas diganti dengan penggunaan sistem pengkodean khusus.

3. *Confidentiality* (Kerahasiaan) Seluruh data dan informasi yang dihimpun dari responden dijamin kerahasiaannya secara penuh oleh peneliti. Informasi yang dipublikasikan dalam laporan KTI hanyalah data kolektif yang relevan dan mendukung hasil studi.
4. *Beneficence* (Kemanfaatan) Penerapan prinsip *beneficence* dalam penelitian ini mencakup tiga poin utama:
   a. Bebas dari penderitaan: Peneliti menjamin bahwa seluruh rangkaian kegiatan tidak akan memicu rasa sakit fisik maupun tekanan psikologis pada responden.
   b. Bebas dari eksploitasi: Responden dipastikan tidak akan mengalami kerugian atau dimanfaatkan secara sepihak, mulai dari awal pengambilan data hingga penelitian berakhir.
   c. Manfaat penelitian: Studi ini memberikan dampak positif berupa perluasan wawasan responden terkait metode pemulihan atau reduksi tingkat ansietas pada anak selama menjalani masa hospitalisasi

# BAB IV

# HASIL DAN PEMBAHASAN

Studi kasus ini dilakukan di Ruang Paviliun Ade Irma Suryani Lt. 2 RSPAD Gatot Soebroto Jakarta selama 3 hari, yaitu pada tanggal 4 Mei sampai dengan 6 Mei 2026. Studi kasus dilakukan pada An. A dengan diagnosis medis Leukemia Limfoblastik Akut yang mengalami hospitalisasi. Data yang akan menjadi pembahasan meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan didukung dengan jurnal atau penelitian yang sejalan.

## A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah proses sistematis dalam pengumpulan data subjektif dan objektif mengenai kondisi kesehatan klien, yang menjadi dasar untuk menetapkan diagnosa keperawatan dan rencana asuhan keperawatan selanjutnya (Potter & Perry, 2020)

Pada saat pengkajian pada An. A, anak perempuan berusia 5 tahun, dirawat di RSPAD Gatot Soebroto sejak 3 Mei 2026 dengan diagnosa medis Leukemia Limfoblastik Akut (LLA). Pasien masuk melalui IGD dengan keluhan utama nyeri badan, mual muntah serta tampak lemas. Selain itu, An. I dijadwalkan menjalani sesi kemoterapi berikutnya. Pada saat pengkajian dilakukan tanggal 3 Mei 2026, klien mengeluhkan badannya sakit sakit disertai rasa mual dan lemas. Sejak pagi hari, klien telah mengalami muntah sebanyak satu kali. Secara verbal, An. A menyatakan tidak ingin menjalani kemoterapi karena merasa takut. Hal ini diperkuat oleh pernyataan ibu klien yang mengatakan bahwa anaknya sering kali menunjukkan respons penolakan saat jadwal kemoterapi tiba, seperti rewel, tidak mau makan, sulit tidur, menangis tanpa alasan, dan tantrum.

Secara psikologis, klien tampak cemas, takut ditinggalkan, dan sangat bergantung pada kehadiran ibunya, termasuk saat prosedur

kemoterapi berlangsung. Klien tidak ingin ditinggal bahkan untuk waktu yang singkat. Hasil pengkajian kecemasan menggunakan *Facial Image Scale* (FIS) menunjukkan angka 5, yang menandakan tingkat kecemasan yang cukup tinggi. Secara fisik, pasien tampak lemah, konjungtiva anemis, dan menunjukkan tanda-tanda dehidrasi ringan seperti turgor kulit menurun dan bibir kering. Pemeriksaan TTV menunjukkan Tekanan Darah: 110/70mmHg, Nadi: 88x/menit, suhu 36,5°C, Saturasi oksigen: 98 %, Pernafasan: 22x/menit.

Berdasarkan temuan ini, An. A menunjukkan gejala nyeri, mual muntah, dan kecemasan yang memengaruhi partisipasi dalam terapi, pemenuhan kebutuhan nutrisi, dan kenyamanan psikologis. Pengakjian nyeri : Face (Wajah): Anak tampak meringis sesekali (skor 1), Legs (Kaki): Kaki tampak sedikit gelisah dan tegang (skor 1), Activity (Aktivitas): Anak tampak resah, memegang dada hingga punggung saat nyeri muncul (skor 1), Cry (Tangisan): Anak mengeluh dengan tangisan pelan saat nyeri terasa menusuk (skor 1), Consolability (Dapat ditenangkan): Anak dapat ditenangkan setelah diberikan pelukan (skor 0), Total skor FLACC = 4, menunjukkan nyeri sedang.

Anak dengan Leukemia Limfoblastik Akut (LLA) umumnya menunjukkan berbagai gejala sistemik akibat proliferasi sel leukemik yang tidak normal di sumsum tulang dan organ lainnya. Pada kasus An. A, ditemukan keluhan lemas, mual, muntah, nyeri badan yang merupakan gambaran klinis umum pada pasien LLA. Gejala ini berkaitan dengan infiltrasi sel leukemik yang mengganggu fungsi hematopoietik normal, sehingga terjadi anemia, trombositopenia, dan neutropenia (Widjaja, 2023). Tanda konjungtiva anemis, bibir kering, serta turgor kulit menurun yang ditemukan pada An. A juga menunjukkan kondisi anemia dan kemungkinan gangguan hidrasi ringan yang umum terjadi akibat penurunan asupan dan efek samping kemoterapi.

Gejala mual, muntah, serta ketidaknyamanan perut yang dialami An. A kemungkinan besar merupakan efek samping dari kemoterapi sebelumnya atau respons tubuh terhadap infiltrasi leukemik pada sistem

gastrointestinal. Menurut Sutaryo (2024), mual dan muntah pada anak dengan LLA dapat muncul akibat iritasi pusat muntah di medula oblongata akibat pengaruh obat sitostatika, stres, atau metabolisme abnormal. Hal ini diperkuat dengan pernyataan ibu pasien yang mengatakan bahwa gejala tersebut selalu muncul menjelang jadwal kemoterapi.

Keluhan nyeri badan, dengan sensasi menusuk, dan skala nyeri 4 dari 10 yang dialami An. A dapat dihubungkan dengan efek infiltrasi sel leukemik ke dalam jaringan mediastinum atau akibat penurunan ambang nyeri karena kondisi tubuh yang lemah. Seperti dijelaskan oleh Tambunan (2021), anak dengan leukemia sering mengalami nyeri pada tulang atau dada sebagai akibat dari penekanan sumsum tulang oleh sel blast yang berlebih. Hal ini sesuai dengan hasil pengkajian nyeri yang dilakukan pada An. A

Secara psikologis, An. A menunjukkan tanda kecemasan tinggi seperti tidak ingin ditinggal orang tua, sering menangis tanpa sebab, rewel, dan menunjukkan hasil skala 4 *pada Facial Image Scale* (FIS). Menurut Hockenberry & Wilson (2021), anak usia prasekolah dengan penyakit kronis seperti LLA rentan mengalami kecemasan dan gangguan emosional karena keterbatasan dalam memahami penyakit dan prosedur pengobatan yang berulang. Respons takut dan menolak kemoterapi yang ditunjukkan An. A merupakan bentuk distress psikologis yang umum terjadi, apalagi jika sebelumnya pernah mengalami efek samping seperti nyeri atau muntah.

Menurut Hockenberry & Wilson (2021) dalam *Wong's Nursing Care of Infants and Children,* anak yang mengalami kecemasan selama dirawat menunjukkan perilaku regresif seperti kembali mengompol, menarik diri, atau menjadi sangat lengket pada orang tua. Hal ini merupakan bentuk distress psikologis yang perlu ditangani dengan pendekatan suportif dan komunikasi terapeutik yang sesuai usia. Gejala sesak napas dan demam pada anak dengan bronkopneumonia merupakan manifestasi fisiologis dari proses infeksi paru, sementara kecemasan

selama perawatan di rumah sakit merupakan respons emosional yang wajar namun perlu dikenali dan ditangani untuk mendukung penyembuhan secara holistik.

Asumsi penulis, berdasarkan teori dan hasil pengkajian yang dilakukan, dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan signifikan antara konsep teoritis dan kondisi aktual pada kasus. Anak yang menderita Leukemia Limfoblastik Akut (LLA) tidak hanya mengalami gangguan fisiologis, seperti kelemahan, mual, nyeri, dan penurunan nafsu makan, tetapi juga menghadapi tekanan psikologis yang cukup berat, terutama menjelang dan selama prosedur kemoterapi. Lingkungan rumah sakit yang asing, rutinitas pengobatan yang invasif, serta rasa takut akan prosedur medis menjadi pemicu munculnya kecemasan pada anak. Kondisi ini semakin kompleks pada anak usia balita seperti An. A, yang masih berada dalam fase perkembangan emosional dan ketergantungan yang tinggi terhadap kehadiran orang tua, sehingga keterpisahan singkat pun dapat memicu tangisan, penolakan terapi, bahkan tantrum.

## B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis yang dibuat oleh perawat terhadap respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan, baik yang aktual maupun potensial. Diagnosa ini menjadi dasar dalam menentukan rencana intervensi keperawatan yang tepat dan terarah (Nanda, 2021). Berikut diagnosa yang bisa diangkat pada An. A yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisiologis diangkat berdasarkan tanda dan gejala berikut : An. A mengeluhkan nyeri pada badannya, yang dirasakan sejak dirawat di rumah sakit. Keluhan tersebut diperkuat oleh keterangan ibu klien yang menyatakan bahwa An. A menjadi lebih rewel, sulit makan, dan mengalami gangguan tidur. Klien tampak tidak nyaman dan beberapa kali menunjukkan ekspresi meringis saat nyeri muncul. Pengkajian nyeri menggunakan pendekatan PQRST diperoleh hasil sebagai berikut: P (Provoking factor): Nyeri

berkaitan dengan proses penyakit (Leukemia Limfoblastik Akut/LLA), Q (Quality): Nyeri dirasakan seperti menusuk-nusuk, R (Region): Nyeri dirasakan diseluruh badan, S (Severity): Skala nyeri 4 dari 10 menurut pengamatan dan ekspresi wajah, T (Time): Nyeri muncul secara berulang setiap 4–5 menit. Tanda-tanda vital yang dicatat menunjukkan tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 88 kali/menit, suhu tubuh 36,5°C, dan laju pernapasan 22 kali/menit, yang masih dalam batas normal namun mencerminkan adanya kompensasi tubuh terhadap nyeri. Temuan ini mendukung adanya nyeri akut sebagai bagian dari manifestasi klinis yang sering dialami oleh anak dengan LLA, terutama saat sel abnormal mulai menginfiltrasi organ tubuh dan memengaruhi kenyamanan pasien.

2. Ansietas berhubungan dengan reaksi hospitalisasi diangkat berdasarkan tanda dan gejala berikut : An. A menunjukkan tanda-tanda kecemasan yang tinggi menjelang pelaksanaan kemoterapi. Klien secara verbal menyatakan tidak ingin menjalani kemoterapi karena merasa takut, dan secara emosional menunjukkan penolakan dengan menangis, rewel, dan menolak makan serta tidur. Ibu klien juga menjelaskan bahwa perilaku ini selalu muncul setiap kali An. A akan menjalani kemoterapi, Klien bahkan menyatakan tidak ingin dirawat di rumah sakit dan ingin segera pulang ke rumah, yang menunjukkan penolakan terhadap situasi perawatan. Secara perilaku, An. A sangat bergantung pada kehadiran ibunya, bahkan saat tindakan medis dilakukan. Ibu klien menyampaikan bahwa klien tidak ingin ditinggalkan walau sesaat, sering menangis tanpa sebab yang jelas, dan kadang mengalami tantrum, terutama saat berada di ruang rawat inap atau menjelang prosedur pengobatan. Kondisi ini menandakan adanya kecemasan separasi dan ketakutan terhadap prosedur, yang umum terjadi pada anak usia prasekolah dengan penyakit kronis. Hasil observasi menunjukkan ekspresi cemas, tangisan berulang, dan perilaku menolak makan, serta enggan berpisah dari orang tua. Hasil pengkajian Facial Image Scale (FIS) menunjukkan skor 5, yang menggambarkan tingkat kecemasan

tinggi. Tanda-tanda vital dalam batas normal (TD: 110/70 mmHg, Nadi: 88x/menit, RR: 22x/menit, Suhu: 36,5°C), namun perubahan emosional dan psikologis menjadi perhatian utama dalam manajemen keperawatan

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan diangkat berdasarkan tanda dan gejala berikut : Ibu klien mengatakan bahwa An. A dibantu dalam memenuhi kebutuhannya karena merasa lemas dan badan sakit-sakit. Ibu juga menyampaikan bahwa An. A tampak lemah karena tidak mau makan dan tidak bisa beraktivitas, sebab nyeri bertambah ketika melakukan aktivitas. Dari pengakuan pasien sendiri, An. A mengatakan tubuhnya terasa lemah dan pegal-pegal. Hasil pemeriksaan menunjukkan tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 88 kali/menit, suhu 36,5°C, dan respirasi 22 kali/menit. Keadaan umum pasien tampak lemah. Secara objektif, An. A terlihat meringis kesakitan, tidak mau makan, lemas, dibantu dalam memenuhi kebutuhan, serta lebih banyak terbaring di tempat tidur tanpa bersemangat.

## C. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah tindakan atau rangkaian aktivitas yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien mencapai tujuan keperawatan yang telah ditetapkan dalam rencana asuhan. Intervensi ini bersifat terencana, berbasis bukti, dan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan serta kebutuhan individu pasien (Potter & Perry, 2020) .

Intervensi pada diagnosa nyeri akut yaitu meliputi identifikasi karakteristik dan skala nyeri, respons nonverbal, serta faktor yang memperberat atau meringankan nyeri. Perawat memantau pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup, efektivitas terapi komplementer, dan efek samping analgetik. Tindakan mencakup teknik nonfarmakologis seperti kompres hangat, terapi musik, pijat, dan imajinasi terbimbing, serta pengaturan lingkungan dan fasilitasi istirahat. Edukasi diberikan terkait penyebab nyeri, strategi pengurangan, dan penggunaan analgetik yang tepat. Kolaborasi dilakukan untuk pemberian obat bila diperlukan.

Intervensi pada diagnosa ansietas yaitu melakukan reduksi ansietas mencakup identifikasi tingkat ansietas, kemampuan mengambil keputusan, serta pemantauan tanda verbal dan nonverbal. Pendekatan terapeutik dilakukan dengan menciptakan suasana yang tenang dan suportif, menemani pasien, mendengarkan secara aktif, serta menggunakan pendekatan yang meyakinkan. Perawat membantu pasien mengenali pemicu kecemasan dan menyusun rencana realistis, termasuk melalui terapi bermain seperti *flashcard*. Edukasi diberikan mengenai prosedur, pengobatan, serta latihan teknik relaksasi, pengalihan, dan mekanisme pertahanan diri yang sehat. Anak juga dapat diberikan terapi bermain seperti bermain *flashcard*. Kolaborasi dilakukan untuk pemberian obat ansietas bila diperlukan

## D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap pelaksanaan dari rencana asuhan keperawatan yang telah disusun berdasarkan diagnosa keperawatan. Menurut Potter & Perry (2020), implementasi merupakan proses di mana perawat melakukan intervensi yang telah direncanakan untuk membantu pasien mencapai tujuan kesehatan yang diharapkan. Tahap ini melibatkan tindakan langsung maupun tidak langsung, mulai dari pemberian asuhan fisik, dukungan emosional, edukasi, hingga kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya (Potter & Perry, 2020).

Implementasi yang dilakukan untuk An.A terkait dengan diagnosa ansietas adalah memberikan terapi non-farmakologis berupa terapi bermain antara *flashcard*. Penerapan ini dilakukan selama 3 hari terhitung mulai tanggal 05 Mei 2026- 07 Mei 2026. Pada penerapan ini dilakukan pengukuran tingkat kecemasan sebelum dan sesudah terapi menggunakan lembar observasi kecemasan (FIS) yang saat penerapannya perawat yang mengobservasi terapi bermain memilih skala kecemasan pasien sesuai dengan apa yang diamati terhadap klien saat sebelum dan setelah mendapatkan terapi dari penulis. Terjadi perubahan yang signifikan dalam penurunan tingkat kecemasan setelah dilakukan terapi dengan hasil

:

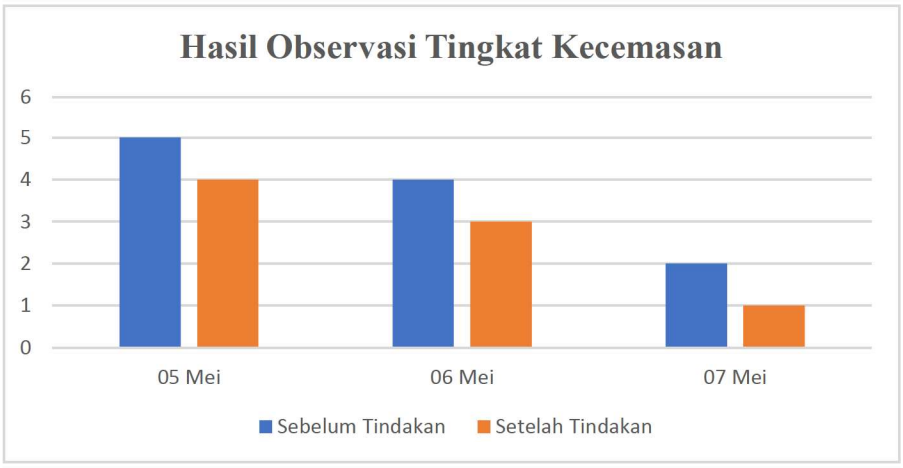



Diagram diatas menunjukkan penurunan tingkat kecemasan dari hari pertama sampai hari ke tiga yang terus mengalami penurunan disetiap harinya dari tingkat kecemasan 5 (kecemasan berat) pada hari pertama dan menurun menjadi tingkat kecemasan 1 (sangat tidak cemas) pada hari terakhir terapi. Penerapan terapi pada pasien dilakukan selama 3 hari berturut-turut. Setiap pertemuan berlangsung 20 menit dengan tatacara pelaksanaan yaitu menceritakan isi gambar, menebak isi gambar, dan menggambar dengan cara menarik titik garis yang ada pada kartu.

Hasil studi kasus diatas, didukung oleh *Evidence-Based Practice (EBP)* yang dilakukan oleh Agustian et al., (2026) dengan menggunakan instrument pengukuran visual *Facial Image Scale (FIS)* yang terbukti sangat berguna untuk anak usia prasekolah. Sebelum dilakukan intervensi, kedua responden anak yang mengalami hospitalisasi akibat febris menunjukkan tingkat kecemasan yang sama tinggi, berada pada skala 4 yang mengindikasikan perasaan "tidak senang" akibat trauma perawatan sebelumnya dan ketakutan terhadap tindakan invasif seperti injeksi. Namun, setelah diimplementasikan terapi bermain flashcard—dengan materi gambar hewan, sayuran, dan anggota tubuh pada responden I serta abjad, angka, dan benda pada responden II—kedua anak mengalami penurunan kecemasan yang sangat signifikan hingga mencapai skala 1 yang berarti "sangat senang".

Penurunan respons kecemasan visual ini dicapai oleh responden I pada hari kedua penerapan, sedangkan responden II mencapainya pada hari ketiga. Temuan dari penelitian terdahulu ini menjadi dasar EBP yang kuat bagi penulis untuk menerapkan intervensi serupa pada studi kasus tunggal ini, dengan penekanan bahwa penggunaan instrumen visual seperti skala FIS jauh lebih efektif untuk mengevaluasi status emosional anak prasekolah yang memiliki keterbatasan dalam kesadaran bahasa dan ekspresi verbal.

Secara psikologis, permainan kartu edukatif ini memfasilitasi anak usia prasekolah untuk mengeksplorasi rasa ingin tahu mereka dan mengekspresikan emosi secara positif tanpa adanya paksaan. Proses menebak gambar, membaca uraian teks di balik kartu, serta berinteraksi aktif dengan perawat atau orang tua bertindak sebagai media pelepasan stres yang adaptif dan aman bagi anak. Stimulasi mental yang didapatkan saat bermain *flashcard* mampu menurunkan aktivitas sistem saraf simpatis dan memicu pelepasan neurotransmiter yang meningkatkan suasana hati (*mood*), sehingga anak menjadi lebih kooperatif terhadap tindakan keperawatan. Penggunaan media ini terbukti krusial dalam meminimalkan trauma hospitalisasi sekaligus mendukung koping emosional anak agar tetap stabil selama menjalani rawat inap di ruangan (Susilana & Riyana, 2019)

Dalam konteks keperawatan, terapi bermain dengan *flashcard* dapat dimasukkan ke dalam intervensi nonfarmakologis untuk reduksi ansietas, terutama bagi anak usia prasekolah dan usia sekolah awal yang cenderung belum mampu mengelola kecemasan secara verbal. Selain itu, slime bersifat fleksibel dan mudah diakses, sehingga menjadi alat bantu yang efektif dan menyenangkan bagi tenaga kesehatan untuk menjalin komunikasi dan membangun hubungan terapeutik dengan pasien anak.

## E. Evaluasi Keperawatan

Menurut Potter & Perry (2020), evaluasi merupakan proses sistematis untuk menentukan respon pasien terhadap tindakan

keperawatan, dan menjadi dasar dalam mengambil keputusan apakah rencana keperawatan perlu dilanjutkan, diubah, atau dihentikan. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan kondisi pasien saat ini dengan kriteria hasil (outcome) yang telah ditetapkan sebelumnya.

Setelah dilakukan implementasi diagnosa keperawatan kecemasan didapatkan evaluasi An. A menunjukkan kemajuan yang positif dalam hal emosional. Klien menyatakan bersedia menjalani kemoterapi selama ditemani ibunya, yang mencerminkan adanya rasa aman. Ibu klien juga mengungkapkan bahwa An. A tidak lagi rewel, tampak lebih tenang, dan menunjukkan ketertarikan terhadap aktivitas bermain, khususnya saat bermain *flashcard* bersama perawat, yang menurut klien sangat menyenangkan. Secara objektif, tanda-tanda vital dalam batas normal (TD: 110/80 mmHg, N: 90x/menit, T: 36,5°C, RR: 23x/menit). Klien tampak ceria dan antusias selama sesi terapi bermain. Hasil pengkajian kecemasan menggunakan *Facial Image Scale* (FIS) menunjukkan penurunan dari skala 5 sebelum terapi di hari pertama menjadi skala 1 setelah terapi dihari terakhir, yang mengindikasikan kecemasan ringan dan terkendali. Berdasarkan data tersebut, masalah keperawatan kecemasan dinyatakan teratasi, ditandai dengan munculnya rasa nyaman, tenang, dan respon positif terhadap intervensi bermain *flashcard*.

# BAB V

# KESIMPULAN DAN SARAN

## A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus dalam penerapan asuhan keperawatan pada An. A dengan diagnosis Leukemia Limfoblastik Akut (LLA) yang mengalami hospitalisasi di Ruang Paviliun Ade Irma Suryani Lt. 2 RSPAD Gatot Soebroto, didapatkan masalah keperawatan yaitu ansietas berhubungan dengan krisis situasional yaitu hospitalisasi.

Diperoleh hasil pengkajian keperawatan yang berfokus pada ansietas Adalah Pasien anak tampak rewel, menangis, gelisah, mengekspresikan penolakan terhadap prosedur pengobatan, menunjukkan ketakutan terhadap tenaga kesehatan, mengalami *separation anxiety*, serta skor *Facial Image Scale* (FIS) = 5 yang menandakan tingkat kecemasan yang cukup tinggi. Intervensi dan implementasi keperawatan yang utama dilakukan yaitu reduksi ansietas melalui penerapan terapi bermain *flashcard*. Tindakan keperawatan mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah, memantau tanda ansietas verbal dan nonverbal, memfasilitasi ekspresi perasaan anak, serta memberikan teknik distraksi kognitif interaktif melalui media kartu bergambar (*flashcard*).

Berdasarkan hasil evaluasi keperawatan yang dilakukan selama 3 hari, didapatkan adanya penurunan tanda ansietas. Pasien menunjukkan kemajuan emosional yang sangat positif, tampak ceria, antusias, bersedia menjalani kemoterapi selama ditemani ibunya, dan lebih kooperatif terhadap tindakan medis setelah diberikan intervensi bermain. Skor kecemasan *Facial Image Scale* (FIS) berhasil menurun secara optimal dari skor 5 menjadi skor 1 (kecemasan ringan). Berdasarkan hasil tersebut, dapat disimpulkan bahwa penerapan terapi

bermain *flashcard* terbukti efektif membantu menurunkan tingkat ansietas, meminimalkan trauma hospitalisasi, serta meningkatkan kenyamanan dan adaptasi emosional anak selama menjalani rawat inap

## B. Saran

1. Bagi Perawat

   Diharapkan bagi tenaga keperawatan, khususnya di ruang perawatan anak, dapat mengintegrasikan terapi bermain menggunakan media *flashcard* sebagai salah satu modalitas intervensi nonfarmakologis yang rutin. Pendekatan ini sangat direkomendasikan untuk mereduksi distres psikologis, mengatasi rewel, dan menurunkan tingkatan ansietas pada anak penderita penyakit kronis seperti Leukemia Limfoblastik Akut (LLA) yang harus menghadapi rutinitas tindakan invasif maupun regimen kemoterapi berulang.

2. Bagi Rumah Sakit

   Diharapkan pihak manajemen rumah sakit dapat memfasilitasi perwujudan konsep *atraumatic care* secara optimal di lingkungan klinis. Hal ini dapat diimplementasikan melalui penyediaan sarana prasarana yang mendukung, seperti pengadaan media edukatif kartu bergambar (*flashcard*) yang bervariasi di ruang rawat inap anak, guna menciptakan suasana perawatan yang lebih adaptif, bersahabat, dan tidak menegangkan bagi pasien anak selama masa rawat inap.

3. Bagi Institusi Pendidikan

   Diharapkan laporan studi kasus ini dapat berkontribusi sebagai sumber pustaka tambahan dan referensi ilmiah yang bermutu bagi civitas akademika keperawatan. Khususnya, bagi mahasiswa keperawatan dalam mendalami aplikasi asuhan keperawatan anak

secara holistik mengenai efektivitas teknik distraksi kognitif berbasis permainan kartu edukatif dalam meminimalkan dampak trauma hospitalisasi

4. Bagi Penulis Selanjutnya

   Penulis selanjutnya diharapkan dapat menguji efektivitas terapi bermain *flashcard* yang dikombinasikan dengan intervensi terapeutik lainnya. Selain itu, penelitian mendatang disarankan untuk melibatkan jumlah responden yang lebih besar serta memperpanjang durasi intervensi guna memperoleh data yang lebih komprehensif dan optimal terkait reduksi tingkat ansietas pada anak yang mengalami hospitalisasi.

## DAFTAR PUSTAKA


Howard, S. C., Zaidi, A., Cao, X., Weil, B. R., & Meyer, W. H. (2023). Childhood cancer: Causes, symptoms, diagnosis and treatment. *The Lancet Oncology*, *24*(1), 15–27.

Miranda-Filho, A., Piñeros, M., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Monnereau, A., & Bray, F. (2019). Epidemiological patterns of leukaemia in children: A global review. *The Lancet Haematology*, *6*(5), e225–e236.

Steliarova-Foucher, E., Colombet, M., Ries, L. A. G., Moreno, F., Dolya, A., Bray, F., & Hesseling, P. (2020). International incidence of childhood cancer, 2001–10: A population-based registry study. *The Lancet Oncology*, *18*(6), 719–731.

Ward, Z. J., Yeh, J. M., Bhakta, N., Frazier, A. L., & Atun, R. (2021). Global childhood cancer survival estimates and priority-setting: A simulation-based analysis. *The Lancet Oncology*, *22*(2), 188–197.

American Psychological Association. (2022). *Anxiety in children*.

Astutik, E., Nugroho, H. S. W., & Santosa, H. (2022). Effectiveness of Play Dough Therapy to Reduce Anxiety Levels in Hospitalized Children. *Jurnal Ners dan Kebidanan*, 9(3), 357–365.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Profil Kesehatan Indonesia 2022*. Jakarta: Kemenkes RI.

Riskesdas. (2018). *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar 2018*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.

World Health Organization. (2023). *Childhood cancer*.

Kwak, M., Zebrack, B., Meeske, K. A., Embry, L., Aguilar, C., Block, R., ... & Cole, S. (2022). Prevalence and predictors of psychological distress among childhood cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, *40*(5), 555–563.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2021). *Wong's Nursing Care of Infants and Children*. 11th ed. Elsevier.

Sutaryo. (2024). *Pedoman Diagnosis dan Terapi Leukemia Limfoblastik Akut*. FK UGM.

Widjaja, A. (2023). *Ilmu Kesehatan Anak*. Jakarta: EGC.

Tambunan, T. (2020). *Hemato-Onkologi Anak*. FKUI Press.

Wilson, C., Greenfield, D., & Jones, T. (2023). *The therapeutic use of sensory play in pediatric settings: A focus on tactile stimulation and anxiety reduction*. Journal of Pediatric Nursing, 45, 23–29.

Apriany, (2016) Asuhan Keperawatan Anak Dengan Keganasan, Bandung : PT Refika Aditama

Elisafitri, R., Arsin, A. A., & Wahyu, A. (2019). Kesintasan Pasien Leukemia Limfoblastik Akut Pada Anak Di Rsup.Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Maritim*, *1*(3), 283–292. https://doi.org/10.30597/jkmm.v1i3.8819

Florancia, D. G. (2019). *Diagnosis untuk Deteksi Leukemia Limfoblastik Akut No Title*.

Lathifah (2022). SOP Penggunaan Media Flashcard pada Anak Prasekolah Usia 4-6 Tahun.

Susanti, K. D., Suhartati, H. I & Wijaya, A. (2020). Pengaruh Terapi Bemain Flashcard terhadap Perkembangan Anak usia Prasekolah. Jurnal Keperawatan, Vol. 18 No. 2, halaman 63-71.

Setyowati, R. R & Handayani, N. (2024). Pengaruh Terapi Bermain Edukatif Flashcard terhadap Kecemasan Pre Anestesi Umum Pasien Anak Usia Sekolah di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Jurnal Kesehatan Masyarakat Seroja Husada, Volume 1(5): 555-561

Safitri, Y. A. P & Mustikarani, I. K. (2024). Pengaruh Flashcard Terapi terhadap Bermain Kecemasan Hospitalisasi Anak Usia Preschool.

Anggraeni, D & Pelia, S. (2022). Flashcard: Metode Pembelajaran Efektif dan Efisien. *Buletin* KPIN.

Harahap, M. (2019). Hubungan Support System keluarga dengan Tingkat Kecemasan pada Anak Prasekolah akibat Hospitalisasi di RSU Imelda Pekerja Indonesia Medan. *Journal of Nursing* Update, Vol. 5, No. 1, 22-29.

Supartini, Y. (2015). Konsep Dasar Keperawatan Anak. Jakarta: EGC.

Fadlian, N & Konginan, N. (2018). Hospitalisasi pada Anak Child Hospitalization. FK UNIARIRSUD Dr. Soetomo Surabaya Halaman 44-54.

Gustinerz. (2019). *Penilaian Tingkat Nyeri dengan Metode FLACC Scale pada Pasien Anak No Title*. Gustinerz.

# LAMPIRAN

*Lampiran 1 SOP Terapi Bermain Flashcard*

| | |
|---|---|
| | SOP TERAPI BERMAIN *FLASHCARD* |
| Pengertian | Terapi bermain *flashcard* adalah bentuk intervensi terapeutik non-farmakologis yang menggunakan kartu bergambar, huruf, angka, atau kata-kata sebagai media edukasi dan stimulasi kognitif pada anak. Dalam konteks keperawatan anak (pediatrik), terapi bermain ini difungsikan sebagai teknik pengalihan perhatian (*distraction technique*) yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kecemasan, mengalihkan fokus dari sensasi nyeri atau stresor lingkungan, serta meningkatkan kooperatif anak selama menjalani proses hospitalisasi atau tindakan medis. |
| Tujuan | 1. Menurunkan tingkat kecemasan pada anak yang mengalami hospitalisasi<br>2. Membuat perasaan anak menjadi lebih rileks dan nyaman selama dirawat<br>3. Mengurangi respons gelisah serta tangisan pada anak. |
| Alat dan bahan | 1. Kartu *Flashcard*<br>2. Skala kecemasan anak (FIS)<br>3. Lingkungan tenang dan nyaman |
| Langkah - langkah | Tahap Pra-interaksi<br>1. Mengidentifikasi identitas pasien<br>2. Menyiapkan alat dan lingkungan yang nyaman<br>3. Mencuci tangan<br><br>Tahap Orientasi<br>1. Memberikan salam terapeutik<br>2. Menjelaskan tujuan dan prosedur terapi bermain kepada anak dan orang tua<br>3. Membina hubungan saling percaya dengan anak<br>4. Mengukur Tingkat kecemasan sebelum terapi bermain<br>5. Mengatur posisi nyaman pada anak |

| | |
|---|---|
| | Tahap Kerja<br>Cara bermain pertama:<br>1. Perawat membagikan kartu *flashcard* dengan tema gambar yang akan digunakan, seperti gambar hewan, buah, atau sayuran.<br>2. Perawat menunjukkan halaman kartu bergambar secara jelas di depan anak.<br>3. Perawat menganjurkan anak untuk memperhatikan dan fokus melihat kartu bergambar yang diperlihatkan.<br>4. Perawat meminta anak untuk mengungkapkan atau menyebutkan hal-hal yang mereka ketahui dari gambar tersebut.<br>5. Perawat memberikan bantuan dan penjelasan komunikatif jika anak belum mengetahui atau belum mampu mengidentifikasi gambar yang ditunjukkan<br>Cara bermain kedua:<br>1. Perawat menjelaskan isi dari setiap gambar yang tertera pada kartu *flashcard* kepada anak.<br>2. Perawat menyusun beberapa kartu *flashcard* secara rapi di hadapan anak agar mudah dilihat dan dijangkau.<br>3. Perawat memberikan petunjuk (*clue*) atau pertanyaan tebakan yang komunikatif kepada anak terkait gambar yang ada pada *flashcard*.<br>4. Perawat meminta anak untuk menunjuk atau memilih kartu *flashcard* yang sesuai dengan petunjuk yang telah diberikan.<br>5. Perawat memberikan pujian (*reinforcement* positif) jika pilihan anak benar, serta memberikan arahan dan bimbingan lembut jika anak salah agar dapat memahami petunjuk dengan lebih baik.<br>Cara bermain ketiga:<br>1. Perawat membagikan set kartu *flashcard* di hadapan anak pada posisi yang mudah dijangkau.<br>2. Perawat menjelaskan cara bermain, yaitu menarik garis mengikuti pola titik-titik pada kartu lalu mewarnai gambar tersebut menggunakan alat tulis atau krayon. |

| | |
|---|---|
| | 3. Perawat memberikan kesempatan kepada anak untuk memilih sendiri kartu *flashcard* yang akan dikerjakan terlebih dahulu.<br>4. Perawat mendampingi dan membantu anak jika mengalami kesulitan, termasuk mengarahkan tangan anak untuk mengikuti alur garis serta mendampingi saat mewarnai gambar.<br><br>Tahap terminasi<br>1. Evaluasi respon anak setelah melakukan terapi bermain<br>2. Mengukur Tingkat kecemasan setelah melakukan terapi bermain<br>3. Kontrak waktu pertemuan selanjutnya<br>4. Rapikan alat dan cuci tangan<br>5. Berikan salam terapeutik dan respon positif pada anak ketika mengakhiri kegiatan |
| Dokumentasi | 1. Catat waktu pelaksanaan terapi bermain<br>2. Catat respon anak (skala atau tingkat kecemasan sebelum dan sesudah dilakukan terapi bermain) |
| Sumber | (Fitra, 2022; Apriani., 2023) |

*Lampiran 2 Dokumentasi*



*Lampiran 3 Flashcard*



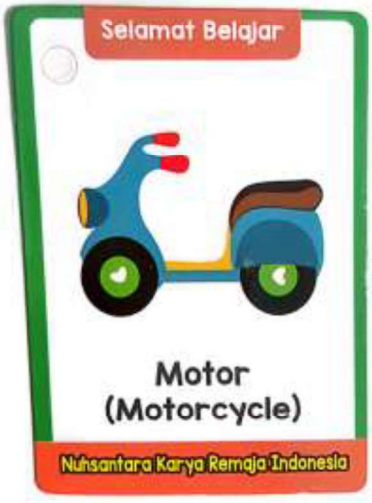


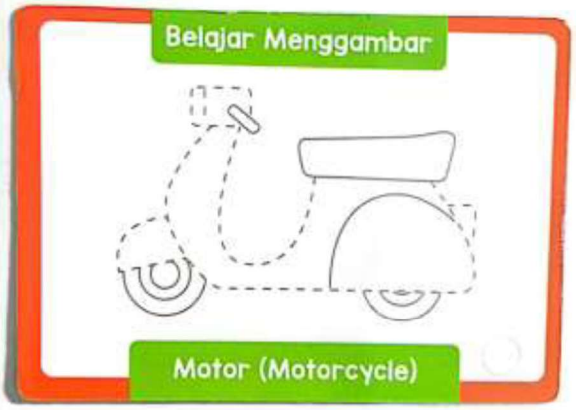










*Lampiran 4 Inform Consent*

## LEMBAR PERSETUJUAN

Untuk Orang tua dari An. A yang ikut dalam Karya Tulis Ilmiah: Penerapan Terapi Bermain *Flashcard* Dalam Menurunkan Kecemasan Akibat Hospitalisasi Pada An.A Dengan Diagnosa Medis Leukemia Limfoblastik Akut di Ruang Adinis Lt.2 RSPAD Gatot Soebroto, saya telah membaca dan mengerti informasi yang tercantum pada lembar informasi dan telah diberi kesempatan untuk mendiskusikan dan menanyakan hal tersebut. Saya setuju untuk mengijinkan anak/~~ayah/ibu~~ saya mendapatkan **[*terapi / tindakan sesuai protokol Kode etik keperawatan*]**. Saya mengerti bahwa saya dapat menolak untuk ikut dalam tindakan keperawatan yang diterapkan. Saya sadar bahwa saya dapat mengundurkan diri dari tindakan keperawatan yang diterapkan ini kapan saja saya mau. Saya mengerti bahwa apabila saya tidak mengikuti tindakan keperawatan yang diterapkan ini, anak saya tetap akan menerima perawatan medis yang semestinya **[*sesuai penyakit / kondisi pasien*]**.

Saya, sebagai **ORANG TUA/WALI** dari An. A

**SETUJU** untuk berpartisipasi dalam Karya Tulis Ilmiah ini.

**Tanggal** : **Senin, 04 Mei 2026**

**Tanda tangan Orang Tua/Wali** : .....

**Nama Orang Tua/Wali** : In. Herman

**Tanda tangan Saksi** : .....

**Nama Saksi** : .....

*Lampiran 5 Lembar Konsultasi*

**KARTU KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH**

Nama Mahasiswa : Aurelia Brigitta

NIM : 2314401004

Judul KTI : .....

.....

Pembimbing : Ns. Ira Kusumawati, M.Kep

| No. | Tanggal | Topik Konsultasi | Follow-up | Tanda Tangan Pembimbing |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Senin, 4/5/2026 | - Pengambilan kasus kelolaan | - Membuat asuhan keperawatan.<br>- membuat bab 1 | |
| 2. | kamis, 7/5/2026 | - penerapan terapi<br>- konsul askep | - perbanyak evidance base<br>- lengkapi data asuhan<br>- Lanjutkan bab 1-3 | |
| 3. | Selasa, 12/5/2026 | - konsultasi bab 1-3 | - perbaikan & penambahan data.<br>- kapihkan format, buat bab 4 | |
| 4. | Jumat, 15/5/2026 | - konsultasi | - perbaiki & rapihkan penulisan<br>- Lanjut bab 5 | |
| 5. | Selasa, 19/5/2026 | - konsultasi | - Rapihkan penulisan | |
| 6. | minggu, 24/5/2026 | - konsultasi | - Rapihkan penulisan<br>- persiapan maju sidang. | |
| | | | | |
| | | | | |

**CATATAN :**

- Dibawa setiap konsultasi
- Akhir konsultasi harap serahkan kartu ini kepada Bidang Akademik sebagai persyaratan penetapan tanggal ujian.

*Lampiran 6 Asuhan Keperawatan*

Nama Mahasiswa : Aurelia Brigitta
NIM : 2314401004

## ASUHAN KEPERAWATAN ANAK

Tanggal Pengkajian/Jam : 4 mei 2026
Tanggal Masuk RS : 4 mei 2026
Jam masuk RS : 07.00 WIB
Ruangan : L.2 Pav. Adinis
Nomor Register : 01221643
Diagnosa Medis : LLA (leukimia limfoblastik akut)

### A. PENGKAJIAN

#### 1. Data biografi

a. Identitas Klien

Nama klien (inisial) : An. A
Jenis Kelamin : Perempuan
Nama panggil : An. k
Agama : Islam
Tempat tgl lahir (umur) : 5th
Suku bangsa : Jawa
Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia
Pendidikan : Tk

b. Identitas Orang tua / Wali: (inisial)

| | Ibu | Ayah | Wali |
|---|---|---|---|
| Nama | Ny. A | Tn. H | |
| Usia | 34 th | 36th | |
| Pendidikan | SMA | Sarjana (S1) | |
| Pekerjaan | Ibu Rumah tangga | Wiraswasta | |
| Agama | Islam | Islam | |
| Suku/Bangsa | Jawa | Jawa | |

Alamat rumah (yang mudah dihubungi) :
Jl. Ke melayu

#### 2. Resume

(Ditulis mulai pasien masuk ruang perawatan meliputi pengkajian data fokus yang lalu, masalah keperawatan dan tindakan keperawatan mandiri dan kolaborasi yang telah dilakukan secara umum sebelum pengkajian oleh mahasiswa)

An.A masuk IGD RSPAD Pada tanggal 4 mei 2026 Pukul 07.00. An.A mengatakan badannya sakit sakit, dan ibu pasien mengatakan An.A tampak lemas karena tidak mau makan serta rewel. Selain itu An. A juga harus melaksanakan jadwal kemoterapi selanjutnya.

#### 3. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

a. Riwayat Kehamilan dan Kelahiran (Hukukan hanya pada anak-anak dengan kasus – kasus tertentu,(Kelainan kongenital) atau pada neonatus dan bayi)

Ibu Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit saat masa kehamilan.

**Antenatal**

| 1. Kesehatan ibu waktu hamil : | Tidak | Ya | |
|---|---|---|---|
| a. Hiperemesis Gravidarum | ☑ | ☐ | |
| b. Perdarahan pervagina | ☑ | | ☐ |
| c. Anemia | ☑ | | ☐ |
| d. Penyakit Infeksi | ☑ | ☐ | |
| e. Pre Eklamsi / Eklamsi | ☑ | ☐ | |
| f. Gangguan kesehatan | ☑ | ☐ | |

| 2. Pemeriksaan Kehamilan : | Tidak | Ya | |
|---|---|---|---|
| a. Teratur | ☐ | ☑ | Ibu pasien melakukan ANC sesuai jadwal |
| b. Diperiksa oleh | ☐ | ☑ | Dr. SpOG |
| c. Tempat pemeriksaan | ☐ | ☑ | tidak ada masalah saat pemeriksaan |
| d. Hasil pemeriksaan | ☐ | | ☐ |
| e. Imunisasi tidak dikas. | ☐ | | ☐ |

3. Riwayat Pengobatan selama Kehamilan :
tidak ada riwayat pengobatan selama kehamilan

**Masa Natal**

1. Usia kehamilan saat Kelahiran : 39 minggu
2. Cara persalinan
   a. Normal ☑
   b. Tidak ☐
2. Ditolong oleh : Dr. SpOG
3. Keadaan bayi saat lahir :
   1. BB, PB, Lingkar kepala waktu lahir : BB: 3.2kg, PB: 49cm, 35cm
   1. Pengobatan yang didapat : tidak ada pengobatan khusus

**Neonatal :**

1. Cacat kongenital : tidak ada kelainan
2. Ikterus : tidak ada
3. Kejang : tidak ada
4. Paralisis : tidak ada
5. Perdarahan : tidak ada
6. Trauma persalinan : tidak ada

7. Penurunan BB :
   tidak ada penurunan BB saat masa neonatal
8. Pemberian minum/ASI :
   Ibu pasien mengatakan ASI diberikan sampai 2 tahun, selanjutnya diberikan sufor bebelac
9. Lain-lain :
   tidak ada

b. Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan
Apakah ada gangguan dalam proses tumbuh kembang anak (Jelaskan)
tidak ada gangguan dalam proses tumbuh kembang pada anak A.

c. Penyakit-penyakit yang pernah diderita
Sebelum terdiagnosa LLA, An.A biasanya mengalami demam dan sering tampak lemas / kurang aktif

d. Pernah dirawat di Rumah Sakit
Ibu pasien mengatakan An.A pernah dirawat dirumah sakit selama 1 minggu karena demam yang tak kunjung turun dan menolak minum ASI pada usia 1 tahun

e. Obat-obat
- Sebelum terdiagnosa LLA, tidak ada obat rutin yang perlu dikonsumsi An.A

f. Tindakan (misalnya : operasi)
tidak ada

g. Alergi
tidak ada alergi pada An.A

h. Kecelakaan
An.A tidak pernah mengalami kecelakaan

i. Immunisasi
An. A sudah mendapatkan imunisasi lengkap

j. Kebiasaan sehari-hari ( keadaan sebelum dirawat)
Ibu pasien mengatakan An.A sebelumnya tampak aktif dan masih bermain

1. Pola pemenuhan nutrisi :
   a. ASI dan atau susu buatan : Pemberian ASI
      (1). Lamanya pemberian :
      2 tahun
      (2). Waktu pemberian :
      3-4 jam sekali
      (3). Jenis susu buatan :
      Ibu pasien mengatakan sebelum usia 2th. An A diberikan sufor merk bebelac

(4). adakah kesulitan
Ibu Pasien mengatakan tidak ada kesulitan yang intens saat masa pemberian ASI/Sufor

b. Makanan padat :
(1). Kapan mulai diberikan
6bulan
(2). Cara pemberian
Pemberian bertahap sesuai usia bayi

c. Vitamin :
(1). Jenis vitamin
Pemberian Vitamin lengkap sesuai anjuran dokter
(2). Berapa lama diberikan
Pemberian Vitamin An.A diberikan sesuai kebutuhan tumbuh dan kembang

d. Pola makan dan minum:
(1). Frekuensi makan
An.A makan sebanyak 3x dan ada cemilan disela sela hari
(2). Jenis makanan
An.A makan makanan rumahan bersama keluarganya
(3). Makanan yg disenangi
An.A mengatakan suka makan buah buahan seperti pisang dan apel
(4). Alergi makanan
Ibu Pasien mengatakan An.A tidak ada makanan yang alergi
(5). Kebiasaan makan :
(a). Makan bersama keluarga
An.A selalu dibiasakan untuk makan bersama keluarganya
(b). Makan sendiri
An.A sudah bisa makan sendiri tiap harinya
(c). Disuapi oleh
An.A terkadang disuapi oleh kedua orangtuanya
(d). Dll
tidak ada
(6). Waktu makan
Waktu makan An.A sesuai dengan jam makan normalnya
(7). Jumlah minum / hari
An.A menghabiskan sekitar 600ml /hari
(8). Frekuensi umum
Frekuensi umum An.A dalam batas normal

2. Pola Tidur :
a. Lamanya tidur siang / malam
tidur siang An.A ~t 2 jam , tidur malam ~t 8 jam
b. Kelainan waktu tidur
tidak ada kelainan waktu tidur pada An.A
c. Kebiasaan anak menjelang tidur
An.A mempunyai kebiasaan membaca buku ataupun mengobrol dengan ditemani orangtuanya
(1). Membaca
An.A memiliki kebiasaan membaca buku buku cerita dongeng / fiksi bersama orangtuanya
(2). Mendengar cerita
An.A mempunyai kebiasaan bercerita ataupun mendengarkan cerita tentang kesehariannya
(3). Lain-lain
kebiasaan lainnya yang dimiliki An.A yaitu berdoa dan sikat gigi sebelum tidur
d) Kebiasaan yang membuat anak nyaman saat tidur
Ibu Pasien mengatakan An.A mempunyai boneka kesayangannya dan jika tidur harus ditemani oleh boneka kesayangannya.

3. Pola aktifitas / Latihan / OR / bermain / hobi

Ibu Pasien mengatakan An.A menyukai permainan seperti normalnya anak perempuan (bermain boneka, masak masakan), An.A juga suka bercerita

4. Pola kebersihan diri :
   a. Mandi
      (1) Frekuensi : 2 X / hari
      (2) Sabun : ☐ tidak ☑ ya
      (3) Bantuan : ☑ tidak ☐ ya, oleh .....
   b. Oral Hygiene :
      (1) Frekuensi : 3 X / hari
      (2) Waktu : ☑ pagi ☑ sore ☑ malam ☑ setelah makan
      (3) Cara : ☑ sendiri ☐ dibantu
      (4) Menggunakan pasta gigi : ☑ ya ☐ tidak
   c. Cuci Rambut :
      (1) Frekuensi : 2-3 X / minggu
      (2) Sampho : ☐ sendiri ☑ dibantu
   d. Berpakaian : ☑ sendiri ☑ dibantu

5. Pola Eliminasi :
   a. BAB
      (1) Frekuensi : 2 X / hari
      (2) Waktu : ☑ pagi ☐ siang ☐ sore ☐ malam ☐ tidak tentu
      (3) Warna : kecoklatan kuning kecokelatan
      (4) Bau : khas feses
      (5) Konsistensi : lunak- normal
      (6) Cara : normal
      (7) Keluhan : tidak ada keluhan ketika An.A BAB
      (8) Penggunaan laxatif / pencahar : tidak ada
      (9) Kebiasaan pada waktu BAB : tidak ada kebiasaan khusus An.A pada saat BAB
   b. BAK
      (1) Frekuensi : 4-5 X / hari
      (2) Warna : kuning jernih
      (3) Keluhan yang berhubungan dengan BAK : tidak ada keluhan
      (4) Kebiasaan ngompol : tidak ada

6. Kebiasaan lain :
   a) Menggigit jari : tidak ada
   b) Menggigit kuku : tidak ada
   c) Menghidap jari : tidak ada
   d) Mempermainkan genital : tidak ada
   e) Mudah marah : tidak ada
   f) Lain-lain :

7. Pola Asuh : Pola asuh dalam keluarga An.A cukup baik dan hubungan antar anggota keluarga terjalin rukun

4. **Riwayat Kesehatan Keluarga**
   a. Susunan Keluarga (genogram 3 generasi hanya pada kasus – kasus tertentu)
   b. Riwayat penyakit keluarga

Tidak ada riwayat penyakit leukemia pada keluarga An.A

| Riwayat penyakit | Ayah/ibu | Saudara kandung | Anggota keluarga lain |
|---|---|---|---|
| 1. Penyakit yang pernah diderita | | | |
| 2. Penyakit yang sedang diderita | Tidak Ada Riwayat Penyakit LLA | | |
| 3. Analisa faktor penyakit (ginjal, jantung, DM, hipertensi, kanker, gangguan mental, alergi dll) | | | |

c. Coping keluarga :
Strategi koping adaptif pada keluarga An. A, seperti pemecahan masalah bersama
d. Sistem Nilai :
keluarga An.A menganut nilai agama islam
e. Spiritual :
Ibu pasien mengatakan kegiatan keagamaan yang dilakukan adalah sholat, mengaji

5. **Riwayat Kesehatan Lingkungan**
   a. Resiko Bahaya Kecelakaan
      1. Rumah :
      Adanya tangga dalam rumah yang perlu diperhatikan oleh orangtua karena pergerakan
      2. Lingkungan rumah :
      lingkungan rumah yang berada di kota dan keramaian
   b. Polusi
   Kemungkinan bahaya akibat polusi : adanya polusi akibat lingkungan rumah yang sering dilalui oleh kendaraan,
   c. Tempat bermain : adanya tempat bermain tidak jauh dari rumah

6. **Riwayat Kesehatan Sekarang**
   a. Riwayat Penyakit Sekarang :
   Tgl. mulai sakit : 2 mei 2026 Pukul : 12.00 WIB
   Keluhan utama : An. A mengatakan badannya terasa sakit sakit, lalu ibu pasien mengatakan An.A tampak lemas, makan sedikit, rewel dan khawatir akan jadwal kemoterapi selanjutnya. An. A sempat muntah 1x pada saat pagi dibawa ke RS.
      1. Terjadinya : keluhan terjadi pada tanggal 2 mei
      2. Lamanya : lamanya keluhan biasa terjadi ketika anak mulai beraktivitas
      3. Faktor pencetus :
      Akut lymphoblastic leukemia
      4. Upaya untuk mengurangi :
      Orang tua mengatakan upaya untuk mengurangi nyerinya biasanya dipijat lembut
      5. Cara waktu masuk :
      An.A masuk melalui IGD diantar oleh kedua orangtuanya

   Dikirim oleh : Dokter ☐ Puskesmas ☑ RS ☐
   Lain-lain ☐

b. Pengkajian fisik secara fungsional

| DATA SUBYEKTIF | DATA OBYEKTIF |
|---|---|
| (Diisi keluhan klien atau keluarga saat ini / saat pengkajian)<br>– An.A mengatakan badannya sakit sakit<br>– Ibu Pasien mengatakan An.A kembali lemas, makan sedikit, rewel, ada muntah lv<br>– rencana kemo jadwal selanjutnya | 1). Data klinik :<br>a. Suhu : 36,5°C<br>b. Nadi : 100 x/menit<br>c. Pernafasan : 28 x/menit<br>d. Tek. Darah : 110/70 mmHg<br>e. Kesadaran : Compos mentis<br>f. Nyeri : |
| 2) Nutrisi dan metabolisme<br>a. Nafsu makan / menyusui : nafsu makan menurun<br>b. Penurunan & peningkatan BB : belum ada penurunan maupun peningkatan BB<br>c. Diit : + TETP<br>d. Kulit : gatal<br>(1) Perubahan warna : tidak ada<br>(2) Gangguan penyembuhan : tidak ada<br>e. Intake dalam sehari :<br>(1) Makan : 1/2 porsi<br>(2) Minum : cukup<br>(3) Lain-lain : tidak ada<br>f. Mual : tidak ada<br>f. Dysphagia : tidak ada<br>g. Muntah : 1x<br>- jumlah : | 2) Nutrisi dan metabolisme<br>a. Mukosa mulut : kering<br>(1) Warna : pucat<br>(2) Lesi : tidak ada<br>(3) Kelembaban : kering<br>(4) Kelainan palatum : tidak ada<br>(5) Bibir : kering<br>(6) Gusi : normal<br>(7) Lidah : kotor<br>b. Gigi :<br>(1) Kelengkapan gigi : normal<br>(2) Karang gigi : tidak ada<br>(3) Karies : tidak ada<br>c. Obesitas : tidak ada<br>d. Kulit :<br>(1) Integritas :<br>(2) Turgor : menurun<br>(3) Tekstur : halus<br>f) Sonde /NGT : tidak ada |
| 3) Respirasi / sirkulasi : tidak ada masalah pada kategori restriksi (nilai normal)<br>a. Pernapasan :<br>(1) Sesak napas : tidak ada<br>(2) Sputum : tidak ada<br>(3) Batuk : tidak ada<br>b. Sirkulasi :<br>(1) Sakit dada : tidak ada<br>(2) Udema : tidak ada | 3) Respirasi / Sirkulasi : tidak ada masalah (nilai normal)<br>a. Suara pernafasan : normal<br>b. Batuk : tidak ada<br>c. Batuk darah : tidak ada<br>d. Sputum : tidak ada<br>e. Ikterus : tidak ada<br>f. Sianosis : tidak ada<br>g. Penggunaan otot bantu nafas : tidak ada<br>h. Pernafasan cuping hidung : tidak ada<br>i. Edema : tidak ada<br>j. Palpitasi : tidak ada<br>k. Pengisian kapiler : normal<br>l. Temperatur suhu : normal |
| 4) Eliminasi : Pola eliminasi dalam rentang normal<br>a) Abdomen :<br>(1) Kembung : tidak ada<br>(2) Mules : tidak ada<br>(3) Sakit/ nyeri : tidak ada<br>b) BAB<br>(1) Bau : khas feses<br>(2) Warna : kecoklatan | 4) Eliminasi : nilai normal dalam pola eliminasi<br>a). Abdomen<br>(1) Lemas : normal<br>(2) Tegang/kaku : normal<br>(3) Kembung : normal<br>(4) Bising usus : 26 x/menit<br>(5) Lingk. Perut :<br>b) BAB<br>(1) Bau : khas feses |

| | |
|---|---|
| (3) Lendir : tidak ada<br>(4) Diare : tidak ada<br>(5) Konsistensi : lunak<br>(6) Frekuensi : 1 x / hari<br>c) BAK<br>1. Jumlah : 4-5x / hari<br>2. Frekuensi : normal<br>3. Sakit : tidak ada<br>4. Nocturia : tidak ada<br>5. Dysuria : tidak ada<br>6. Hematuria : tidak ada<br>(7) Inkontinensia : tidak ada | (2) Warna : kecokelatan<br>(3) Lendir : tidak ada<br>(4) Konsistensi : normal<br>(5) Melena : tidak ada<br>(6) Frekuensi : 1 x / 1-2 hari<br>c) BAK<br>(1) Kepekatan : normal<br>(2) Warna : kuning jernih<br>(3) Bau : khas<br>(4) Kateter : tidak ada<br>(5) Lain-lain : tidak ada<br>(6) Frekuensi : 3 - 4 x / hari<br>d) Rectum / Anus<br>(1) Iritasi : tidak ada<br>(2) Atresia ani : tidak ada<br>(3) Prolaps : tidak ada<br>(4) Lain – lain : tidak ada |
| 5) Aktivitas / Latihan<br>a) Tingkat kekuatan / Ketahanan : normal dengan skor 4444<br>b) Kemampuan untuk memenuhi kebutuhan sehari - hari dibantu ibu pasien<br>c) Adakah kekakuan pergerakan sendi : tidak ada<br>d) Rasa nyeri pada sendi : menggunakan skala FEACC : 5 (nyeri sedang) | 5) Aktivitas / Latihan<br>a) Keseimbangan berjalan : normal<br>b) Kekuatan menggenggam :<br>(1) Tangan Kiri : normal<br>(2) Tangan Kanan : normal<br>c) Bentuk kaki : normal<br>d) Otot kaki : normal<br>e) Kelemahan : Ada kelemahan pada An.A<br>f) Kejang : tidak ada<br>g) Lain-lain : |
| 1. Sensori persepsi : tidak ada masalah pada sensori persepsi<br>a) Pendengaran : normal<br>b) Penglihatan : normal<br>c) Penciuman : normal<br>d) Perabaan : normal<br>e) Pengecap : normal | 6) Sensori persepsi (sesuaikan dengan kasus)<br>a) Reaksi terhadap rangsangan : normal<br>b) Orientasi : normal<br>c) Pupil : normal<br>d) Konjungtiva/warna : anamis<br>e) Pendengaran : normal<br>f) Penglihatan : normal<br>g) Lain – lain : normal |
| 1. Konsep Diri<br>Apakah penyakit tersebut mempengaruhi pasien ?<br>Ibu pasien mengatakan An.A tampak lebih diam apabila sakit | 7) Konsep diri<br>a) Kontak mata : memandar<br>b) Postur tubuh : menutup diri<br>c) Perilaku : cemas |
| 1. Tidur / Istirahat<br>a. Jika tidur apakah merasa nyenyak<br>Ibu pasien mengatakan An.A kurang nyenyak tidurnya<br>b. Masalah atau gangguan waktu tidur<br>An.A kadang mengeluh keadan sakit sakit | 8) Tidur / Istirahat<br>a) Tanda-tanda kurang tidur :<br>Pasien tampak rewel dan kelelahan karena menangis<br>b) Lain – lain : |
| 1. Seksualitas / Reproduksi : Pasien Anak usia<br>a) Wanita : 5 tahun dan belum dikaji<br>(1) Menstruasi :<br>(2) Pemeriksaan buah dada :<br>b. Pria : | 9. Seksualitas / Reproduksi<br>a) Wanita<br>(1) Benjolan pada buah dada :<br>b) Pria<br>(1) Kelainan skrotum :<br>(2) Hyposphadia : |

| | |
|---|---|
| (1) Tidak dapat ereksi : ..... | (3) Fimosis : ..... |
| (2) Sakit pada waktu BAK : ..... | (4) Lain – lain : ..... |

c. Dampak Hospitalisasi

1) Pada Anak : An.A mengatakan tidak suka berada dirumah sakit dan ingin segera pulang kerumah

2) Pada Keluarga : keluarga An.A mengatakan merasa cemas dan khawatir dengan kondisi An.A sekarang

d. Tingkat Pertumbuhan dan Perkembangan Saat Ini

BB : 18 kg
TB / PB : 105 cm
LK : 45 cm
LP : .....
LLA : .....

Motorik kasar : normal
Motorik halus : normal
Bahasa : normal
Sosialisasi : normal

1. **Pengkajian Risiko Jatuh pada Anak (Skala *Humpty Dumpty*)**

| Parameter | Kriteria | Skala | Skor |
|---|---|---|---|
| Umur | Di bawah 3 tahun | 4 | 3 |
| | 3 – 7 tahun | 3 | |
| | 7 – 13 tahun | 2 | |
| | >13 tahun | 1 | |
| Jenis Kelamin | Laki-laki | 2 | 1 |
| | Perempuan | 1 | |
| Diagnosa | Kelainan Neurologi | 4 | 1 |
| | Perubahan dalam oksigen (masalah saluran napas, dehidrasi, anemia, anoreksia, sinkop/sakit kepala) | 3 | |
| | Kelainan psikis / perilaku | 2 | |
| | Diagnosis lain | 1 | |
| Gangguan Kognitif | Tidak sadar terhadap keterbatasan | 3 | 1 |
| | Lupa keterbatasan | 2 | |
| | Mengetahui kemampuan diri | 1 | |
| Faktor Lingkungan | Riwayat jatuh dari tempat tidur saat bayi/anak | 4 | 2 |
| | Pasien menggunakan alat bantu/box/mebel | 3 | |
| | Pasien berada di tempat tidur | 2 | |
| | Di luar ruang rawat | 1 | |
| Respon terhadap Operasi / Obat Penenang / Efek Anestesi | Dalam 24 jam | 3 | 1 |
| | Dalam 48 jam | 2 | |
| | >48 jam | 1 | |
| Penggunaan Obat | Bermacam-macam obat yang digunakan: obat sedatif (kecuali pasien ICU yang menggunakan sedasi dan paralisis), hipnotik, barbiturat, fenotiazin, antidepresan, laksans/diuretika, narkotika | 3 | 1 |
| | Salah satu dari pengobatan di atas | 2 | |
| | Pengobatan lain | 1 | |
| SKOR TOTAL | | | 10 |

Skor assesmen risiko jatuh: (skor minimal 7, skor maksimal 23)
Skor 7-11 : risiko rendah ✓
Skor > 12 : risiko tinggi

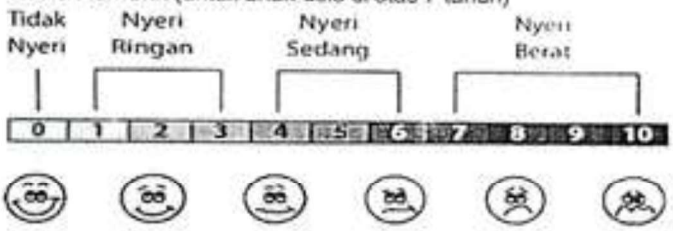
**1. Pengkajian Nyeri**

Skala FLACC ( untuk bayi usia 2 bulan hingga anak usia 7 tahun)

| Kategori | Skor | | | Nilai |
|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | |
| **Face (wajah)** | Tidak ada ekspresi khusus, senyum | Menyeringai, mengerutkan dahi, tampak tidak tertarik (kadang-kadang) | Dagu gemetar, gerutu berulang (sering) | 1 |
| **Leg (kaki)** | Posisi normal atau santai | Gelisah, tegang | Menendang, kaki tertekuk | 1 |
| **Activity (aktivitas)** | Berbaring tenang, posisi normal, gerakan mudah | Menggeliat, tidak bisa diam, tegang | Kaku atau tegang | 1 |
| **Cry (menangis)** | Tidak menangis | Merintih, merengek, kadang-kadang mengeluh | Terus menangis, berteriak | 1 |
| **Consolability (Kemampuan Consol)** | Rileks | Dapat ditenangkan dengan sentuhan, pelukan, bujukan, dapat dialihkan | Sering mengeluh, sulit dibujuk | 1 |
| | | | **Jumlah** | 5 |

didapatkan nilai 5 pada skala nyeri An.A dengan nyeri sedang

Skala Numerik (untuk anak usia di atas 7 tahun)




- Nyeri kronis, lokasi: ..... Frekuensi: ..... Durasi: .....
- Nyeri akut, lokasi: ..... Frekuensi: ..... Durasi: .....

**2. Kebutuhan Komunikasi Dan Edukasi**

Edukasi diberikan kepada : • Pasien ✓ Keluarga (Hubungan dengan pasien: Ibu pasien)
Bicara : • Normal • Gejala awal gangguan bicara, kapan: .....
Bahasa sehari-hari : • Indonesia, Aktif / Pasif • Daerah, jelaskan.....
• Inggris Aktif / pasif • Lainnya, jelaskan .....
Hambatan Edukasi (untuk usia > 6 tahun)
Terdapat hambatan dalam pembelajaran :
• Tidak • Ya, • Pendengaran • Penglihatan • Kognitif • Fisik
• Budaya • Emosi • Bahasa • Lainnya .....
Dibutuhkan penerjemah • Tidak • Ya, sebutkan.....
Bahasa Isyarat • Tidak • Ya

Kesediaan menerima informasi: • Ya • Tidak
Kebutuhan edukasi (pilih topik edukasi pada kotak yang tersedia) :
• Diagnosa dan manajemen penyakit • Obat-obatan/terapi • Diet dan nutrisi
• Tindakan keperawatan..... • Rehabilitas • Manajemen nyeri
• Lain-lain,
sebutkan.....

3. **Skrining Gizi Anak (Berdasarkan Metode Strong Kids)**
(Lingkari skor sesuai dengan jawaban, total skor adalah jumlah skor yang dilingkari)

| No | Parameter | Skor |
|---|---|---|
| 1. | Apakah pasien tampak kurus? | |
| | a. Tidak | 0 |
| | b. Ya | 1 |
| 2. | Apakah terdapat penyekit atau keadaan yang mengakibatkan pasien berisio mengalami malnutrisi? | |
| | • Diare kronik (lebih dari 2 minggu)<br>• Penyakit Jantung Bawaan<br>• Infeksi Human Immunideficiency Virus (HIV)<br>• Kanker<br>• Penyakit hati kronik<br>• Penyakit ginjal kronik<br>• TB Paru<br>• Luka bakar luas<br>• Lain-lain (berdasarkan pertimbangan dokter).....<br>• Kelainan anatomi daerah mulut yang menyebabkan kesulitan makan (misal: bibir sumbing)<br>• Trauma<br>• Kelainan metabolik bawaan<br>• Retardasi mental<br>• Keterlambatan perkembangan<br>• Rencana/paskaoperasi mayor (misal: laparotomi, torakotomi)<br>• Terpasang stoma | |
| | a. Tidak | 0 |
| | b. Ya | 2 |
| 3. | Apakah terdapat salah satu dari kondisi berikut?<br>• Diare ≥ 5 kali/hari atau muntah > 3 kali/hari dalam seminggu terakhir<br>• Asupan makanan berkurang selama 1 minggu terakhir | |
| | a. Tidak | 0 |
| | b. Ya | 1 |
| 4. | Apakah terdapat penurunan berat badan atau tidak ada penambahan berat badan (bayi < 1 tahun) selama beberapa minggu/bulan terakhir? | |
| | a. Tidak | 0 |
| | b. Ya | 1 |
| | | + |
| | **Total Skor** | 3 |

Bila skor ≥ 2 dan / atau pasien dengan diagnosis / kondisi khusus dilakukan pengkajian lanjut oleh Tim Terapi Gizi (TTG)

1. **Pemeriksaan Penunjang**
(pemeriksaan diagnostik yang menunjang masalah)
(nilai normal) Hb : 11 - 6 g/dL
(nilai normal) leukosit : 8.100
(nilai normal) hematokrit : 38 %
(nilai normal) trombosit : 417.000
(nilai normal) kalium : 4.0 mmol/L
klorida : 97 mmol/L
kalsium : 9.7

2. **Penatalaksanaan**
(Therapi / pengobatan termasuk diet yang menunjang masalah)
- IVFD NaCl 24 tetes / menit
- inj amikacin 125 mg/8 jam
- methotrexate intratekal : 12 mg
- Cytarabine (ara-c) intratekal 15 mg
- dexamethason : 6mg/m²/hari, dibagi 3 dosis
- ondansentron : dosis 0.15 mg/kg/dosis IV

## DATA FOKUS

| Data Subyekti | Data Objektif |
|---|---|
| - An.A mengatakan bokongnya terasa sakit sakit<br>- An.A mengatakan tadi pagi sudah muntah 1x saat ditanya<br>- Ibu pasien mengatakan kebutuhan An.A dibantu karena badan sakit sakit<br>- Ibu pasien mengatakan An.A tampak lemas sejak 2hari yang lalu<br>- Ibu pasien mengatakan An.A lemas karena tidak mau makan dan tidak bisa beraktivitas karena nyerinya.<br>- Ibu pasien mengatakan makannya hanya setengah porsi dan dihabiskan sedikit sedikit<br>- Ibu pasien mengatakan An.A rewel, tidak mau makan, tidur dan ditinggalkan ibunya<br>- Ibu pasien mengatakan setiap akan melakukan kemoterapi An.A selalu seperti ini, terkadang menangis tanpa alasan dan tantrum<br>- An.A mengatakan tidak suka dirumah sakit dan ingin segera pulang kerumah<br>- An.A mengatakan tidak mau melakukan kemoterapi karena takut | - KU : lemah<br>- TTV : N : 100x/menit<br>S : 36.5 C<br>RR : 22x/menit<br>- Pasien tampak cemas, rewel, dan banyak menangis, gelisah<br>- Pasien tampak tidak menghabiskan makan serta tidak mau ditinggal orangtua<br>- Pasien tampak lemah, konjungtiva anemis, tampak nyeri, bibir kering, tidak kotor<br>- Pasien tampak dibantu dan tampak terbaring lemas tidak bersemangat<br>- Pengkajian nyeri FLACC<br>• Face : anak tampak meringis sesekali (1)<br>• Legs : kaki tampak gelisah dan tegang (1)<br>• Activity : anak tampak rewel saat nyeri muncul (1)<br>• Cry : anak mengeluh dengan bunyian pelan saat nyeri muncul (1)<br>• Consolability : anak dapat ditenangkan setelah diberikan pelukan (1)<br>Total Skor : 5 (nyeri sedang)<br>- hasil pengkajian kecemasan menggunakan facial image scale (FIS) didapatkan skala 4, cemas sedang |

## ANALISA DATA

| No | Data | Masalah | Etiologi |
|---|---|---|---|
| 1. | DS : - An.A mengatakan kakinya terasa sakit sakit<br>- Ibu Pasien mengatakan An.A rewel, tidak mau makan tidur dan tidak mau ditinggalkan ibunya<br>Do : - Pengkajian nyeri FLACC didapatkan 5 yaitu nyeri sedang | Nyeri Akut | Agen Pencedera Fisiologis |
| 2. | DS : - An.A mengatakan tidak suka dirumah sakit dan ingin segera pulang kerumah<br>- An.A mengatakan tidak mau melakukan kemoterapi karena takut<br>- Ibu Pasien mengatakan setiap mau kemoterapi, An.A selalu seperti ini terkadang menangis tanpa alasan dan tantrum<br>Do : - Pasien tampak cemas, rewel, dan banyak menangis, gelisah<br>- Pasien tampak tidak menghabiskan makanan serta tidak mau di tinggal orangtuanya<br>- hasil pengkajian kecemasan menggunakan Faces Image Scale (FIS) didapatkan Skala 4, cemas sedang | Ansietas | Hospitalisasi |

**2. Analisa Data**

Nama Klien / Umur : .....
No. Kamar / Ruang : ... .....
Cp.1-B

| No. | Data | Masalah | Etiologi |
|---|---|---|---|
| 3. | DS : - Ibu Pasien mengatakan kebutuhan An. A dibantu karena keadannya sakit sakit<br>- Ibu pasien mengatakan An.A tampak lemas Sejak 2 hari yang lalu<br>- Ibu Pasien mengatakan An.A lemas karena tidak mau makan dan tidak bisa beraktifitas karena nyeriny<br>- Ibu pasien mengatakan makannya hanya Setengah porsi dan dihabiskan sedikit sedikit<br><br>DO : - Ku : lemah<br>- Pasien tampak lemah, konjungtiva anemis, tampak nyeri, bibir kering dan tidak kotor<br>- Pasien tampak dibantu dan tampak terbaring lemas tidak bersemangat | Intoleransi Aktivitas | Kelemahan |

## DIAGNOSA KEPERAWATAN

| No | Diagnose Keperawatan | Tanggal Ditemukan | Tanggal Teratasi | Paraf dan Nama Jelas |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis d/d mengeluh nyeri | 4 mei 2026 | 6 mei 2026 | Aurelia |
| 2. | Ansietas b/d hospitalisasi d/d tampak gelisah | 4 mei 2026 | 6 mei 2026 | Aurelia |
| 3. | Intoleransi aktivitas b/d kelemah-an d/d tampak lemah | 4mei 2026 | 6 mei 2026 | Aurelia |

**RENCANA KEPERAWATAN**

| No | Tgl | Diagnosa keperawatan | Tujuan dan kriteria hasil | Rencaan Tindakan | Paraf dan nama jelas |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. | 4/26/5 | Nyeri Akut<br>b/d agen pencedera fisiologis | Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil<br>- keluhan nyeri menurun<br>- meringis menurun<br>- gelisah menurun pola tidur membaik | Manajemen nyeri<br>Observasi<br>- lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri<br>- identifikasi skala nyeri<br>- identifikasi respon nyeri non verbal<br>- identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.<br>- Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan<br>- monitor efek samping penggunaan analgesik<br>Terapeutik<br>- berikan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi, terapi bermain, kompres hangat/dingin, terapi bermain)<br>- kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri<br>- Fasilitasi istirahat dan tidur<br>Edukasi<br>- Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri<br>- Jelaskan strategi meredakan nyeri<br>- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri<br>- ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri | Aurelia |

**RENCANA KEPERAWATAN**

| No | Tgl | Diagnosa keperawatan | Tujuan dan kriteria hasil | Rencaan Tindakan | Paraf dan nama jelas |
|---|---|---|---|---|---|
| 2. | 4/26/5 | Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan kecemasan menurun kriteria hasil :<br>- Perilaku gelisah menurun<br>- Pola tidur membaik<br>- Verbalisasi: khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun<br>- Perilaku tegang menurun | | Kolaborasi:<br>- kolaborasi pemberian anxiolytik, jika perlu.<br>Reduksi ansietas<br>Observasi<br>- identifikasi saat tingkat ansietas berubah<br>- identifikasi kemampuan mengambil keputusan<br>- monitor tanda tanda ansietas<br>terapeutik<br>- Ciptakan suasana terapeutik untuk ketenangan<br>- temani pasien untuk mengurangi kecemasan jika perlu<br>- pahami situasi yang membuat ansietas<br>- gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan<br>- lakukan terapi bermain bersama anak (bermain flashcard)<br>edukasi:<br>- Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami<br>- informasikan secara aktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis<br>- anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi<br>- latih kegiatan untuk pengalihan mengurangi ketegangan | Aurelia |

**RENCANA KEPERAWATAN**

| No | Tgl | Diagnosa keperawatan | Tujuan dan kriteria hasil | Rencaan Tindakan | Paraf dan nama jelas |
|---|---|---|---|---|---|
| 3. | 9/5 | Intoleransi aktivitas b/d kelemahan | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :<br>- kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari hari meningkat<br>- kekuatan tubuh bagian atas dan bawah meningkat<br>- kelelahan lelah menurun | - latih teknik teknik relaksasi<br>- lakukan terapi aktivitas kelompok bermain dengan anak melalui pemberian :tes tertulis<br>Kolaborasi:<br>- kolaborasi pemberian obat ansietas. jika perlu<br>Manajemen energi<br>Observasi<br>- identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan<br>- monitor pola dan jam tidur<br>- monitor kelelahan fisik dan emosional<br>Edukasi<br>- anjurkan tirah baring<br>- anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap<br>Terapeutik<br>- sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus<br>- lakukan latihan rentang gerak pasif / aktif<br>- berikan aktivitas distraksi yang menenangkan<br>kolaborasi<br>- kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan. | Aurelia |

## PELAKSANAAN (IMPEMENTASI)

| Hari/Tgl | Waktu | No. Dx | Tindakan Keperawatan dan Hasil | Paraf dan Nama Jelas |
|---|---|---|---|---|
| 4/5/26 | 13.00 | 1 | - Melakukan pengkajian nyeri (FLACC)<br>hasil : Skala 4 (nyeri sedang)<br>- Mengidentifikasi penyebab nyeri<br>hasil : manifestasi klinis ia yang menyebabkan nyeri<br>- Mengatur posisi nyaman klien<br>hasil : pasien sudah merasakan sedikit lebih baik saat istirahat<br>- Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam<br>hasil : pasien mengikuti arahan dengan baik<br>- Melakukan kolaborasi analgetik<br>hasil : hydrocortison intratekan 15-20mg | Aurelia |
| | 14.00 | 2 | - Mengidentifikasi cara tingkat ansietas berubah<br>hasil : pasien tampak sedikit lebih tenang ketika ibu pasien membujuknya<br>- Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi<br>hasil : pasien sudah bisa mengungkapkan bahwa ia tidak mau berada dirumah sakit<br>- Melakukan terapi aktivitas kelompok bermain dengan anak melalui pemberian flashcard<br>hasil : pasien tampak mulai tenang dan sedikit terbuka ketika bermain | |
| | 15.00 | 3. | - Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan | |

## D. PELAKSANAAN (CATATAN KEPERAWATAN)

Nama Klien / Umur : ..... .....
No. Kamar / Ruang : .....

| Hari, Tanggal Waktu | No. Dx. | Tindakan Keperawatan dan Hasil | Paraf dan Nama jelas |
|---|---|---|---|
| | | hasil : Pasien akan semakin kuat jika pasien menangis ataupun berontak ingin pulang<br>- menganjurkan istirahat cukup dengan selingan aktivitas ringan sesuai kemampuan<br>hasil : keluarga pasien mengerti dan akan menerapkannya<br>- menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap<br>hasil : pasien tampak hanya ingin berada di tempat tidur<br>- memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan<br>hasil : bermain flashcard dihari pertama sudah terlaksana cukup baik | Aurelia |

## PELAKSANAAN (IMPEMENTASI)

| Hari/Tgl | Waktu | No. Dx | Tindakan Keperawatan dan Hasil | Paraf dan Nama Jelas |
|---|---|---|---|---|
| 5/5 26 | 08.00 | 1 | - melakukan pengkajian nyeri<br>hasil : Skala 3 (nyeri sedang)<br>- mengatur posisi nyaman pasien<br>hasil : pasien mengatakan sudah lebih nyaman<br>- mengidentifikasi penyebab nyeri<br>hasil : nyeri timbul akibat manifestasi klinis LLA<br>- melakukan kolaborasi analgetik<br>hasil : hydrocortison 10-15 mg | Aurel |
| | 09.00 | 2 | - mengidentifikasi tingkat ansietas Pre dan Post terapi bermain<br>hasil : sebelum dilakukan terapi bermain anak tampak rewel dan gelisah<br>- menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi<br>hasil : pasien sudah bisa mengungkapkan perasaannya bahwa ia senang ketika waktunya terapi bermain<br>- melakukan terapi bermain flashcard<br>hasil : pasien tampak senang ketika pelaksanaan terapi bermain | Aurel |
| | 10.00 | 3 | - menganjurkan istirahat cukup<br>hasil : pasien mendapati istirahat yang cukup untuk tidur siang 3 jam dan<br>- memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan<br>hasil : bermain flashcard dan sudah terlaksana cukup baik | Aurel |

## PELAKSANAAN (IMPEMENTASI)

| Hari/Tgl | Waktu | No. Dx | Tindakan Keperawatan dan Hasil | Paraf dan Nama Jelas |
|---|---|---|---|---|
| 6/5 2022 | 09.00 | 1 | - Melakukan pengkajian nyeri<br>hasil : Skala 2<br>- mengajarkan teknik relaksasi napas dalam<br>hasil : Pasien tampak bisa mengikuti arahan dari Perawat<br>- mengatur posisi nyaman pasien<br>hasil : Pasien tampak nyaman<br>- memfasilitasi istirahat dan tidur<br>- hasil : Pasien sudah tidur selama 7 jam dan bangun pada pukul 5 pagi dan Pasien tampak segar dan bersemangat | Aurel |
| | 10.00 | 2 | - memonitor tanda tanda ansietas<br>hasil : Pasien tampak berkurang kecemasannya yang ditandai gelisah menurun, menangis tak sering<br>- melakukan terapi bermain<br>hasil : terapi bermain flashcard terlaksana dengan baik, dan anak tampak senang<br>- menganjurkan mengungkapkan perasaannya dan persepsi<br>hasil : Pasien mengatakan senang ketika dilaksanakan terapi bermain | |
| | 11.00 | 3 | - menyediakan lingkungan nyaman<br>hasil : kamar Pasien tampak nyaman, bersih dan rendah stimulus kebisingan<br>- melakukan rentang gerak pasif<br>- hasil : Pasien tampak mau mengikuti arahan Perawat yang menggerakan sedikit tangannya<br>- melakukan terapi distraksi<br>hasil : terapi bermain flashcard sudah terlaksa | |

## EVALUASI

| Hari/Tgl | Waktu | No. Dx | Evaluasi Hasil (SOAP) | Paraf dan Nama Jelas |
|---|---|---|---|---|
| 5/5 2016 | 08.00 | 1 | S : An.A mengatakan badannya sudah mulai berkurang sakitnya<br>O : Pengkajian nyeri Flacc didapatkan hasil 2, Pasien tampak tersenyum dan sudah bisa melakukan teknik napas dalam<br>A : masalah belum teratasi<br>P : Intervensi dilanjutkan | Aurel |
| | 09.00 | 2 | S : Pasien mengatakan mau berada di rumah sakit jika ada bermain<br>O : Pasien masih tampak gelisah sedikit namun hasil pengkajian FIS didapatkan skala 3 cemas sedang<br>A : masalah kecemasan belum teratasi<br>P : Intervensi dilanjutkan | |
| | 10.00 | 3 | S : Ibu pasien mengatakan An.A kesehariannya masih dibantu<br>O : Pasien tampak masih ketergantungan<br>A : masalah belum teratasi<br>P : Intervensi dilanjutkan | |

## EVALUASI

| Hari/Tgl | Waktu | No. Dx | Evaluasi Hasil (SOAP) | Paraf dan Nama Jelas |
|---|---|---|---|---|
| 6/5 2024 | 0900 | 1 | S: An. A mengatakan sudah tidak ada nyeri pada ~~[illegible]~~dannya<br>O :- Pengkajian nyeri Placc didapatkan<br>- hasil : Pasien masih tampak meringis kesakitan bagian dimanapun terkena.<br>A : masalah belum teratasi<br>P. Intervensi dilanjutkan | Aurel |
| | | 2 | S : Pasien mengatakan bahwa ia masih sedikit cemas ketika pra kemoterapi selanjutnya, namun ia mengatakan senang bila diajak bercanda<br>O : Pasien tampak sedikit tersenyum dan Skala FIS 1<br>A : masalah belum teratasi<br>P : intervensi dilanjutkan | |
| | | 3. | S : keluarga pasien mengatakan keseharian An. A masih dibantu<br>O : Pasien tampak masih ketergantungan<br>A : masalah belum teratasi<br>P : intervensi dilanjutkan | |