

**PENERAPAN TERAPI DISTRAKSI MEWARNAI DAN
BERCERITA TERHADAP PENURUNAN ANSIETAS PADA
ANAK DENGAN *MORBUS HIRSCHSPRUNG* DI RUANG
RAWAT INAP RSPAD GATOT SOEBROTO**

KARYA TULIS ILMIAH



STIKES RSPAD GATOT SOEBROTO

Disusun Oleh :

**DEDE CAHYA LESTARI
NIM. 2314401007**

**STIKES RSPAD GATOT SOEBROTO
PRODI D3 KEPERAWATAN
TAHUN 2026**

**PENERAPAN TERAPI DISTRAKSI MEWARNAI DAN
BERCERITA TERHADAP PENURUNAN ANSIETAS PADA
ANAK DENGAN *MORBUS HIRSCHSPRUNG* DI RUANG
RAWAT INAP RSPAD GATOT SOEBROTO**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Persyaratan Ujian Akhir
Program D3 Keperawatan



STIKES RSPAD GATOT SOEBROTO

Disusun Oleh :

**DEDE CAHYA LESTARI
NIM 2314401007**

**STIKES RSPAD GATOT SOEBROTO
PRODI D3 KEPERAWATAN
TAHUN 2026**

PERNYATAAN TENTANG ORIGINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Dede Cahya Lestari
NIM : 2314401007
Program Studi : DIII Keperawatan
Angkatan : 2023

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

PENERAPAN TERAPI DISTRAKSI MEWARNAI DAN BERCERITA TERHADAP PENURUNAN ANSIETAS PADA ANAK DENGAN *MORBUS HIRSCHSPRUNG* DI RUANG RAWAT INAP 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, 25 Mei 2026
Yang Menyatakan,



Dede Cahya Lestari
NIM. 2314401007

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Karya Tulis Ilmiah yang disusun oleh :

Nama : Dede Cahya Lestari
NIM : 2314401007
Hari/Tanggal : Senin, 25 Mei 2026
Judul : **PENERAPAN TERAPI DISTRAKSI
MEWARNAI DAN BERCERITA TERHADAP
PENURUNAN ANSIETAS PADA ANAK DENGAN
MORBUS HIRSCHSPRUNG DI RUANG RAWAT INAP
RSPAD GATOT SOEBROTO**

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

Jakarta, 25 Mei 2026

Menyetujui
Pembimbing



Ns. Ira Kusumawati M. Kep
NUPTK. 1039759660230233

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

PENERAPAN TERAPI DISTRAKSI MEWARNAI DAN BERCERITA TERHADAP PENURUNAN ANSIETAS PADA ANAK DENGAN *MORBUS HIRSCHSPRUNG* DI RUANG RAWAT INAP RSPAD GATOT SOEBROTO

Telah disetujui dan diperiksa, telah dipertahankan di depan Tim Penguji KTI
Prodi D3 Keperawatan STIKes RSPAD Gatot Soebroto

Penguji I



Ns. Ira Kusumawati, M. Kep
NUPTK. 1039759660230233

Penguji II



Ns. Titik Setyaningrum, M. Kep
NUPTK. 680764665237082

Mengetahui

Ketua STIKes RSPAD Gatot Soebroto



Dr. Didin Syaefudin, S.Kp., S.H., MARS
NUPTK. 4154744645130093

RIWAYAT HIDUP

Nama : Dede Cahya Lestari
Tempat, Tanggal Lahir : Denpasar, 15 Desember 2004
Agama : Islam
Alamat : Jl. Rorotan IX Rt09/Rw007 Kel.
Rorotan Kec. Cilincing, Jakarta Utara



Riwayat Pendidikan :

1. SDN Rorotan 02 Pagi Lulus Tahun 2017
2. SMPN 200 Jakarta Lulus Tahun 2020
3. SMKN 4 Jakarta Lulus Tahun 2023
4. STIKes RSPAD Gatot Soebroto Lulus Tahun 2026

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan karunia-Nya saya dapat menyelesaikan penelitian dan penyusunan karya tulis ilmiah dengan judul **PENERAPAN TERAPI DISTRAKSI MEWARNAI DAN BERCERITA TERHADAP PENURUNAN ANSIETAS PADA ANAK DENGAN *MORBUS HIRSCHSPRUNG* DI RUANG RAWAT INAP RSPAD GATOT SOEBROTO**. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan Pendidikan Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RSPAD Gatot Soebroto. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini berkat bimbingan, bantuan, dan kerjasama serta dorongan berbagai pihak sehingga dapat terselesaikan dengan baik. Pada kesempatan ini dengan segala hormat peneliti mengucapkan terima kasih kepada :

1. DR. Didin Syaefudin, S.Kep., S.H.,MARS, selaku Ketua STIKes RSPAD Gatot Soebroto yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Diploma Tiga Keperawatan.
2. Ns. Riza Ginanjar M, S,Kep, M.Kep, selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan STIKes RSPAD Gatot Soebroto yang telah menyediakan fasilitas kepada penulis untuk menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini hingga selesai.
3. Ns. Ira Kusumawati M. Kep selaku dosen pembimbing yang telah meluangkan waktu, tenaga, pikiran serta dukungan untuk memberikan arahan dalam penulisan di karya tulis ilmiah ini hingga selesai.
4. Ns. Titik Setyaningrum, M. Kep selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu, tenaga, pikiran serta dukungan untuk memberikan arahan dalam penulisan di karya tulis ilmiah ini hingga selesai.
5. Seluruh dosen STIKes RSPAD Gatot Soebroto yang telah memberikan ilmu dan bimbingannya selama 3 tahun sehingga dapat menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan.

6. Kedua Orang tua Penulis dan Keluarga meskipun bukan keluarga yang terbiasa berbicara dari hati ke hati, Penulis tahu bahwa dibalik keheningan itu tersimpan doa dan harapan yang tak pernah putus untuk penulis. Terimakasih atas segala waktu, cinta, dan pengorbanan yang telah kalian berikan.
7. Rekan-rekan seperjuangan Angkatan 39 "TRESNUEVA", terimakasih atas suka dan duka, segala motivasi, dan segala toleransinya semoga pertemanan kita akan tetap abadi.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan penelitian dan penyusunan karya tulis ilmiah ini. Saya sadari bahwa penelitian dan penyusunan karya tulis ilmiah ini jauh dari sempurna, namun saya berharap kiranya penelitian dan penyusunan karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi para pembaca.

Jakarta, 25 Mei 2026



Dede Cahya Lestari

NIM 2314401007

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

Nama : Dede Cahya Lestari
NIM : 2314401007
Program Studi : DIII 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 DISTRAKSI MEWARNAI DAN BERCERITA TERHADAP PENURUNAN ANSIETAS PADA ANAK DENGAN *MORBUS HIRSCHSPRUNG* DI RUANG RAWAT INAP 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.

Dibuat : Jakarta
Pada Tanggal : 25 Mei 2026


Yang Menyatakan

Dede Cahya Lestari

ABSTRAK

Nama : Dede Cahya Lestari
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul : Penerapan Terapi Distraksi Mewarnai Dan Bercerita Terhadap Penurunan Ansietas Pada Anak Dengan *Morbus Hirschsprung* Di Ruang Rawat Inap Rspad Gatot Soebroto

Latar Belakang : Hospitalisasi pada anak dapat menimbulkan dampak psikologis berupa ansietas, terutama pada anak dengan *Morbus Hirschsprung* yang menjalani tindakan operasi penutupan colostomy (*colostomy closure*). Kondisi tersebut menyebabkan anak merasa takut, gelisah, sulit tidur, dan tidak nyaman selama menjalani perawatan di rumah sakit. Salah satu intervensi nonfarmakologis yang dapat digunakan untuk menurunkan ansietas pada anak yaitu terapi distraksi mewarnai dan bercerita. **Tujuan :** Untuk mengetahui penerapan terapi distraksi mewarnai dan bercerita terhadap penurunan ansietas pada anak dengan *Morbus Hirschsprung* di RSPAD Gatot Soebroto. **Metode :** Studi kasus deskriptif melalui pendekatan melalui asuhan keperawatan melalui teknik wawancara, observasi dan pengumpulan data penunjang. Intervensi dilakukan selama 3 hari melalui terapi mewarnai dan bercerita, serta dukungan emosional. **Hasil:** Hasil intervensi selama 3 hari menunjukkan adanya penurunan ansietas dibuktikan dengan tingkat kecemasan dari skor 5 menjadi skor 2. Pasien tampak lebih tenang, lebih kooperatif terhadap tindakan keperawatan. **Kesimpulan :** Pada studi kasus Penerapan Terapi Distraksi Mewarnai dan Bercerita Terhadap Penurunan Ansietas Pada Anak Dengan *Morbus Hirschsprung* di Ruang rawat inap RSPAD Gatot Soebroto ini menunjukkan bahwa terapi distraksi mewarnai dan bercerita efektif membantu menurunkan ansietas.

Kata Kunci: Ansietas, Hospitalisasi, *Morbus Hirschsprung*, Mewarnai dan Bercerita, Terapi Distraksi.

ABSTRACT

Nama : Dede Cahya Lestari

Program Study : Nursing

Judul : Implementation Of Coloring And Storytelling Distraction Therapy To Reducing Anxiety In Children With Morbus Hirschsprung In The Inpatient Ward Of Rspad Gatot Soebroto

Background: Hospitalization in children can cause psychological impacts in the form of anxiety, especially in children with Hirschsprung's disease who undergo colostomy closure surgery. This condition causes children to feel afraid, anxious, have difficulty sleeping, and uncomfortable during hospitalization. One of the non-pharmacological interventions that can be used to reduce anxiety in children is coloring and storytelling distraction therapy. **Objective:** To determine the application of coloring and storytelling distraction therapy to reduce anxiety in children with Hirschsprung's disease at Gatot Soebroto Army Hospital. **Method:** Descriptive case study through an approach through nursing care through interview techniques, observation and supporting data collection. The intervention was carried out for 3 days through coloring and storytelling therapy, as well as emotional support. **Results:** The results of the 3-day intervention showed a decrease in anxiety as evidenced by the level of anxiety from a score of 5 to a score of 2. Patients appeared calmer, more cooperative with nursing actions. **Conclusion:** This case study on the Application of Coloring and Storytelling Distraction Therapy to Reduce Anxiety in Children with Hirschsprung's Morbus in the inpatient ward of Gatot Soebroto Army Hospital shows that coloring and storytelling distraction therapy is effective in helping reduce anxiety.

Keywords: Anxiety, Coloring and Storytelling, Distraction Therapy, Hirschsprung's disease, Hospitalization

DAFTAR ISI

| | |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| PERNYATAAN TENTANG ORIGINALITAS..... | Error! Bookmark not defined. |
| LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING | iii |
| LEMBAR PENGESAHAN | Error! Bookmark not defined. |
| RIWAYAT HIDUP | v |
| KATA PENGANTAR..... | vii |
| HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI | Error! Bookmark not defined. |
| ABSTRAK | ix |
| ABSTRACT | xi |
| DAFTAR ISI..... | xii |
| DAFTAR GAMBAR..... | xiv |
| DAFTAR LAMPIRAN | xv |
| DAFTAR SKEMA..... | xvi |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 3 |
| C. Tujuan..... | 3 |
| D. Manfaat Penulisan..... | 3 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | 5 |
| A. Tinjauan Teori | 5 |
| B. Konsep Penyakit..... | 7 |
| C. Konsep Ansietas | 13 |
| E. Konsep Asuhan Keperawatan | 23 |
| BAB III METODE PENELITIAN | 32 |
| A. Jenis Dan Desain Kasus | 32 |
| B. Subjek Studi Kasus | 32 |
| D. Fokus Studi Kasus..... | 32 |
| F. Metode Pengumpulan Data | 33 |
| G. Analisa dan Penyajian Data | 35 |
| H. Etika Penelitan | 51 |
| BAB IV PEMBAHASAN..... | 52 |
| A. Pengkajian Keperawatan..... | 52 |

| | |
|-----------------------------------------|-----------|
| B. Diagnosa Keperawatan..... | 54 |
| C. Intervensi Keperawatan..... | 54 |
| D. Implementasi Keperawatan..... | 56 |
| E. Evaluasi Keperawatan..... | 58 |
| BAB V KESIMPULAN DAN SARAN | 60 |
| A. Kesimpulan | 60 |
| B. Saran..... | 62 |
| DAFTAR PUSTAKA..... | 63 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|-------------------------------------------------|----|
| Gambar 2. 1 Radiologi Morbus Hirschsprung | 8 |
| Gambar 4 1 Grafik Ansietas | 59 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|-------------------------------------------------------------|----|
| Lampiran 1 Asuhan Keperawatan | 66 |
| Lampiran 2 SOP Terapi distraksi Mewarnai dan Bercerita..... | 85 |
| Lampiran 3 Lembar Observasi (PARS) | 86 |
| Lampiran 4 Lampiran Dokumentasi Kegiatan Terapi..... | 89 |
| Lampiran 5 Informed Consent | 90 |
| Lampiran 6 Format Konsultasi..... | 91 |

DAFTAR SKEMA

| | |
|---------------------------------------------|----|
| Skema 2.1 Pathway Morbus Hirschsprung | 11 |
|---------------------------------------------|----|

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Morbus Hirschsprung atau *Hirschsprung Disease* merupakan kelainan kongenital pada saluran cerna yang ditandai dengan tidak adanya sel ganglion pada plexus saraf usus sehingga menyebabkan gangguan peristaltik dan obstruksi fungsional pada kolon. Penyakit ini umumnya ditemukan pada bayi dan anak-anak dengan manifestasi klinis berupa keterlambatan pengeluaran mekonium lebih dari 48 jam setelah lahir, distensi abdomen, muntah hijau, konstipasi kronis, serta gangguan pertumbuhan dan perkembangan. Penatalaksanaan *Morbus Hirschsprung* umumnya memerlukan tindakan invasif maupun pembedahan sehingga anak harus menjalani hospitalisasi dalam waktu tertentu. (Damayanti, K Ramadhan, 2023)

Secara global, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 2021 menyebutkan bahwa angka kejadian *Morbus Hirschsprung* diperkirakan sekitar 1 dari 5.000 kelahiran hidup atau sekitar 0,02% dari seluruh kelahiran bayi hidup dengan perbandingan laki-laki dan perempuan sekitar 4:1. Di kawasan Eropa, prevalensi *Morbus Hirschsprung* mencapai 1,09 per 10.000 kelahiran hidup, sedangkan di Asia prevalensinya berkisar 1,5-2,8 per 10.000 kelahiran hidup. Di Indonesia sendiri, angka kejadian *Hirschsprung* diperkirakan sekitar 1 kasus per 3.250-5.000 kelahiran hidup dan hampir 80% kasus ditemukan di rumah sakit wilayah Jakarta. Berdasarkan data rekam medis RSPAD Gatot Soebroto, kasus *Morbus Hirschsprung* menempati urutan ke-7 dari 10 penyakit terbanyak di ruang perawatan anak dengan jumlah 18 kasus sejak Maret 2026 sampai Mei 2026. Sebagian besar pasien memerlukan tindakan invasif maupun perawatan pascaoperasi yang berpotensi menimbulkan kecemasan selama hospitalisasi. (Labib *et al.*, 2023; Saputra *et al.*, 2024)

Perawat memiliki peran penting dalam memberikan asuhan keperawatan yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan fisik dan psikologis anak selama menjalani hospitalisasi. Salah satu upaya yang dapat dilakukan perawat adalah pemberian intervensi nonfarmakologis berupa terapi bermain. Terapi bermain menjadi metode yang efektif karena sesuai dengan tahap tumbuh kembang anak dan mampu membantu anak mengekspresikan perasaan serta mengalihkan perhatian dari rasa takut maupun nyeri akibat prosedur medis. Beberapa bentuk terapi bermain yang terbukti efektif menurunkan kecemasan pada anak hospitalisasi yaitu terapi mewarnai dan terapi bercerita. Terapi mewarnai dapat memberikan efek relaksasi, meningkatkan konsentrasi, serta membantu anak mengekspresikan emosi melalui aktivitas visual dan motorik. Sementara itu, terapi bercerita membantu anak memahami situasi perawatan melalui narasi sederhana yang memberikan rasa aman, nyaman, dan keberanian untuk mengungkapkan apa yang dirasakan. (Tahir, Arniyanti, 2023)

Pada penelitian (patandung *et al.*, 2024) menunjukkan bahwa terapi mewarnai efektif menurunkan tingkat kecemasan anak usia prasekolah selama hospitalisasi. Selain itu, terapi bercerita juga terbukti mampu membantu anak mengurangi rasa takut dan meningkatkan kemampuan anak dalam mengekspresikan emosi melalui komunikasi terapeutik. Perpaduan terapi mewarnai dan bercerita dipercaya dapat memberikan efek terapeutik yang lebih optimal karena melibatkan stimulasi visual, auditori, motorik, serta interaksi terapeutik secara simultan. Kombinasi kedua terapi tersebut dapat membantu anak merasa lebih nyaman, tenang, dan kooperatif selama menjalani proses perawatan di rumah sakit. (Goha *et al.*, n.d.)

Berdasarkan data survei dan penelitian terdahulu, terapi distraksi mewarnai maupun bercerita telah terbukti efektif dalam menurunkan kecemasan pada anak yang menjalani hospitalisasi. Namun, penelitian mengenai penerapan kombinasi terapi distraksi mewarnai dan bercerita pada anak dengan diagnosis *Morbus Hirschsprung* di RSPAD Gatot Soebroto masih sangat terbatas. Oleh karena itu, penulis tertarik untuk melakukan karya tulis ilmiah dengan judul “Penerapan Terapi Distraksi Mewarnai dan Bercerita terhadap Penurunan Ansietas pada Anak dengan

Morbus Hirschsprung di Ruang Rawat Inap RSPAD Gatot Soebroto” sebagai upaya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan anak melalui pendekatan *atraumatic care* yang holistik dan terapeutik.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis merumuskan masalah bagaimana Pengaruh Penerapan Terapi Distraksi Mewarnai dan Bercerita Terhadap Penurunan Ansietas Pada Anak di Ruang Rawat Inap RSPAD Gatot Soebroto?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penulisan Karya Tulis Ilmiah Ini untuk mengetahui pengaruh terapi distraksi mewarnai dan bercerita terhadap penurunan ansietas pada anak prasekolah yang mengalami hospitalisasi di ruang rawat inap RSPAD Gatot Soebroto.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Morbus Hirschsprung yang berfokus pada ansietas
- b. Mengidentifikasi tingkat ansietas pada anak sebelum diberikan terapi distraksi mewarnai dan menggambar

D. Manfaat Penulisan

1. Bagi Akademi

Menambahkan pengetahuan dan wawasan tentang penerapan asuhan keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan mengurangi tingkat ansietas terhadap anak usia pra sekolah yang mengalami hospitalisasi dengan terapi distraksi mewarnai dan bercerita untuk mengurangi ansietas.

2. Bagi Rumah Sakit

Sebagai masukan untuk peningkatan kualitas pelayanan keperawatan anak dalam pemberian asuhan keperawatan anak khususnya di ruang rawat inap Pav. Ade Irma Suryani Lantai I RSPAD Gatot Soebroto.

3. Bagi Penulis

Penulis mendapatkan pengalaman, pengetahuan lebih luas dan dapat bermanfaat bagi penulis selanjutnya khususnya pada kasus anak dengan ansietas akibat hospitalisasi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Definisi Anak Usia Prasekolah

Anak usia prasekolah merupakan kelompok anak yang berada pada rentang usia sekitar 3 hingga 6 tahun, yang termasuk dalam tahap perkembangan awal kehidupan dengan pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Pada fase ini, anak mulai mengalami perkembangan signifikan dalam aspek fisik, kognitif, bahasa, serta sosial. Anak mulai mampu melakukan aktivitas secara lebih mandiri, meskipun masih membutuhkan bimbingan dan dukungan dari orang tua maupun lingkungan sekitarnya (Sari *et al.*, 2023)

Pada aspek kognitif, anak usia prasekolah berada pada tahap praoperasional, dimana mereka mulai menggunakan simbol, bahasa, dan imajinasi dalam memahami lingkungan. Namun, cara berpikir anak masih bersifat egosentris dan belum mampu memahami sudut pandang orang lain secara penuh. Imajinasi yang berkembang pesat seringkali menyebabkan anak sulit membedakan antara realitas dan fantasi, sehingga mudah merasa takut terhadap hal-hal yang belum dikenal, termasuk lingkungan rumah sakit dan tindakan medis (Kyle, Carman, 2022; Ball *et al.*, 2021).

Dari aspek emosional dan sosial, anak prasekolah mulai belajar berinteraksi dengan orang lain di luar keluarga, seperti teman sebaya dan tenaga kesehatan. Meskipun demikian, anak masih sangat bergantung pada kehadiran orang tua sebagai sumber rasa aman. Ketika menghadapi situasi yang asing seperti hospitalisasi, anak dapat mengalami gangguan emosional berupa kecemasan, ketakutan, dan stres. Respon tersebut dapat ditunjukkan melalui perilaku menangis, menolak tindakan, hingga menjadi tidak kooperatif selama proses perawatan. (Nurshabrina *et al.*, 2024)

Selain itu, kemampuan coping pada anak usia prasekolah masih terbatas, sehingga mereka belum mampu mengelola stres secara efektif. Kondisi ini menyebabkan anak lebih rentan mengalami ansietas, terutama ketika menghadapi prosedur invasif seperti injeksi, pemasangan infus, atau tindakan medis lainnya. Oleh karena itu, diperlukan pendekatan yang sesuai dengan tahap perkembangan anak, seperti terapi bermain atau distraksi, untuk membantu mengurangi kecemasan dan meningkatkan kenyamanan selama perawatan di rumah sakit. (Faidah *et al.*, n.d.)

2. Pertumbuhan dan Perkembangan Anak Usia Prasekolah

Anak usia prasekolah merupakan anak yang berada pada rentang usia 3 sampai 6 tahun, yang berada pada fase pertumbuhan dan perkembangan penting dalam kehidupan anak. Pada tahap ini, terjadi peningkatan kemampuan fisik yang cukup pesat, ditandai dengan perkembangan koordinasi motorik kasar seperti berlari, melompat, memanjat, serta perkembangan motorik halus seperti menggambar, mewarnai, memegang pensil, dan menyusun benda-benda kecil. Pertumbuhan fisik anak usia prasekolah berlangsung lebih stabil dibandingkan masa bayi, namun tetap memerlukan stimulasi yang optimal agar perkembangan berlangsung sesuai tahapan usia. Aktivitas bermain pada masa ini sangat penting karena menjadi sarana utama dalam mendukung perkembangan fisik sekaligus melatih koordinasi gerak anak (Sari *et al.*, 2023)

Pada aspek perkembangan kognitif, anak usia prasekolah berada pada tahap praoperasional menurut teori perkembangan Piaget. Pada tahap ini anak mulai mampu menggunakan simbol, bahasa, gambar, dan imajinasi dalam memahami lingkungan sekitarnya. Anak mulai aktif bertanya, memiliki rasa ingin tahu yang tinggi, serta menunjukkan kemampuan berpikir sederhana berdasarkan apa yang dilihat dan dialami secara langsung. Namun, cara berpikir anak masih bersifat egosentris, sehingga belum mampu memahami sudut pandang orang lain secara utuh. Kondisi ini menyebabkan anak sering kali menafsirkan pengalaman baru, termasuk tindakan medis di rumah sakit,

sebagai sesuatu yang menakutkan karena keterbatasan pemahaman terhadap situasi yang dihadapinya. (Manalu, Somantri, 2021)

3. Ciri-ciri Anak Usia Prasekolah

Anak usia prasekolah berada pada rentang usia 3 sampai 6 tahun dan memiliki ciri khas pertumbuhan fisik yang ditandai dengan perkembangan kemampuan motorik yang semakin baik. Pada usia ini, anak mulai mampu melakukan berbagai aktivitas secara mandiri seperti Berlari, Melompat, Memanjat, Memakai pakaian sendiri, Memegang alat tulis, Menggambar, dan mewarnai. Koordinasi motorik halus dan kasar berkembang pesat, sehingga anak mulai tertarik pada aktivitas yang melibatkan keterampilan tangan seperti menyusun balok, menggambar, dan mewarnai gambar. Perkembangan fisik ini mendukung anak untuk lebih aktif bereksplorasi terhadap lingkungan sekitarnya. (Sari *et al.*, 2023)

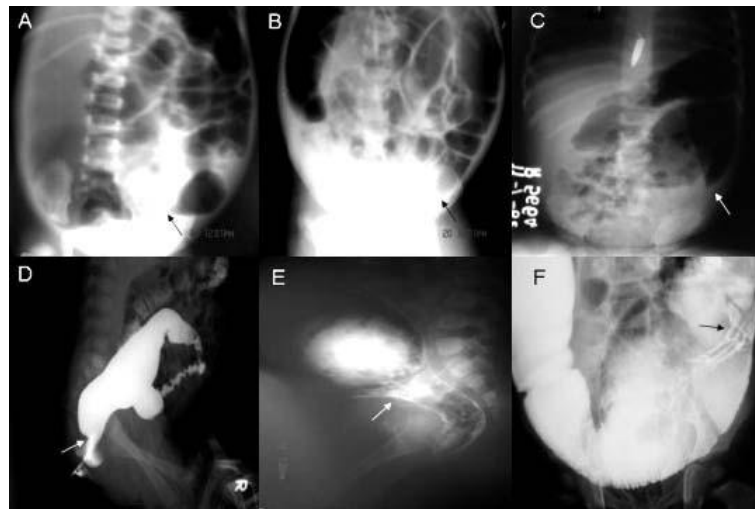
Dari aspek kognitif, anak usia prasekolah memiliki rasa ingin tahu yang sangat tinggi dan mulai aktif bertanya mengenai berbagai hal di sekitarnya. Anak mulai mampu mengenal warna, bentuk, angka sederhana, serta mampu menggunakan simbol dan imajinasi dalam bermain. Namun, pola pikir anak masih bersifat konkret dan egosentris, sehingga mereka sering menafsirkan suatu kejadian berdasarkan sudut pandang sendiri. Imajinasi yang berkembang pesat menyebabkan anak mudah membayangkan sesuatu secara berlebihan, termasuk ketakutan terhadap lingkungan rumah sakit atau prosedur medis yang dianggap menakutkan. (Laeli, Oktiva, n.d.)

B. Konsep Penyakit

1. Definisi *Morbus Hirschsprung*

Penyakit Hirschsprung adalah suatu kelainan bawaan berupa tidak adanya ganglion pada usus besar, mulai dari sfingter ani interna ke arah proksimal, termasuk rektum, dengan gejala klinis berupa gangguan pasase usus. penyebab penyakit *hirschsprung* adalah tidak dijumpai pleksus auerbach dan pleksus meissneri pada rektum. Tidak adanya sel ganglion ini mengakibatkan inkoordinasi gerakan peristaltik sehingga terjadi gangguan

pasase usus yang dapat merupakan suatu obstruksi usus fungsional. Obstruksi fungsional ini akan menyebabkan hipertrofi serta dilatasi pada kolon yang lebih proksimal. (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, n.d.)



Gambar 2. 1 Radiologi Morbus Hirschsprung

Sumber : Pratap et al. BMC Pediatrics

Pada periode bayi baru lahir, penyakit *hirschprung* sering datang ditandai dengan gejala muntah-muntah, distensi abdomen, meconium keluar lebih dari 24 jam setelah kelahiran dan muntah kehijauan. Komplikasi yang harus diwaspadai akibat penyakit *hirschprung* adalah enterocolitis, perforasi usus dan sepsis yang merupakan penyebab kematian tersering. Tanda dan gejala yang muncul yaitu berupa distensi abdomen dan terkait dengan toksisitas sistemik yaitu demam, kegagalan pertumbuhan, periode konstipasi yang diselingi dengan diare yang massif, dehidrasi, laterkgi dan syok. (Kurniawan, 2022).

Morbus Hirschsprung merupakan kelainan kongenital pada sistem pencernaan yang ditandai dengan tidak adanya sel ganglion pada pleksus saraf usus, sehingga menyebabkan gangguan peristaltik dan obstruksi usus fungsional. Kondisi ini mengakibatkan terhambatnya pengeluaran feses, dilatasi kolon bagian proksimal, serta munculnya manifestasi klinis seperti keterlambatan pengeluaran mekonium, distensi abdomen, muntah kehijauan,

dan konstipasi kronis. Apabila tidak ditangani secara tepat, *Morbus Hirschsprung* dapat menimbulkan komplikasi serius seperti enterokolitis, perforasi usus, sepsis, hingga syok yang dapat mengancam jiwa, sehingga diperlukan deteksi dini, penatalaksanaan yang tepat, dan pemantauan komprehensif untuk mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut. (Kurniawan, 2022)

2. Etiologi

Etiologi penyakit *Hirschsprung* atau megakolon kongenital merupakan kombinasi dari kegagalan migrasi, proliferasi, dan diferensiasi sel kista saraf, disertai dengan peranan genetik. Penyakit *Hirschsprung* merupakan penyakit hereditas, sekitar 10-20% kasus memiliki riwayat keluarga dengan penyakit yang sama, dan sisanya terjadi secara sporadis. Tabung neural terbentuk dan bermigrasi ke arah kraniokaudal dan mencapai rektum pada minggu ke-12. Plexus mientericus aurbach terbentuk lebih dahulu diikuti dengan terbentuknya plexus submukosa Meissner. Beberapa kondisi abnormal pada proses penurunan tabung neural menuju distal rektum diantaranya terjadi perubahan matrix protein ekstraseluler, interaksi intra sel yang abnormal (tidak adanya molekul adhesi sel neural) dan tidak adanya faktor neurotropik menyebabkan terjadinya kondisi aganglionik kolon. (Poerwosusanta & Huldani, 2023).

3. Manifestasi Klinis

Tanda Umum *Morbus Hirschsprung* menurut (Wijayana, 2023)

a. Priode Perinatal

Pada bayi yang baru lahir, kebanyakan gejala muncul 24 jam pertama kehidupan. Dengan gejala yang timbul: distensi abdomen dan bilious emesis. Tidak keluarnya mekonium pada 24 jam pertama kehidupan merupakan tanda yang signifikan mengarah pada diagnosis ini. Pada beberapa bayi yang baru lahir dapat timbul diare yang menunjukkan adanya enterocolitis.

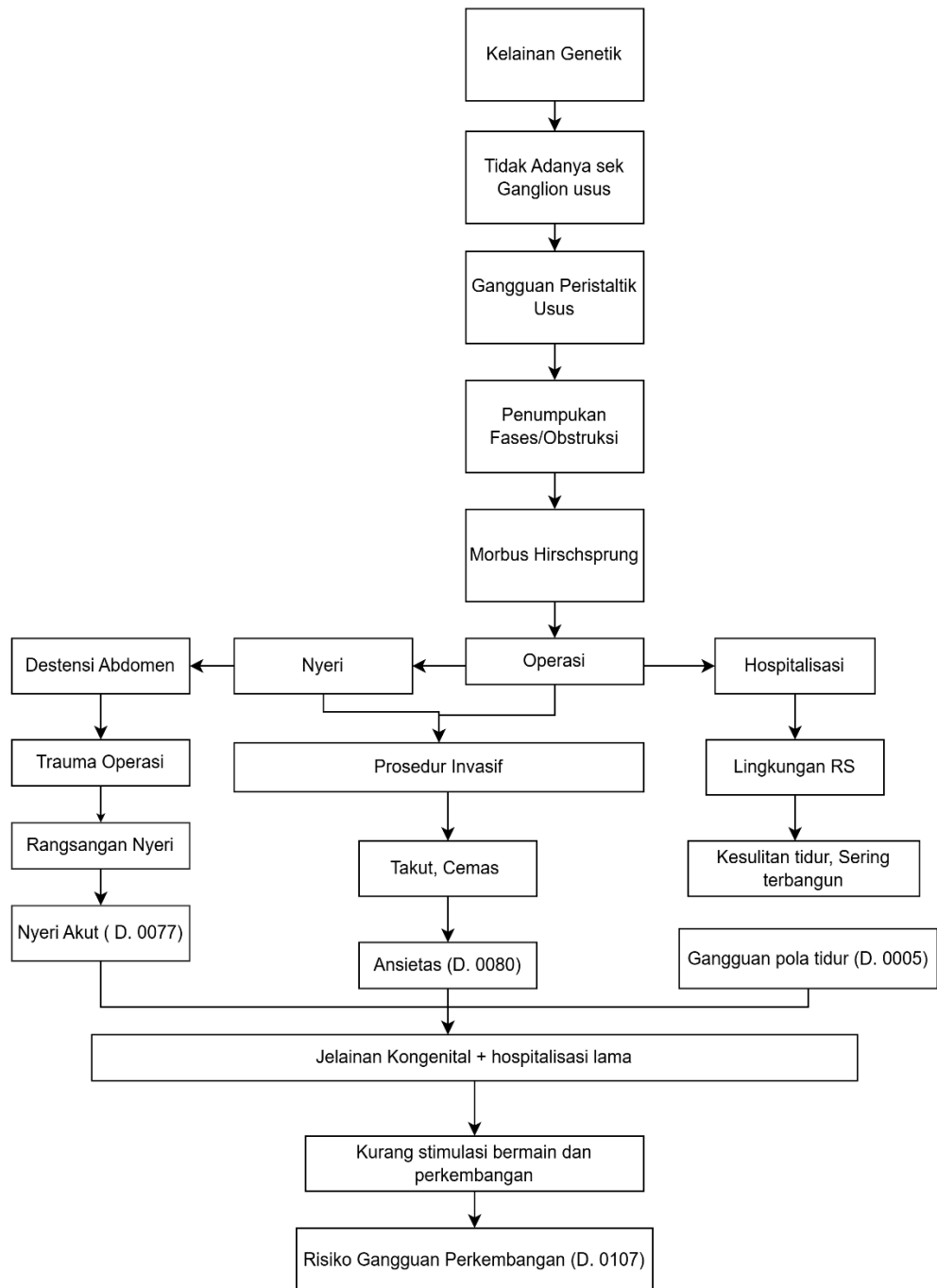
b. Anak

Pada anak yang lebih besar, gejala klinis yang menonjol adalah konstipasi kronis dan gizi buruk (*failure to thrive*). Dapat pula terlihat gerakan peristaltik usus di dinding abdomen. Penyakit hirschsprung dapat juga menunjukkan gejala lain seperti adanya periode obstipasi, distensi abdomen, demam, hematochezia dan peritonitis. Jika dilakukan pemeriksaan colok dubur, maka feses biasanya keluar menyemprot, konsistensi semi liquid dan berbau tidak sedap. Penderita biasanya buang air besar tidak teratur, sekali dalam beberapa hari dan biasanya sulit untuk defekasi.

4. Patofisiologi

Tidak adanya ganglion meliputi plexus auerbach yang terletak pada lapisan otot dan plexus meissner pada submukosa, mengakibatkan hipertrofi pada serabut saraf dan terjadinya kenaikan kadar asetilkolinesterase. Enzim ini merupakan produksi serabut saraf secara spontan dari saraf parasimpatik ganglia otonom dalam mencegah akumulasi neurotransmitter asetilkolin pada neuromuskular junction. Gangguan inervasi parasimpatis ini akan menyebabkan incoordinate peristalsis, sehingga mengganggu propulsi isi usus. Obstruksi yang terjadi secara kronik akan menyebabkan distensi abdomen yang dapat beresiko terjadinya enterokolitis. (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, n.d.)

5. Pathway



skema 2 1 Pathway morbus Hirschsprung

Sumber : Burns & Goldstein (2024)

6. Klasifikasi

Pada penelitian yang dilakukan (Damayanti & Ramadhan, 2023) Mengatakan *Hirschsprung* dibagi menjadi beberapa jenis klasifikasi berdasarkan Panjang segmen yang terkena yaitu :

a. *Short Segment Hirschsprung*

Short segment *Hirschsprung* adalah segmen pada usus besar yang aganglionik sampai batas kolon sigmoid. Terdapat 70% dari total seluruh jenis klasifikasi *Hirschsprung* dengan terkena jenis ini. Pendiagnosian dari klasifikasi ini pada pemeriksaan barium enema tidak ditemukan adanya penyempitan pada segmen, zona transisi, dan tidak ada segmen yang dilatasi.

b. *Long Segment Hirschsprung*

Dikatakan *Hirschsprung* segmen Panjang karena segmen pada usus besar yang aganglionik sudah melewati kolon sigmoid yang artinya segmen aganglioniknya lebih Panjang daripada *short segment Hirschsprung* yang hanya sampai batas kolon sigmoid.

c. *Total Colonic Anganglionosis*

Hirschsprung dikatakan berjenis *total colonic anganglionosis* jika terdapat 5-11% segmen aganglionik di seluruh kolon.

7. Komplikasi

Morbus Hirschsprung dapat menimbulkan berbagai komplikasi baik sebelum maupun sesudah tindakan pembedahan. Komplikasi ini terjadi akibat obstruksi fungsional usus yang berkepanjangan, gangguan motilitas usus, perubahan mikrobiota intestinal, serta komplikasi pascaoperatif setelah tindakan *pull-through*. Jika tidak ditangani secara tepat, komplikasi dapat menyebabkan morbiditas tinggi bahkan kematian pada anak. (Burns & Goldstein, 2024)

Komplikasi yang dapat muncul pada penderita *Morbus Hirschsprung* yaitu :

- a. *Hirschsprung-Associated Enterocolitis* (HAEC)
- b. Obstruksi Usus Persisten
- c. Konstipasi Kronis

- d. Inkontinensia Fekal
- e. *Anastomotic Leak* dan *Stenosis Anastomosis*
- f. Gangguan Pertumbuhan dan Malnutrisi
- g. Perforasi Usus
- h. Disfungsi Bowel Jangka Panjang

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan definitif pada Penyakit *Hirschsprung* atau megakolon kongenital adalah dengan operasi, untuk melakukan reseksi pada segmen usus yang aganglionik, dan membuat anastomosis. Beberapa teknik operasi yang sering digunakan adalah Swenson, Soave, dan Duhamel. Sebelum operasi definitif, sebaiknya dilakukan irigasi kolon 1-3 kali/hari untuk dekompresi usus.

Selain itu ada Tata Laksana Operatif. Operasi merupakan terapi definitif pada penderita penyakit *Hirschsprung*. Prinsip operasi pada penyakit *Hirschsprung* adalah membuang bagian usus yang aganglionik dan dilanjutkan dengan proses anastomosis bagian proksimal dan distal yang normal atau ganglionik, serta mempertahankan fungsi kanal dan sfingter ani. (Damayanti, Ramadhan, 2023)

C. Konsep Ansietas

1. Pengertian Ansietas

Menurut (Kesehatan Saelmakers Perdana et al., 2025) Ansietas adalah suatu perasaan tidak santai yang samar-samar karena ketidaknyamanan atau rasa takut yang disertai suatu respon. Seringkali sumber perasaan tidak santai tersebut tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu. Ansietas dapat pula diterjemahkan sebagai suatu perasaan takut akan terjadi sesuatu yang disebabkan oleh antisipasi bahaya. Kecemasan ialah suatu kondisi yang dianggap wajar ketika seseorang mengalami situasi yang belum pernah dialaminya sebelumnya dan merasa itu dapat membahayakan dirinya. Kecemasan dapat dikategorikan sebagai tidak normal jika berlangsung secara terus-menerus dan mengganggu aktivitas sehari-hari, yang dikenal sebagai gangguan.

Ansietas merupakan perasaan takut akan terjadinya sesuatu yang disebabkan olehantisipasi terhadap bahaya, dan merupakan sinyal yang membantu individu mempersiapkan tindakan untuk menghadapi ancaman tersebut. Pengaruh persaingan dan bencana yang terjadi dalam kehidupan dapat mempengaruhi kesehatan fisik dan psikologis. Dampak psikologis yang ditimbulkan salah satunya adalah rasa cemas dan gelisah, dengan tanda dan gejala berupa rasa takut, khawatir, perasaan tidak enak, rasa takut terhadap pikiran sendiri, dan mudah tersinggung. Penderita merasa tegang, gelisah, mudah takut, takut ketika sendirian atau berada di dekat orang banyak atau banyak orang, mengalami gangguan pola tidur, disertai mimpi buruk (Kurniawan, 2022).

Ansietas adalah kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman. Ansietas atau kecemasan merupakan suatu gangguan yang terjadi pada otak yang menyebabkan timbulnya perasaan yang kompleks, pada saat mengalami ansietas atau kecemasan maka akan timbul respon pada fisik seperti nyeri pada dada, jantung berdebar, nafas pendek dan adanya rasa takut, hal ini berhubungan dengan adanya gangguan kejiwaan dan gangguan pada fisik. (Alwinar, 2025)

2. Penyebab Ansietas

Menurut (Oktamarina *et al.*, n.d.) dalam buku Konsep Dasar Ansietas Beberapa orang yang terserang kecemasan mungkin mengeluhkan, rasa panas pada wajahnya, berkeringat, tegak bulu romanya, dan gemeteran. Selain itu mungkin terasa sakit atau rasa mual di perut selama mengalami kecemasan tersebut kita mungkin tidak dapat berpikir atau bertindak wajar dan karena itu merasa seolah-olah pikiran kita kusut atau bingung.

Faktor penyebab ansietas bisa berasal dari dalam diri atau dari lingkungan luar. Pemicu ini dapat dikategorikan menjadi dua kelompok yaitu :

- a. Risiko bagi integrasi fisik termasuk adanya gangguan fisik yang mungkin muncul atau berkurangnya kemampuan untuk menjalani kegiatan sehari-hari.
- b. Risiko yang mengancam sistem diri bisa merugikan identitas, harga diri, dan fungsi sosial yang terhubung dalam diri seseorang.
- c. Aspek Psikososial Seperti kurangnya rasa percaya diri, penurunan kemampuan dalam menangani tekanan, dan kecenderungan untuk meyakini bahwa faktor luar berkontribusi dalam pengaturan.

3. Tanda dan Gejala Ansietas

Menurut (Kesehatan Saelmakers Perdana *et al.*, 2025) ada beberapa tanda-tanda kecemasan, yaitu :

a. Tanda-tanda fisik kecemasan

Tanda fisik kecemasan diantaranya yaitu: kegelisahan, kegugupan, tangan atau anggota tubuh yang bergetar atau gemetar, sensasi dari tegang di sekitar dahi, banyak berkeringat, telapak tangan yang berkeringat, pening atau pingsan, mulut dan kerongkongan terasa kering, kesulitan berbicara, kesulitan bernafas, nafas menjadi pendek, jantung yang terasa berdebar keras atau berdetak kencang, suara yang bergetar, jari-jari atau anggota tubuh yang menjadi dingin, pusing.

b. Tanda-Tanda Behavioral Kecemasan

Tanda-tanda behavioral kecemasan diantaranya yaitu: perilaku menghindar, perilaku melekat dan dependen, dan perilaku terguncang.

c. Tanda-Tanda Kognitif Kecemasan

Tanda-tanda kognitif kecemasan diantaranya : khawatir tentang sesuatu, perasaan terganggu akan ketakutan atau apprehensi terhadap sesuatu yang terjadi di masa depan, keyakinan bahwa sesuatu yang mengerikan akan segera terjadi (tanpa ada penjelasan yang jelas), terpaku pada sensasi ketubuhan, sangat waspada terhadap sensasi ketubuhan, merasa terancam oleh orang atau peristiwa yang

normalnya hanya sedikit atau tidak mendapat perhatian, ketakutan akan kehilangan kontrol, ketakutan akan ketidakmampuan untuk mengatasi masalah, berpikir bahwa dunia mengalami keruntuhan, berpikir bahwa semuanya tidak lagi bisa dikendalikan, berpikir bahwa semuanya terasa sangat membingungkan tanpa bisa diatasi, khawatir terhadap hal-hal yang sepele, berpikir tentang hal mengganggu yang sama secara berulang-ulang, berpikir bahwa harus bisa kabur dari keramaian (kalau tidak pasti akan pingsan). (Alwinar, 2025)

4. Tingkat Ansietas

Setiap orang pernah mengalami ketakutan dengan tingkat yang berbeda-beda. Ada enam tingkat kecemasan yang diidentifikasi :

- a. Tidak ada ansietas (0), Pada tingkat ini anak berada dalam kondisi tenang, rileks, dan mampu berinteraksi secara normal dengan lingkungan sekitarnya. Anak tampak nyaman, tidak menunjukkan rasa takut, dapat bermain, tidur dengan baik, serta kooperatif terhadap tindakan keperawatan maupun prosedur medis. Tidak ditemukan tanda fisiologis maupun perilaku yang mengarah pada kecemasan.
- b. Ansietas sangat ringan (1) berkaitan dengan ketegangan ringan dalam kehidupan sehari-hari yang masih bersifat adaptif dan dapat meningkatkan kewaspadaan. Anak mulai menunjukkan rasa khawatir ringan, namun masih mampu bermain, berkomunikasi, dan mengikuti instruksi dengan baik. Gejala yang dapat muncul meliputi sedikit gelisah, lebih banyak bertanya, dan peningkatan perhatian terhadap lingkungan sekitar. Pada tahap ini ansietas masih dapat membantu meningkatkan kemampuan belajar dan adaptasi anak.
- c. Ansietas ringan Ansietas (2) berkaitan dengan kehidupan sehari-hari dan pembelajaran, dapat bertindak sebagai pemicu perkembangan dan pendorong rangsangan kreativitas. Gejala dan tandanya antara lain peningkatan perhatian dan persepsi, kesadaran terhadap rangsangan internal dan eksternal, efektivitas dalam pemecahan masalah, dan kemampuan memperoleh pengetahuan.

- d. Ansietas sedang (3) Ketika orang mengalami ansietas sedang, biasanya mereka mampu fokus pada hal yang lebih penting dan mengesampingkan hal yang kurang penting. Hal ini memungkinkan konsentrasi perhatian yang lebih baik dan aktivitas yang lebih terarah.
- e. Ansietas berat (4) Ansietas yang berat dapat berdampak signifikan pada penafsiran seseorang terhadap dunia di sekitarnya. Orang ini biasanya berfokus pada detail kecil yang spesifik dan kesulitan berkonsentrasi pada aspek lain. Gejala ansietas yang parah meliputi keterbatasan penglihatan, perhatian terhadap detail, keterbatasan kemampuan memperhatikan, 16 kesulitan berkonsentrasi dan pemecahan masalah, serta hambatan dalam pembelajaran yang efektif.
- f. Panik Ansietas (5) menimbulkan gejala syok, dan ketakutan. Hal ini ditandai dengan hilangnya kendali, yang berarti bahwa orang yang terkena dampak tidak dapat melakukan apapun, bahkan ketika diinstruksikan untuk melakukannya. Gejala dan tanda panik antara lain ketidakmampuan berkonsentrasi pada peristiwa. (Alwinar, 2025)

5. Skala Kecemasan PARS (Pediatric Anxiety Rating Scale)

Untuk mengetahui tingkat ansietas pada anak usia prasekolah yang menjalani hospitalisasi atau tindakan medis, dapat digunakan instrumen *Pediatric Anxiety Rating Scale* (PARS). PARS merupakan alat ukur kecemasan yang banyak digunakan untuk menilai tingkat ansietas pada anak usia 6-17 tahun dan telah digunakan dalam berbagai penelitian pediatrik, termasuk kecemasan hospitalisasi dan praoperasi pada anak. Instrumen ini dikembangkan oleh *Research Units on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group* dan memiliki validitas serta reliabilitas yang baik dalam mengukur gejala kecemasan pada anak.

Instrumen PARS terdiri dari 9 komponen utama penilaian kecemasan dengan skor masing-masing item antara 0-5. Setiap skor dari item dijumlahkan sehingga diperoleh total skor untuk menentukan tingkat ansietas anak. Bila skor lebih dari 5 maka masuk ke dalam kategori kecemasan panik. Adapun petunjuk pengisian lembar observasi *Pediatric*

Anxiety Rating Scale (PARS) yaitu observer atau peneliti memberikan penilaian pada setiap item kecemasan dengan memilih skor sesuai kondisi anak selama observasi maupun wawancara dengan orang tua. (Johnco et al., 2015) Penilaian dilakukan dengan memberikan skor antara lain:

- a) 0 = Tidak ada kecemasan
- b) 1 = Kecemasan sangat ringan
- c) 2 = Kecemasan ringan
- d) 3 = Kecemasan sedang
- e) 4 = Kecemasan berat
- f) 5 = Kecemasan panik

D. Konsep Dasar Mewarnai dan Bercerita

1. Definisi Terapi Bermain Mewarnai dan Bercerita

Terapi distraksi mewarnai dan bercerita merupakan salah satu bentuk intervensi nonfarmakologis dalam keperawatan anak yang mengombinasikan aktivitas visual, motorik, kognitif, dan verbal untuk membantu menurunkan tingkat kecemasan pada anak selama menjalani hospitalisasi. Intervensi ini memanfaatkan kegiatan mewarnai sebagai media ekspresi dan pengalihan perhatian serta aktivitas bercerita sebagai sarana stimulasi imajinasi dan regulasi emosi. Kombinasi kedua terapi ini dirancang untuk menciptakan suasana bermain yang menyenangkan sehingga anak dapat lebih mudah beradaptasi dengan lingkungan rumah sakit, mengurangi rasa takut terhadap tindakan medis, serta meningkatkan rasa aman dan nyaman selama proses perawatan (Patandung et al., 2024)

Secara konseptual, terapi mewarnai dan bercerita termasuk dalam pendekatan terapi bermain terapeutik, yaitu suatu metode yang menggunakan aktivitas bermain terstruktur untuk membantu anak mengekspresikan perasaan, mengembangkan coping adaptif, dan mengurangi stres psikologis akibat pengalaman hospitalisasi. Pada anak usia prasekolah, bermain merupakan bagian penting dari proses perkembangan karena pada tahap ini anak belajar memahami lingkungan melalui simbol, warna, gambar, dan narasi sederhana. Melalui aktivitas

mewarnai, anak dapat menyalurkan emosi yang sulit diungkapkan secara verbal, sedangkan melalui cerita, anak memperoleh pemahaman terhadap situasi yang sedang dihadapinya secara lebih sederhana dan tidak mengancam. (Maulidiyah *et al.*, 2025)

Mekanisme kerja terapi distraksi mewarnai dan bercerita didasarkan pada prinsip distraksi perhatian. Ketika anak terlibat aktif dalam memilih warna, menyelesaikan gambar, serta mendengarkan atau mengikuti alur cerita, fokus perhatian anak akan teralihkan dari stimulus yang menimbulkan kecemasan seperti lingkungan asing, prosedur invasif, rasa nyeri, maupun ketakutan terhadap tenaga kesehatan. Kondisi ini merangsang relaksasi psikologis dan menurunkan aktivasi sistem saraf simpatis yang berhubungan dengan respons stres. Selain itu, aktivitas menyenangkan tersebut dapat memicu pelepasan hormon endorfin yang berkontribusi terhadap munculnya perasaan nyaman dan tenang pada anak. (Abdullah, Hidayah, 2023; Goha *et al.*, n.d.)

Penggabungan terapi mewarnai dan bercerita memiliki efektivitas yang lebih optimal dibandingkan penggunaan satu metode secara terpisah karena melibatkan berbagai aspek perkembangan anak secara simultan, yaitu motorik halus, kemampuan bahasa, konsentrasi, kreativitas, serta regulasi emosi. Saat perawat membacakan cerita sambil memberikan kesempatan kepada anak untuk mewarnai ilustrasi yang berkaitan dengan cerita tersebut, anak tidak hanya menerima distraksi visual tetapi juga stimulasi auditori dan interaksi terapeutik. Interaksi ini mampu memperkuat hubungan antara perawat dan anak sehingga meningkatkan rasa percaya, menurunkan kecemasan, dan membantu anak beradaptasi lebih baik terhadap proses hospitalisasi (Emilia *et al.*, 2024; Mahadir *et al.*, 2025).

Dalam praktik keperawatan, terapi distraksi mewarnai dan bercerita dapat dilakukan selama 15-30 menit dengan menggunakan media gambar sesuai usia perkembangan anak, alat mewarnai yang menarik, serta

cerita sederhana yang mengandung pesan positif seperti keberanian, penyembuhan, dan rasa aman. Intervensi ini memiliki kelebihan karena mudah diterapkan, aman, ekonomis, serta dapat dilakukan oleh perawat maupun keluarga pasien sebagai bagian dari asuhan keperawatan atraumatik. Berdasarkan berbagai penelitian terbaru, kombinasi terapi mewarnai dan bercerita terbukti efektif dalam menurunkan ansietas hospitalisasi, meningkatkan kenyamanan, dan memperbaiki respons adaptasi anak selama menjalani perawatan di rumah sakit (Patandung *et al.*, 2024)

2. Pelaksanaan Terapi Bermain Mewarnai dan Bercerita

Pelaksanaan terapi bermain mewarnai dan bercerita merupakan intervensi keperawatan nonfarmakologis yang dilakukan untuk membantu menurunkan kecemasan pada anak usia prasekolah selama hospitalisasi. Berdasarkan penelitian (Patandung *et al.*, 2024) terapi bermain mewarnai efektif diberikan pada anak usia 3-6 tahun dalam suasana yang nyaman, dengan durasi intervensi sekitar 15-30 menit. Kombinasi dengan metode bercerita dilakukan untuk meningkatkan fokus perhatian anak sehingga distraksi terhadap stresor hospitalisasi menjadi lebih optimal.

Pelaksanaan terapi diawali dengan tahap persiapan, yaitu perawat menyiapkan alat berupa gambar sesuai usia anak, pensil warna atau krayon, buku cerita bergambar, lembar observasi, serta menciptakan lingkungan yang tenang dan kondusif. Sebelum intervensi diberikan, dilakukan pendekatan terapeutik kepada anak dan keluarga dengan menjelaskan tujuan kegiatan, yaitu membantu anak merasa lebih nyaman selama menjalani perawatan. (Dewi *et al.*, n.d.; Manalu, Somantri, 2021)

Pada tahap orientasi, perawat membangun hubungan saling percaya dengan anak melalui komunikasi terapeutik yang disesuaikan dengan usia perkembangan. Anak diperkenalkan pada alat permainan yang akan digunakan serta diberikan kesempatan memilih gambar dan warna yang disukai. Pada tahap ini perawat juga mengobservasi respons awal anak

seperti ekspresi takut, gelisah, menangis, atau menolak interaksi. (Abdullah, Hidayah, 2023)

Tahap selanjutnya adalah pelaksanaan inti intervensi, yaitu anak diminta mewarnai gambar selama 15-30 menit, lalu perawat meminta anak untuk menceritakan gambar yang telah anak tersebut beri warna. Selama kegiatan berlangsung, perawat memberikan *reinforcement* positif seperti pujian, motivasi, dan dukungan emosional untuk meningkatkan rasa percaya diri anak. (Abdullah, Hidayah, 2023)

Setelah kegiatan selesai, dilakukan tahap terminasi dan evaluasi, yaitu perawat menanyakan perasaan anak setelah mengikuti terapi, mengevaluasi perubahan ekspresi emosional, serta mengobservasi penurunan tanda kecemasan seperti berkurangnya tangisan, wajah lebih rileks, anak tampak kooperatif, dan mau berinteraksi dengan tenaga kesehatan. Evaluasi dapat dilakukan menggunakan lembar observasi atau skala kecemasan sesuai instrumen penelitian. (Abdullah, Hidayah, 2023; Patandung *et al.*, 2024)

3. Manfaat Terapi Bermain Mewarnai dan Bercerita

Berdasarkan penelitian (Patandung *et al.*, 2024), terapi bermain mewarnai memberikan manfaat yang signifikan dalam menurunkan tingkat kecemasan pada anak usia prasekolah yang menjalani hospitalisasi. Hasil penelitian menunjukkan adanya perubahan tingkat kecemasan anak setelah diberikan intervensi terapi mewarnai, di mana sebagian besar anak yang sebelumnya mengalami kecemasan sedang mengalami penurunan menjadi kecemasan ringan setelah intervensi dilakukan. Hal ini menunjukkan bahwa aktivitas mewarnai mampu menjadi media distraksi yang efektif dalam mengalihkan perhatian anak dari lingkungan rumah sakit, prosedur invasif, serta ketakutan selama menjalani perawatan (Patandung *et al.*, 2024).

Terapi mewarnai juga bermanfaat dalam membantu anak mengekspresikan emosi secara nonverbal. Anak usia prasekolah umumnya

belum mampu mengungkapkan perasaan cemas, takut, atau tidak nyaman secara jelas melalui komunikasi verbal. Melalui aktivitas mewarnai, anak dapat menyalurkan emosi dan ketegangan psikologis secara lebih adaptif. Proses memilih warna, mengisi gambar, dan fokus pada aktivitas kreatif dapat memberikan efek relaksasi sehingga membantu menurunkan respons stres selama hospitalisasi (Patandung *et al.*, 2024).

Apabila terapi mewarnai dikombinasikan dengan metode bercerita, manfaat yang diperoleh menjadi lebih optimal. Aktivitas bercerita membantu anak memahami situasi hospitalisasi melalui bahasa yang sederhana dan menyenangkan. Cerita yang mengandung pesan positif seperti keberanian, kesembuhan, dan rasa aman dapat membantu mengurangi persepsi ancaman terhadap lingkungan rumah sakit. Selain itu, terapi bercerita dapat meningkatkan kemampuan anak dalam mengelola emosi, membangun rasa percaya terhadap perawat, serta memperkuat hubungan terapeutik antara anak dengan tenaga kesehatan. (Abdullah, Hidayah, 2023)

Manfaat lain dari kombinasi terapi mewarnai dan bercerita adalah meningkatkan kemampuan konsentrasi, stimulasi perkembangan kognitif, kreativitas, dan koordinasi motorik halus pada anak. Selama proses intervensi, anak terlibat aktif secara visual, auditori, dan motorik sehingga memberikan stimulasi perkembangan yang komprehensif. Keterlibatan aktif ini juga membantu anak lebih kooperatif terhadap tindakan keperawatan dan mengurangi perilaku penolakan selama prosedur medis. Dalam konteks asuhan keperawatan, terapi bermain mewarnai dan bercerita memiliki manfaat praktis karena mudah diterapkan, tidak membutuhkan biaya besar, aman, serta dapat dilakukan secara mandiri oleh perawat maupun dengan keterlibatan keluarga pasien. Intervensi ini efektif digunakan sebagai bagian dari pendekatan *atraumatic care* untuk menciptakan pengalaman perawatan yang lebih nyaman dan minim trauma pada anak selama hospitalisasi. (Abdullah, Hidayah, 2023; Patandung *et al.*, 2024)

E. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal pada proses keperawatan yang dilakukan secara sistematis dalam mengumpulkan data tentang individu, keluarga, dan kelompok. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif yang meliputi aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Hal-hal yang perlu dikaji yaitu :

a. Anamnesa, terdiri dari :

1) Data demografi

Meliputi : nama, usia, jenis kelamin, tempat tinggal, diagnosa masuk, pekerjaan, dan lain-lain.

2) Keluhan utama

Pada kasus ini biasanya keluhan berupa konstipasi kronis sejak lahir, kesulitan buang air besar, perut membesar akibat penumpukan feses dan gas di usus, serta penurunan nafsu makan. Anak juga dapat tampak lemah, rewel, dan mengalami gangguan pertumbuhan karena asupan nutrisi yang tidak optimal. Pada beberapa kasus, orang tua sering mengeluhkan bahwa anak harus dirangsang terlebih dahulu agar dapat buang air besar.

3) Riwayat penyakit sekarang

Pada pasien dengan diagnosis Morbus Hirschsprung, tidak adanya sel ganglion pada segmen usus menyebabkan gangguan peristaltik usus sehingga terjadi obstruksi fungsional. Kondisi ini mengakibatkan keterlambatan pengeluaran mekonium, distensi abdomen, muntah kehijauan, serta konstipasi kronis. Pada kasus yang berat, penumpukan feses dan gas di usus dapat menyebabkan obstruksi usus, gangguan penyerapan nutrisi, hingga enterokolitis yang ditandai dengan diare, demam, dan penurunan kondisi umum pasien.

4) Riwayat penyakit dahulu

Hal yang perlu dikaji pada pasien dengan diagnosis Morbus Hirschsprung adalah apakah pasien sebelumnya pernah mengalami

gangguan eliminasi seperti konstipasi sejak lahir, keterlambatan pengeluaran mekonium, riwayat distensi abdomen berulang, muntah kehijauan, serta riwayat perawatan atau tindakan medis terkait gangguan saluran cerna. Selain itu, perlu dikaji adanya riwayat komplikasi seperti enterokolitis atau obstruksi usus.

5) Riwayat penyakit keluarga

Morbus Hirschsprung dapat disebabkan oleh faktor genetik atau kelainan bawaan yang berhubungan dengan gangguan perkembangan sistem saraf enterik. Oleh karena itu, perlu dikaji apakah terdapat anggota keluarga pasien yang pernah mengalami gangguan saluran cerna sejak lahir, keterlambatan pengeluaran mekonium, konstipasi kronis, atau riwayat kelainan bawaan serupa.

b. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada pasien dengan diagnosis Morbus Hirschsprung dilakukan secara sistematis untuk mengidentifikasi adanya tanda obstruksi usus, gangguan eliminasi, serta komplikasi yang mungkin timbul. Pemeriksaan yang dilakukan antara lain :

1) Keadaan Umum

- a) Tampak lemah atau rewel (terutama pada bayi/anak)
- b) Kesadaran compos mentis (jika tidak ada komplikasi)
- c) Bisa tampak gelisah akibat distensi abdomen
- d) Tanda dehidrasi bila muntah terus-menerus

2) Tanda-tanda Vital

- a) Suhu: dapat normal atau meningkat jika terjadi enterokolitis
- b) Nadi: dapat meningkat (takikardi) bila dehidrasi
- c) Respirasi: meningkat bila distensi abdomen menekan diafragma
- d) Tekanan darah: biasanya normal, dapat menurun bila syok/dehidrasi berat

3) Pemeriksaan Abdomen

Inspeksi :

- a) Abdomen tampak distensi/kembung
- b) Perut membuncit
- c) Dinding abdomen tegang
- d) Pada bayi tampak pembesaran perut tidak simetris

Auskultasi :

- a) Bising usus meningkat pada fase awal obstruksi
- b) Menurun atau tidak terdengar pada obstruksi berat

Perkusi :

- a) Hipertimpani akibat penumpukan gas

Palpasi :

- a) Abdomen tegang
- b) Teraba massa feses pada kolon
- c) Nyeri tekan dapat ditemukan

4) Pemeriksaan Anorektal

- a) Anus tampak normal secara anatomis
- b) Ampula rektum kosong saat pemeriksaan colok dubur
- c) Saat jari pemeriksa ditarik dapat keluar feses/gas secara eksplosif (*blast sign*)

5) Eliminasi

- a) Riwayat terlambat keluar mekonium (>24-48 jam setelah lahir)
- b) Konstipasi kronis
- c) BAB sedikit dan jarang
- d) Feses kecil seperti pita
- e) Dapat diare paradoks bila terjadi enterokolitis

2. Diagnosa Keperawatan

Pada buku Proses Keperawatan Pendekatan Teori dan Praktik (polopadang & hidayah, n.d.)Mengatakan Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang dibuat oleh perawat profesional yang memberi gambaran tentang masalah atau status kesehatan pasien, baik aktual maupun potensial, yang ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data hasil pengkajian.

Diagnosa Keperawatan Yang Mungkin muncul pada Pasien dengan Morbus Hirschsprung adalah :

- a. Ansietas berhubungan dengan Krisis Situasional (Hospitalisasi). (D.0080)
- b. Nyeri Akut berhubungan dengan Distensi abdomen atau trauma pembedahan. (D.0077)
- c. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan lingkungan rumah sakit. (D.0055)

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan Intervensi keperawatan atau rencana tindakan keperawatan adalah suatu proses di dalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, kapan dilakukan dan siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan. (Polopadang & Hidayah, n.d.)

Intervensi keperawatan dilakukan dengan diagnosa keperawatan yang dipilih :

- a. Ansietas berhubungan dengan Krisis Situasional (Hospitalisasi). (D.0080)

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x 24 jam, maka tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil :

- 1) Verbalisasi kebingungan menurun (5)
- 2) Perilaku gelisah menurun (5)
- 3) Perilaku tegang menurun (5)
- 4) Konsentrasi membaik (5)

Intervensi Keperawatan reduksi ansietas berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor)
- 2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan

- 3) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

Terapeutik

- 1) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- 2) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan
- 3) Pahami situasi yang membuat ansietas
- 4) Dengarkan dengan penuh perhatian
- 5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- 6) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
- 7) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- 8) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

Edukasi

- 1) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
- 2) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
- 3) Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu
- 4) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan
- 5) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- 6) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- 7) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- 8) Latih Teknik relaksasi

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu

- b. Nyeri Akut berhubungan dengan Distensi abdomen atau trauma pembedahan. (D.0077)

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

- 1) Keluhan nyeri menurun (5)
- 2) Meringis menurun (5)
- 3) Sikap protektif menurun (5)
- 4) Gelisah menurun (5)
- 5) Kesulitan tidur menurun (5)
- 6) Frekuensi nadi membaik (5)

Intervensi Keperawatan manajemen nyeri berdasarkan SIKI, antara lain :

Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- 9) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik

- 1) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hipnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 4) Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat
- 5) Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

c. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan lingkungan rumah sakit. (D.0055)

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x 24 jam, maka pola tidur membaik, dengan kriteria hasil :

- 1) Keluhan sulit tidur menurun (5)
- 2) Keluhan sering terjaga menurun (5)
- 3) Keluhan tidak puas tidur menurun (5)
- 4) Keluhan pola tidur berubah menurun (5)
- 5) Keluhan istirahat tidak cukup menurun (5)

Intervensi Keperawatan dukungan tidur berdasarkan SIKI, antara lain :

Observasi

- 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur
- 2) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)
- 3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)
- 4) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi

Terapeutik

- 1) Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)
- 2) Batasi waktu tidur siang, jika perlu

- 3) Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur
- 4) Tetapkan jadwal tidur rutin
- 5) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)
- 6) Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga

Edukasi

- 1) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
- 2) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
- 3) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
- 4) Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM
- 5) Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)
- 6) Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya

4. Implementasi

Pedoman implementasi keperawatan menegaskan bahwa setiap tindakan keperawatan harus dilaksanakan sesuai dengan rencana yang telah dibuat dan terlebih dahulu melalui proses validasi. Validasi dilakukan untuk memastikan bahwa rencana tersebut masih sesuai dengan kondisi pasien, mempertimbangkan adanya masalah yang lebih prioritas, memiliki dasar rasional yang tepat, serta telah disesuaikan dengan kebutuhan individu pasien. Perawat juga harus memastikan bahwa seluruh tindakan yang dilakukan, baik oleh perawat, pasien, maupun pihak lain, tetap berorientasi pada tujuan dan hasil yang diharapkan. Dengan demikian, seluruh proses implementasi diarahkan untuk mencapai tujuan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

Implementasi adalah tindakan keperawatan atau implementasi adalah realisasi dari rencana tindakan dengan tujuan untuk mencapai apa yang telah ditetapkan. Implementasi merupakan tahap dimana perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan (intervensi keperawatan) untuk membantu klien mencapai tujuan yang ditetapkan. (Polopadang & Hidayah, n.d.)

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang dilakukan secara terus menerus untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan. Tahap evaluasi bertujuan untuk menentukan tercapai atau tidaknya tujuan yang telah ditetapkan. Proses ini selalu berhubungan dengan tujuan keperawatan, sehingga apabila tujuan belum tercapai maka perlu dicari faktor penyebabnya. (Polopadang & Hidayah, n.d.)

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Dan Desain Kasus

Desain studi kasus ini merupakan deskriptif, yaitu mendeskripsikan atau menjelaskan fenomena dan peristiwa yang terjadi. Dimana desain studi kasus ini adalah menggambarkan penerapan kombinasi terapi mewarnai dan bercerita pada An. A dengan *Morbus Hirschsprung* dalam masa pre operasi dalam penurunan ansietas 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 *Morbus Hirschsprung* berusia 6 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. I 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 dalam penurunan ansietas dengan *Morbus Hirschsprung* pada An. A

E. Instrumen Studi Kasus (Terlampir)

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

1. Format pengkajian anak
2. Lampiran SOP Terapi distraksi Mewarnai dan Bercerita
3. Alat pemeriksaan fisik (Nursing Kit)
4. Lampiran Lembar Observasi (skala PARS)
5. Lampiran Dokumentasi Kegiatan Terapi

F. Metode Pengumpulan Data

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

1. Observasi

Observasi atau pengamatan adalah suatu teknik pengumpulan data dengan cara melakukan pengamatan secara langsung ke lapangan terhadap objek yang diteliti. Hasil observasi dalam studi kasus ini diperoleh data klien bahwa sejak dirawat di rumah sakit anak tampak lebih sering menangis, gelisah, takut saat bertemu tenaga kesehatan, dan selalu ingin didampingi oleh orang tua.

2. Wawancara

Wawancara adalah teknik pengumpulan data yang dilakukan melalui tatap muka dan tanya jawab langsung antara pengumpul data terhadap klien atau keluarga klien. (Trivaika & Senubekti, 2022)Wawancara dalam Karya Tulis Ilmiah ini penulis bertatap muka dengan orang tua pasien, pasien dan perawat ruangan. Hasil wawancara yang dilakukan penulis kepada orang tua klien dan klien didapatkan data bahwa klien memiliki riwayat operasi colostomy pada usia 8 bulan akibat Morbus Hirschsprung. Orang tua pasien mengatakan saat ini anaknya akan menjalani operasi penutupan colostomy (*colostomy closure*). Orang tua pasien juga mengatakan bahwa sejak dirawat di rumah sakit anak tampak lebih sering menangis, gelisah, takut saat bertemu tenaga kesehatan, dan selalu ingin didampingi oleh orang tua.

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah suatu proses evaluasi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk menilai kondisi tubuh dan organ-organ internal secara langsung dengan menggunakan indra penglihatan, perabaan, pendengaran, penciuman, dan perasa. Dalam (trivaika & senubekti, 2022) hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan kepada pasien tanda - tanda vital: Tekanan Darah: 124/87mmHg, Nadi: 90x/menit, suhu 36,5°C, Saturasi oksigen: 99 %, Pernafasan: 20x/menit. Berat badan: 24 kg, Tinggi Badan: 135 cm, Lingkar Kepala: 50 cm, Lingkar Perut: 50cm, Lingkar Lengan atas: 24cm. Kesadaran composmentis.

4. Data Penunjang

Hasil pemeriksaan penunjang yaitu pemeriksaan medis yang dilakukan atas indikasi tertentu guna memperoleh keterangan yang lebih lengkap melalui pemeriksaan diagnostik, laboratorium, radiologi, maupun pemeriksaan penunjang lainnya. Hasil pemeriksaan fisik pada tanggal 4 Mei 2026 didapatkan keadaan umum pasien tampak cukup baik dengan kesadaran compos mentis. Tanda-tanda vital menunjukkan tekanan darah 124/87 mmHg, nadi 90 x/menit, suhu 36,5°C, frekuensi pernapasan 20 x/menit, dan saturasi oksigen 99%. Hasil pengukuran antropometri didapatkan berat badan 24 kg, tinggi badan 135 cm, lingkar kepala 50 cm, lingkar perut 50 cm, dan lingkar lengan atas 24 cm.

Pada pemeriksaan abdomen didapatkan adanya stoma colostomy pada area abdomen dengan kondisi stoma tampak lembab dan kemerahan, abdomen tampak sedikit distensi, serta bising usus positif. Pasien memiliki riwayat Morbus Hirschsprung dan direncanakan menjalani operasi penutupan colostomy (*colostomy closure*) pada tanggal 5 Mei 2026 pukul 16.00 WIB setelah kondisi umum dinyatakan stabil oleh tim medis.

Hasil Observasi di dapatkan anak tampak sering menangis, takut saat bertemu tenaga kesehatan, sulit tidur, serta selalu ingin didampingi orang tua. Orang tua pasien juga mengatakan anak sering

terbangun pada malam hari, tampak rewel, dan sulit ditenangkan terutama saat akan dilakukan tindakan keperawatan.

G. Analisa dan Penyajian Data

1. Pengkajian

a. Identitas

Pasien bernama An. A berjenis kelamin perempuan usia 6 tahun beragama islam, suku bangsa sunda, bahasa yang digunakan bahasa indonesia, pendidikan yang sedang dijalani taman kanak-kanak (TK). Pengkajian dilakukan pada tanggal 4 Mei 2026 dengan diagnosa medis Morbus Hirschsprung di Pav. Ade Irma Suryani Lt.1 RSPAD Gatot Soebroto.

2. Resume

Berdasarkan data resume medis, ibu pasien mengatakan anaknya dirujuk dari RS Parmita Depok ke RSPAD Gatot Soebroto untuk menjalani operasi penutupan kolostomi (*colostomy closure*) yang sebelumnya dilakukan saat usia pasien 8 bulan akibat Morbus Hirschsprung. Saat ini direncanakan menjalani operasi penutupan colostomy (*colostomy closure*) pada tanggal 5 Mei 2026 pukul 16.00 WIB. Orang tua pasien mengatakan sejak menjalani perawatan di rumah sakit anak tampak lebih sering menangis, takut saat bertemu tenaga kesehatan, sulit tidur, serta selalu ingin didampingi orang tua. Orang tua pasien juga mengatakan anak sering terbangun pada malam hari, tampak rewel, dan sulit ditenangkan terutama saat akan dilakukan tindakan keperawatan.

Hasil pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum pasien cukup baik dengan kesadaran compos mentis. Tanda-tanda vital menunjukkan tekanan darah 124/87 mmHg, nadi 90 x/menit, suhu 36,5°C, frekuensi pernapasan 20 x/menit, dan saturasi oksigen 99%. Hasil pengukuran antropometri didapatkan berat badan 24 kg, tinggi badan 135 cm, lingkar kepala 50 cm, lingkar perut 50 cm, dan lingkar lengan atas 24

cm. Pada pemeriksaan abdomen tampak adanya stoma colostomy pada abdomen dengan kondisi stoma tampak lembab dan kemerahan, abdomen tampak sedikit distensi, serta bising usus positif.

3. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

a. Riwayat Kehamilan dan Kelahiran

Selama masa kehamilan, ibu pasien mengatakan rutin melakukan pemeriksaan kehamilan di fasilitas kesehatan dan pemeriksaan dibantu oleh dr. Obgyn. Ibu tidak mengalami hiperemesis gravidarum, preeklamsia, maupun perdarahan selama masa kehamilan. Kondisi kesehatan ibu selama kehamilan secara umum baik. Pasien lahir pada usia kehamilan cukup bulan sekitar 38 minggu melalui persalinan SC dibantu oleh dr. Obgyn. Saat lahir kondisi bayi baik dengan berat badan lahir sekitar 2400 gram dan panjang badan sekitar 55 cm. ditemukan adanya kelainan kongenital setelah 24 jam lahir.

b. Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan

Ibu pasien mengatakan bahwa anak mengalami keterlambatan perkembangan dibandingkan anak seusianya, yaitu belum mampu membaca, menulis, dan membedakan warna pada usia 6 tahun.

c. Riwayat Penyakit yang pernah diderita

Pasien pernah mengalami beberapa penyakit ringan seperti demam dan batuk pilek.

d. Riwayat Perawatan di Rumah Sakit

Orang tua mengatakan pasien pernah menjalani perawatan di rumah sakit sebelumnya untuk dilakukan operasi pembuatan kolostomy.

d. Riwayat Pengobatan

Pasien mendapatkan pengobatan sesuai anjuran dokter dan tidak memiliki riwayat penggunaan obat jangka panjang sebelumnya.

e. Riwayat Operasi

memiliki riwayat operasi colostomy pada usia 8 bulan akibat Morbus Hirschsprung.

- f. Riwayat Alergi
Pasien tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan, obat-obatan.
- g. Riwayat Kecelakaan
Tidak terdapat riwayat kecelakaan berat sebelumnya.
- h. Riwayat Imunisasi
Imunisasi pasien telah diberikan sesuai jadwal dan usia anak.

4. Pola Aktivitas Sehari-hari

- a. Pola Nutrisi
Pasien mendapatkan ASI selama masa bayi. Saat ini pasien makan sebanyak tiga kali sehari dengan jenis makanan nasi, lauk, sayur, dan buah. Pasien juga minum air putih secara cukup. Tidak terdapat kesulitan makan maupun minum
- b. Pola Tidur dan Istirahat
Pasien memiliki kebiasaan tidur siang dan tidur malam secara teratur. Sebelum tidur pasien biasanya bermain handphone atau menonton televisi.
- c. Pola Aktivitas dan Bermain
Pasien aktif bermain dan melakukan aktivitas sesuai usia namun terbatas.
- d. Pola Kebersihan Diri
Pasien mandi dua kali sehari menggunakan sabun, beberapa harus dibantu namun sebagian besar dilakukan secara mandiri. Pasien juga menyikat gigi dua kali sehari dan menjaga kebersihan diri dengan baik.
- e. Pola Eliminasi
Pola buang air besar pasien melalui kolostomy. Frekuensi buang air kecil sekitar 4-5 kali sehari dengan warna urine kuning jernih dan tidak terdapat nyeri saat berkemih.

5. Kebiasaan dan Pola Asuh

Orang tua mengatakan pasien tidak memiliki kebiasaan buruk seperti menghisap jari atau menggigit kuku. Pola asuh yang diterapkan keluarga

adalah pola asuh demokratis dengan komunikasi yang baik antara orang tua dan anak.

6. Riwayat Kesehatan Keluarga

Tidak terdapat riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, kanker, maupun gangguan mental pada anggotarga keluarga.

7. Coping dan Sistem Nilai Keluarga

Keluarga memberikan dukungan penuh kepada pasien selama menjalani perawatan. Keluarga juga mengajarkan nilai sopan santun, saling menghormati, dan mendukung pasien dalam proses pengobatan.

8. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Lingkungan rumah pasien cukup bersih dan aman. Pasien biasa bermain di rumah maupun di lingkungan sekolah. Tidak terdapat faktor lingkungan yang berisiko tinggi terhadap kesehatan pasien.

9. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada tanggal 2 Mei 2026 ibu pasien mengatakan anaknya dirujuk dari RS Parmita Depok ke RSPAD Gatot Soebroto untuk menjalani operasi penutupan kolostomi (*colostomy closure*) yang sebelumnya dilakukan saat usia pasien 8 bulan akibat Morbus Hirschsprung.

10. Pengkajian Fisik (Fungsional)

a. Keadaan Umum dan Tanda Vital

Keadaan umum pasien *compos mentis*. Hasil pemeriksaan tanda vital menunjukkan suhu tubuh $36,5^{\circ}\text{C}$, TD 124/87 mmHg, dan pernapasan 20 x/menit.

b. Nutrisi dan Metabolisme

Mukosa mulut tampak lembab, bibir tidak sianosis, dan tidak ditemukan gangguan menelan. Nafsu makan pasien mengalami penurunan akibat kondisi penyakit dan pengobatan yang dijalani.

- c. Sistem Respirasi dan Sirkulasi
Pasien tidak mengalami sesak napas, tidak terdapat penggunaan otot bantu napas, dan suara napas terdengar normal. Sirkulasi perifer baik dan tidak ditemukan edema.
- d. Sistem Eliminasi
Buang air besar dan buang air kecil pasien dalam batas normal tanpa keluhan bermakna.
- e. Aktivitas dan Mobilitas
Pasien mengalami keterbatasan aktivitas akibat terpasangnya kantong kolostomy. Kekuatan otot masih cukup baik namun pasien tampak lebih cepat lelah.
- f. Sensori dan Persepsi
Fungsi penglihatan, pendengaran, penciuman, pengecap, dan perabaan pasien dalam batas normal.
- g. Konsep Diri
Pasien tampak sedih dan khawatir dengan kondisi penyakit yang dialami. Terkadang pasien kurang kooperatif selama menjalani perawatan dan pemeriksaan.

11. Pengkajian Resiko 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 | 4 |
| | 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 | 3 |
| | Dalam 48 jam | 2 | |
| | >48 jam | 1 | |
| Penggunaan Obat | Beragam-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 | | | 14 |

tabel 3 1 Risiko Jatuh Pada Anak

Skor 7-11 : risiko rendah

Skor > 12 : risiko tinggi

Hasil pengkajian menunjukkan bahwa pasien memiliki risiko jatuh tinggi yang dipengaruhi oleh kondisi perawatan, penggunaan terapi atau obat-obatan, serta faktor lingkungan selama menjalani perawatan. Oleh karena

itu, pasien memerlukan pengawasan dan penerapan tindakan pencegahan jatuh untuk menjaga keselamatan selama dirawat.

12. Pemeriksaan Penunjang

| Pemeriksaan | Hasil | Nilai Normal | Keterangan |
|---------------------------|------------------------------------|-------------------------|------------|
| Hemoglobin (Hb) | 11,8 g/dL | 11,5-13,5 g/dL | Normal |
| Leukosit | 9.800/ μ L | 5.000-10.000/ μ L | Normal |
| Natrium (Na) | 138 mmol/L | 135-145 mmol/L | Normal |
| Kalium (K) | 4,1 mmol/L | 3,5–5,0 mmol/L | Normal |
| GDS | 96 mg/dL | 70-140 mg/dL | Normal |
| PT | 12 detik | 11–14 detik | Normal |
| APTT | 31 detik | 25–35 detik | Normal |
| Foto Polos Abdomen | Tidak terdapat obstruksi/perforasi | Tidak ada kelainan usus | Normal |
| Patologi Anatomi | Tidak ditemukan sel ganglion | Terdapat sel ganglion | Menurun |
| EKG | Irama sinus normal | Irama sinus normal | Normal |

tabel 3 2 Hasil Pemeriksaan Penunjang

13. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang diberikan pada pasien meliputi terapi konservatif, operatif, dan suportif. Pasien dilakukan pemantauan tanda-tanda vital, keseimbangan cairan, serta status nutrisi selama perawatan. Terapi yang diberikan berupa irigasi kolon untuk mengurangi distensi abdomen, serta pemberian obat sesuai program medis. Pasien juga menjalani tindakan operasi penutupan kolostomi sebagai terapi definitif untuk memperbaiki fungsi eliminasi usus. Selain penatalaksanaan medis, diberikan pula asuhan keperawatan berupa pemantauan pola BAB, serta

terapi distraksi mewarnai dan bercerita untuk membantu menurunkan ansietas akibat hospitalisasi dan prosedur tindakan medis.

14. Data Fokus

a. Data subjektif

Data subjektif yang ditemukan yaitu ibu pasien mengatakan anak tampak takut dan sering menangis ketika akan dilakukan tindakan keperawatan maupun pemeriksaan oleh tenaga kesehatan. Ibu pasien juga mengatakan anak sering mengatakan “takut disuntik” dan tidak mau ditinggal sendiri selama dirawat di rumah sakit. Ibu pasien mengatakan anak sulit tidur pada malam hari karena suasana rumah sakit dan sering terbangun.

b. Data Objektif

Data objektif menunjukkan pasien tampak gelisah, dan sesekali menangis saat dilakukan pendekatan oleh tenaga kesehatan. Pasien tampak memegang erat orang tua dan menolak ketika akan dilakukan tindakan medis. Abdomen tampak sedikit distensi dengan terdapat kolostomi pada abdomen. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan kesadaran compos mentis dengan keadaan umum cukup, tekanan darah 124/87 mmHg, nadi 108 kali per menit, suhu 36,5°C, pernapasan 20 kali per menit. Hasil pemeriksaan laboratorium dalam batas normal dan pasien dinyatakan siap menjalani operasi penutupan kolostomi.

15. Analisa Data

a. Ansietas berhubungan dengan Krisis Situasional (Hospitalisasi)

Data Subjektif :

- 1) Ibu pasien mengatakan anak tampak takut ketika akan dilakukan tindakan keperawatan maupun pemeriksaan.
- 2) Pasien mengatakan takut disuntik dan tidak mau ditinggal sendiri.

- 3) Ibu pasien mengatakan anak sulit tidur selama dirawat di rumah sakit.
- 4) Ibu pasien mengatakan anak sering menangis dan rewel selama hospitalisasi.

Data Objektif :

- 1) Pasien tampak gelisah dan sesekali menangis.
- 2) Pasien tampak memegang erat orang tua.
- 3) Pasien tampak menolak saat akan dilakukan tindakan medis.
- 4) Tampak kurang kooperatif saat pemeriksaan.

b. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis (Post operasi/area kolostomi)

Data Subjektif :

- 1) Pasien mengatakan nyeri pada area perut dan bekas kolostomi.
- 2) Pasien mengatakan nyeri hilang timbul dengan skala 2.
P : Saat bergerak dan area disentuh
Q : Seperti tertarik
R : Area abdomen dan kolostomi
S: 2
T : Hilang timbul

Data Objektif :

- 1) Pasien tampak meringis saat area abdomen disentuh.
- 2) Abdomen tampak sedikit distensi.

c. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Lingkungan Rumah Sakit

Data Subjektif :

- 1) Ibu pasien mengatakan anak sulit tidur pada malam hari.
- 2) Ibu pasien mengatakan anak sering terbangun saat malam hari.

Data Objektif :

- 1) Pasien tampak lemas.
- 2) Tampak mengantuk pada siang hari.

- 3) Pasien tampak rewel saat malam hari.
- 4) Lingkungan perawatan tampak ramai dan bising.

16. Diagnosa Keperawatan

- a. Ansietas berhubungan dengan Krisis Situasional (Hospitalisasi). (D.0080)
- b. Nyeri Akut berhubungan dengan Distensi abdomen atau trauma pembedahan. (D.0077)
- c. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan lingkungan rumah sakit. (D.0055)

17. Intervensi Keperawatan

- a. Ansietas berhubungan dengan Krisis Situasional (Hospitalisasi). (D.0080)
Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x 24 jam, maka tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil :
 - 1) Verbalisasi kebingungan menurun (5)
 - 2) Perilaku gelisah menurun (5)
 - 3) Perilaku tegang menurun (5)
 - 4) Konsentrasi membaik (5)

Intervensi Keperawatan reduksi ansietas berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor)
- 2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- 3) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

Terapeutik

- 1) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- 2) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan
- 3) Pahami situasi yang membuat ansietas

- 4) Dengarkan dengan penuh perhatian
- 5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- 6) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
- 7) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- 8) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

Edukasi

- 1) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
- 2) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
- 3) Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu
- 4) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan
- 5) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- 6) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- 7) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- 8) Latih Teknik relaksasi

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu

b. Nyeri Akut berhubungan dengan Distensi abdomen atau trauma pembedahan. (D.0077)

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

- 1) Keluhan nyeri menurun (5)
- 2) Meringis menurun (5)
- 3) Sikap protektif menurun (5)
- 4) Gelisah menurun (5)
- 5) Kesulitan tidur menurun (5)
- 6) Frekuensi nadi membaik (5)

Intervensi Keperawatan Manajemen Nyeri berdasarkan SIKI, antara lain :

Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- 9) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik

- 1) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 4) Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat
- 5) Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

- c. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan lingkungan rumah sakit.
(D.0055)

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x 24 jam, maka pola tidur membaik, dengan kriteria hasil :

- 1) Keluhan sulit tidur menurun (5)
- 2) Keluhan sering terjaga menurun (5)
- 3) Keluhan tidak puas tidur menurun (5)
- 4) Keluhan pola tidur berubah menurun (5)
- 5) Keluhan istirahat tidak cukup menurun (5)

Intervensi Keperawatan dukungan tidur berdasarkan SIKI, antara lain :

Observasi

- 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur
- 2) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)
- 3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)
- 4) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi

Terapeutik

- 1) Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)
- 2) Batasi waktu tidur siang, jika perlu
- 3) Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur
- 4) Tetapkan jadwal tidur rutin
- 5) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)
- 6) Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga

Edukasi

- 1) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
- 2) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
- 3) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
- 4) Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM
- 5) Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)
- 6) relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya

18. Implementasi Keperawatan

Pada tanggal 04 Mei 2026 dilakukan pelaksanaan keperawatan pada An. A. Pukul 10.00-10.30 WIB perawat melakukan pengkajian tingkat ansietas dan respons pasien terhadap hospitalisasi. Didapatkan hasil pasien tampak takut, menangis saat didekati tenaga kesehatan, dan memegang erat orang tua. Ibu pasien mengatakan anak takut disuntik dan tidak mau ditinggal sendiri. Selanjutnya dilakukan monitoring tanda-tanda vital dengan hasil suhu 36,5°C, nadi 108 x/menit, dan respirasi 24 x/menit. Penulis kemudian menjelaskan terapi distraksi mewarnai dan bercerita kepada pasien dan keluarga untuk membantu mengurangi rasa takut dan cemas selama perawatan. Sebelum terapi dilakukan, perawat mempersiapkan alat mewarnai dan buku gambar serta menciptakan suasana nyaman bagi pasien. Selanjutnya dilakukan terapi mewarnai dan bercerita sederhana selama ±15 menit. Selain itu dilakukan kolaborasi pemberian terapi farmakologis sesuai program medis berupa analgetik dan cairan intravena.

Pada tanggal 05 Mei 2026 dilakukan pelaksanaan keperawatan pada An. A. Pukul 10.00-10.30 WIB dilakukan pengkajian kembali terhadap tingkat ansietas pasien. Didapatkan hasil pasien tampak lebih tenang dibandingkan hari sebelumnya dan tidak menangis saat dilakukan pendekatan. Ibu pasien mengatakan anak mulai mau berinteraksi dengan

lingkungan sekitar walaupun masih malu. Selanjutnya Penulis melakukan terapi distraksi mewarnai dan bercerita selama ± 15 menit dengan menggunakan gambar dan cerita sederhana tentang keberanian anak selama dirawat di rumah sakit. Selain itu dilakukan kolaborasi pemberian terapi farmakologis sesuai program medis.

Pada tanggal 06 Mei 2026 dilakukan pelaksanaan keperawatan pada An. A. Pukul 10.00-10.30 WIB dilakukan pengkajian tingkat ansietas dan kenyamanan pasien selama hospitalisasi. Didapatkan hasil pasien tampak lebih tenang, mampu berinteraksi dengan perawat, dan tidak lagi menunjukkan perilaku menolak saat dilakukan pendekatan. Ibu pasien mengatakan anak tidur lebih nyenyak dan sudah mulai aktif berbicara selama dirawat. Monitoring tanda-tanda vital menunjukkan suhu $36,5^{\circ}\text{C}$, nadi 98 x/menit, dan respirasi 22 x/menit. Selanjutnya dilakukan terapi distraksi mewarnai dan bercerita selama ± 25 menit. Pasien tampak antusias memilih warna, mampu menyelesaikan gambar yang diberikan, serta mau menceritakan kembali gambar yang telah diwarnai. Selama terapi pasien tampak tersenyum, rileks, dan lebih percaya diri saat berinteraksi dengan perawat. Selain itu dilakukan kolaborasi pemberian terapi farmakologis sesuai program medis.

19. Evaluasi Keperawatan

Senin, 4 Mei 2026

S:

Ibu pasien mengatakan anak masih takut ketika didekati tenaga kesehatan dan tidak mau ditinggal sendiri..

O:

Pasien tampak gelisah, menangis saat dilakukan pendekatan, dan kurang kooperatif selama terapi mewarnai dan bercerita. Pasien hanya memegang alat mewarnai dan belum mau menyelesaikan gambar. TTV: Suhu $36,7^{\circ}\text{C}$, Nadi 108 x/menit, Respirasi 24 x/menit.

A:

Masalah ansietas belum teratasi.

P:

Lanjutkan intervensi reduksi ansietas, terapi distraksi mewarnai dan bercerita, pendekatan terapeutik, serta libatkan keluarga selama proses perawatan.

Selasa, 5 Mei 2026

S:

Ibu pasien mengatakan anak mulai mau berinteraksi dan tampak lebih tenang dibandingkan hari sebelumnya.

O:

Pasien tampak lebih rileks, mulai mau mewarnai sebagian gambar, mendengarkan cerita dengan baik, dan sesekali menjawab pertanyaan perawat. TTV: Suhu 36,6°C, Nadi 102 x/menit, Respirasi 22 x/menit.

A :

Masalah ansietas teratasi sebagian.

P:

Lanjutkan terapi distraksi mewarnai dan bercerita, pertahankan komunikasi terapeutik, dan motivasi pasien untuk lebih aktif selama terapi bermain.

Rabu, 6 Mei 2026

S:

Ibu pasien mengatakan anak tampak lebih nyaman selama dirawat dan mulai tidak takut saat bertemu tenaga kesehatan. Pasien mengatakan senang mewarnai dan bercerita bersama perawat.

O:

Pasien tampak tenang, kooperatif, mampu menyelesaikan gambar yang diberikan, serta mau menceritakan hasil gambar yang telah diwarnai. TTV: Suhu 36,5°C, Nadi 98 x/menit, Respirasi 22 x/menit.

A :

Masalah ansietas teratasi sebagian, Lanjutkan intervensi reduksi ansietas.

P:

Pertahankan intervensi terapi bermain dan dukungan keluarga untuk membantu mempertahankan rasa nyaman dan aman selama hospitalisasi.

H. Etika Penelitian

Selama melakukan penelitian, masalah etik merupakan hal yang penting untuk diperhatikan. Penelitian yang dilakukan untuk mendapatkan rekomendasi dari institusi dan mengajukan permohonan izin kepada instansi terkait. Selain itu, bagi setiap responden akan dijamin empat hal dalam penelitian, yaitu:

1. Informed Consent (Lembar persetujuan responden)
Lembar persetujuan ini diberikan kepada responden yang menjadi subjek penelitian setelah memenuhi kriteria inklusi disertai dengan judul serta manfaat dari penelitian.
2. Anonymity (Tanpa nama)
Untuk menjaga kerahasiaan dari identitas responden, nama responden dalam penelitian ini tidak dicantumkan melainkan hanya memberikan kode tertentu pada setiap responden.
3. Confidentiality (Kerahasiaan) Segala informasi yang diberikan oleh responden dijamin kerahasiaannya oleh penulis. Data yang dilaporkan merupakan data dari responden yang dapat menunjang hasil penelitian.
4. Beneficence (Keuntungan) Yang termasuk dalam etik penelitian beneficence adalah :
 - a. Bebas dari penderitaan Dalam hal ini dalam penelitian tidak melakukan suatu yang dapat menimbulkan suatu penderitaan responden.
 - b. Bebas dari eksploitasi. Dalam penelitian ini tidak membuat satu kerugian pun terhadap responden pada saat penelitian dimulai hingga penelitian selesai.
 - c. Manfaat penelitian Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan responden terhadap cara mengatasi nyeri post operasi.

BAB IV

PEMBAHASAN

Studi kasus ini dilakukan di Ruang Paviliun Ade Irma Suryani Lt. I 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 *Morbus Hirschsprung* yang mengalami hospitalisasi dan direncanakan menjalani operasi penutupan Kolostomi (*colostomy closure*). Data yang akan menjadi pembahasan meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan didukung dengan jurnal atau penelitian yang sejalan.

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 4 Mei 2026 di Ruang Paviliun Ade Irma Suryani Lt. I RSPAD Gatot Soebroto pada An. A usia 6 tahun dengan diagnosis medis *Morbus Hirschsprung*. Pengkajian dilakukan melalui wawancara dengan orang tua pasien, observasi langsung terhadap pasien, pemeriksaan fisik, serta studi dokumentasi rekam medis pasien.

Berdasarkan data resume medis, ibu pasien mengatakan anaknya dirujuk dari RS Parmita Depok ke RSPAD Gatot Soebroto untuk menjalani operasi penutupan kolostomi (*colostomy closure*) yang sebelumnya dilakukan saat usia pasien 8 bulan akibat *Morbus Hirschsprung*. Ibu pasien juga mengatakan bahwa anak mengalami keterlambatan perkembangan dibandingkan anak seusianya, yaitu belum mampu membaca, menulis, dan membedakan warna pada usia 6 tahun. Selain itu, ibu pasien mengatakan sejak masuk rumah sakit anak tampak gelisah, sering terbangun pada malam hari, dan keluarga tampak cemas terhadap kondisi anak serta tindakan operasi yang akan dijalani.

Hasil wawancara yang dilakukan penulis kepada orang tua pasien didapatkan data bahwa pasien memiliki riwayat operasi colostomy pada usia 8 bulan dan saat ini direncanakan menjalani operasi penutupan Kolostomi (*colostomy closure*) pada tanggal 5 Mei 2026 pukul 16.00 WIB. Orang tua pasien mengatakan sejak menjalani perawatan di rumah sakit anak tampak lebih sering menangis, takut saat bertemu tenaga kesehatan, sulit tidur, serta selalu ingin didampingi orang tua. Orang tua pasien juga mengatakan anak sering terbangun pada malam hari, tampak rewel, dan sulit ditenangkan terutama saat akan dilakukan tindakan keperawatan.

Hasil observasi menunjukkan pasien tampak cemas, gelisah, sering memeluk orang tua, berbicara pelan, dan tampak takut ketika perawat mendekat. Pasien tampak sulit berkonsentrasi, kurang aktif berinteraksi dengan lingkungan sekitar, serta menunjukkan ekspresi wajah tegang saat membicarakan tindakan operasi yang akan dijalani. Perawat melakukan pengkajian tingkat ansietas dan respons pasien terhadap hospitalisasi menggunakan Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS). Didapatkan hasil skor kecemasan sebelum tindakan yaitu 5 yang menunjukkan kecemasan panik. Pada malam hari pasien tampak beberapa kali terbangun dan sulit kembali tidur. Keluarga pasien tampak khawatir terhadap kondisi anak dan sering menanyakan perkembangan kesehatan pasien kepada tenaga kesehatan.

Hasil pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum pasien cukup baik dengan kesadaran *compos mentis*. Tanda-tanda vital menunjukkan tekanan darah 124/87 mmHg, nadi 90 x/menit, suhu 36,5°C, frekuensi pernapasan 20 x/menit, dan saturasi oksigen 99%. Hasil pengukuran antropometri didapatkan berat badan 24 kg, tinggi badan 135 cm, lingkar kepala 50 cm, lingkar perut 50 cm, dan lingkar lengan atas 24 cm. Pada pemeriksaan abdomen tampak adanya stoma colostomy pada abdomen dengan kondisi stoma tampak lembab dan kemerahan, abdomen tampak sedikit distensi, serta bising usus positif.

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan, penulis menetapkan satu diagnosa keperawatan berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Diagnosa keperawatan yaitu ansietas berhubungan dengan krisis situasional (hospitalisasi dan tindakan operasi) ditandai dengan pasien tampak gelisah, takut bertemu tenaga kesehatan, sering menangis, sulit berkonsentrasi, selalu ingin didampingi orang tua, sulit tidur, serta keluarga tampak cemas terhadap kondisi pasien dan tindakan operasi yang akan dijalani.

C. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada An. A dilaksanakan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), yaitu Reduksi Ansietas dengan tujuan luaran mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Luaran yang diharapkan yaitu tingkat ansietas menurun (5), perilaku gelisah menurun (5), pasien lebih tenang (5), konsentrasi membaik (5), dan pasien menjadi lebih kooperatif selama tindakan keperawatan (5). Pada pengkajian awal didapatkan pasien tampak takut, menangis saat didekati tenaga kesehatan, memegang erat orang tua, dan menolak ketika akan dilakukan tindakan medis. Ibu pasien juga mengatakan anak takut disuntik, tidak mau ditinggal sendiri, serta sulit tidur selama dirawat di rumah sakit. Menurut (kesehatan saelmakers perdana et al., 2025) hospitalisasi pada anak dapat menyebabkan kecemasan akibat lingkungan yang asing, prosedur invasif, serta perpisahan dengan lingkungan rumah.

Tindakan observasi dimulai dengan mengidentifikasi tingkat ansietas, respons perilaku anak terhadap lingkungan rumah sakit, serta tanda-tanda vital pasien. Hasil pengkajian menunjukkan pasien tampak gelisah, sesekali menangis, dan kurang kooperatif saat dilakukan pendekatan. Tanda-tanda vital didapatkan suhu 36,7°C, nadi 108 x/menit, dan respirasi 24 x/menit. Penulis juga mengidentifikasi faktor yang memicu kecemasan dan didapatkan pasien merasa takut terhadap tindakan medis

serta suasana rumah sakit. Tindakan ini dilakukan untuk mengetahui tingkat kecemasan pasien sehingga intervensi yang diberikan dapat disesuaikan dengan kondisi anak. Menurut (damayanti & k ramadhan, 2023) anak dengan Morbus Hirschsprung yang menjalani hospitalisasi dan tindakan operasi berisiko mengalami kecemasan akibat prosedur medis yang invasif dan perubahan lingkungan.

Pada tahap terapeutik, penulis menggunakan pendekatan komunikasi terapeutik dengan berbicara secara perlahan, memberikan rasa aman, dan melibatkan keluarga selama tindakan keperawatan. Penulis kemudian melakukan terapi distraksi mewarnai dan bercerita sebagai terapi nonfarmakologis untuk membantu menurunkan ansietas pasien selama hospitalisasi. Sebelum tindakan dilakukan, penulis mempersiapkan alat mewarnai, buku gambar, dan media cerita sederhana sesuai usia anak. Pada hari pertama pasien masih tampak takut, menangis, dan sulit kooperatif sehingga hanya memegang alat mewarnai tanpa menyelesaikan gambar. Namun setelah dilakukan pendekatan secara bertahap dan melibatkan keluarga, pasien mulai menunjukkan respons positif pada hari berikutnya seperti mau memilih warna, hingga mampu menyelesaikan gambar dan menceritakan kembali hasil gambar yang telah diwarnai.

Terapi mewarnai dilakukan untuk membantu anak mengalihkan perhatian dari rasa takut dan kecemasan melalui stimulasi visual dan motorik. Sedangkan terapi bercerita dilakukan untuk membantu anak mengekspresikan perasaan, meningkatkan rasa nyaman, dan membangun hubungan terapeutik dengan perawat. Menurut (patandung et al., 2024) terapi mewarnai efektif membantu menurunkan kecemasan anak hospitalisasi melalui efek relaksasi dan distraksi. Selain itu, (abdullah & hidayah, 2023) menjelaskan bahwa terapi bercerita dapat membantu anak memahami situasi perawatan dengan cara yang menyenangkan sehingga anak menjadi lebih tenang dan kooperatif selama hospitalisasi.

Pada tahap edukasi, penulis menganjurkan keluarga untuk selalu mendampingi pasien selama hospitalisasi agar anak merasa aman dan nyaman. Penulis juga mengajarkan keluarga untuk memberikan dukungan emosional serta melanjutkan stimulasi bermain sederhana seperti mewarnai dan bercerita selama proses perawatan. Hasil menunjukkan keluarga mampu mengikuti instruksi dan aktif mendampingi anak selama terapi berlangsung. Menurut (yuliyanto et al., n.d.) keterlibatan keluarga dalam terapi bermain dapat membantu meningkatkan rasa aman dan mempercepat adaptasi anak selama hospitalisasi.

Pada tahap kolaborasi, penulis bekerja sama dengan tenaga medis dalam pemberian terapi farmakologis sesuai program rumah sakit untuk membantu meningkatkan kenyamanan pasien selama perawatan. Kombinasi terapi farmakologis dan nonfarmakologis diharapkan dapat membantu menurunkan ansietas, meningkatkan rasa nyaman, serta membuat pasien lebih kooperatif selama menjalani hospitalisasi pada kasus Morbus Hirschsprung.

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada An. A terkait diagnosis utama yaitu ansietas dilakukan melalui pemberian terapi nonfarmakologis berupa terapi mewarnai dan bercerita. Penerapan terapi ini dilakukan selama 3 hari, mulai tanggal 4 Mei 2026 sampai dengan 6 Mei 2026. Pada tanggal 04 Mei 2026 dilakukan pelaksanaan keperawatan pada An. A. Pukul 10.00-10.30 WIB perawat melakukan pengkajian tingkat ansietas dan respons pasien terhadap hospitalisasi menggunakan Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS). Didapatkan hasil skor kecemasan sebelum tindakan yaitu 5 yang menunjukkan kecemasan panik. Pasien tampak takut, menangis saat didekati tenaga kesehatan, dan memegang erat orang tua. Ibu pasien mengatakan anak takut disuntik dan tidak mau ditinggal sendiri. Selanjutnya dilakukan monitoring tanda-tanda vital dengan hasil suhu 36,5°C, nadi 108 x/menit, dan respirasi 20 x/menit. Penulis kemudian menjelaskan terapi distraksi mewarnai dan bercerita.

kepada pasien dan keluarga untuk membantu mengurangi rasa takut dan cemas selama perawatan. Sebelum terapi dilakukan, perawat mempersiapkan alat mewarnai dan buku gambar serta menciptakan suasana nyaman bagi pasien. Selanjutnya dilakukan terapi mewarnai dan bercerita sederhana selama ± 15 menit. Hasil evaluasi menunjukkan pasien masih sulit kooperatif, tampak diam, sesekali menangis, dan hanya memegang alat mewarnai tanpa menyelesaikan gambar. Selain itu dilakukan kolaborasi pemberian terapi farmakologis sesuai program medis berupa analgetik dan cairan intravena. Setelah tindakan dilakukan pengukuran kembali menggunakan PARS dengan hasil skor kecemasan menurun menjadi 4 yang menunjukkan kecemasan berat.

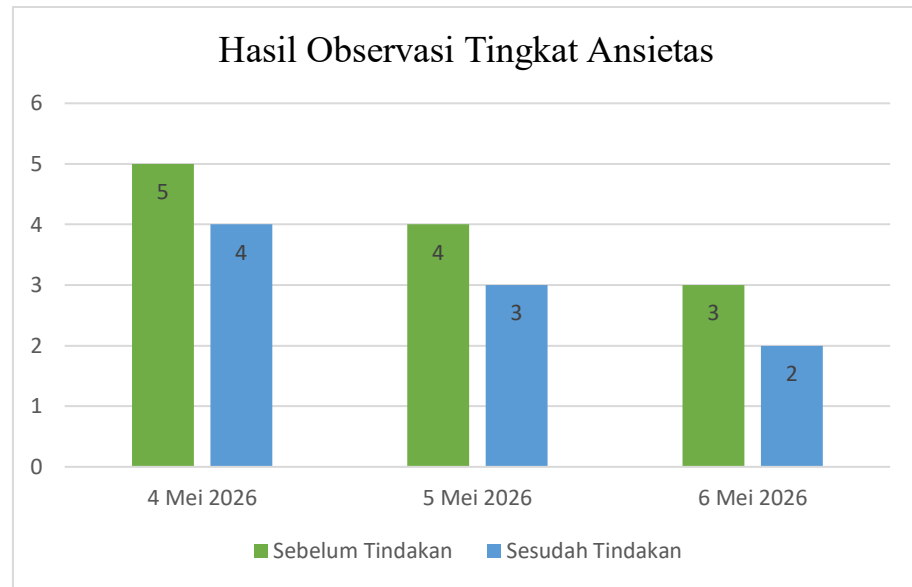
Pada tanggal 05 Mei 2026 dilakukan pelaksanaan keperawatan pada An. A. Pukul 10.00-10.30 WIB dilakukan pengkajian kembali terhadap tingkat ansietas pasien menggunakan *Pediatric Anxiety Rating Scale* (PARS). Didapatkan hasil skor kecemasan sebelum tindakan yaitu 4 yang menunjukkan kecemasan berat. Pasien tampak sedikit lebih tenang dibandingkan hari sebelumnya dan tidak menangis saat dilakukan pendekatan. Ibu pasien mengatakan anak mulai mau berinteraksi dengan lingkungan sekitar walaupun masih takut. Selanjutnya dilakukan monitoring tanda-tanda vital dengan hasil suhu $36,5^{\circ}\text{C}$, nadi 102 x/menit, dan respirasi 22 x/menit. Penulis kemudian melakukan terapi distraksi mewarnai dan bercerita selama ± 15 menit dengan menggunakan gambar dan cerita sederhana tentang keberanian anak selama dirawat di rumah sakit. Hasil evaluasi menunjukkan pasien mulai mau memilih warna dan mewarnai sebagian gambar yang diberikan. Pasien juga tampak bercerita dengan baik dan sesekali menjawab pertanyaan sederhana dari perawat. Selain itu dilakukan kolaborasi pemberian terapi farmakologis sesuai program medis. Setelah tindakan dilakukan pengukuran kembali menggunakan PARS dengan hasil skor kecemasan menurun menjadi 3 yang menunjukkan kecemasan sedang.

Pada tanggal 06 Mei 2026 dilakukan pelaksanaan keperawatan pada An. A. Pukul 10.00-10.30 WIB dilakukan pengkajian tingkat ansietas dan kenyamanan pasien selama hospitalisasi menggunakan Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS). Didapatkan hasil skor kecemasan sebelum tindakan yaitu 3 yang menunjukkan kecemasan sedang. Pasien tampak lebih tenang, mampu berinteraksi dengan perawat, dan tidak lagi menunjukkan perilaku menolak saat dilakukan pendekatan. Ibu pasien mengatakan anak tidur lebih nyenyak dan sudah mulai aktif berbicara selama dirawat. Monitoring tanda-tanda vital menunjukkan suhu $36,5^{\circ}\text{C}$, nadi 98 x/menit, dan respirasi 22 x/menit. Selanjutnya dilakukan terapi distraksi mewarnai dan bercerita selama ± 15 menit. Pasien tampak antusias memilih warna, mampu menyelesaikan gambar yang diberikan, serta mau menceritakan kembali gambar yang telah diwarnai. Selama terapi pasien tampak tersenyum, rileks, dan lebih percaya diri saat berinteraksi dengan perawat. Selain itu dilakukan kolaborasi pemberian terapi farmakologis sesuai program medis. Setelah tindakan dilakukan pengukuran kembali menggunakan PARS dengan hasil skor kecemasan menurun menjadi 2 yang menunjukkan kecemasan ringan

E. Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan hasil observasi tingkat ansietas menggunakan Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS) selama tiga hari pelaksanaan terapi distraksi mewarnai dan bercerita, menunjukkan adanya penurunan tingkat ansietas pada pasien. Pelaksanaan terapi dilakukan setiap hari selama ± 30 menit dengan durasi inti terapi mewarnai dan bercerita kurang lebih 15 menit. Berikut adalah grafik observasi ansietas sebelum dan sesudah

diberikan terapi bermain mewarnai dan bercerita :



Gambar 4. 1 Grafik Ansietas

Pada gambar grafik hasil obeservasi diatas menunjukkan bahwa setelah dilakukan tindakan Penerapan Terapi Distraksi Mewarnai dan Bercerita Terhadap Penurunan Ansietas Pada Anak Dengan Morbus Hirschsprung Di ruang rawat inap RSPAD Gatot Soebroto maka dapat disimpulkan bahwa masalah ansietas pada An. A yang mengalami hospitalisasi teratasi sebagian. Di tandai dengan hasil pengukuran PARS menunjukkan adanya penurunan kecemasan dari skor 5 yang termasuk kategori kecemasan panik menjadi skor 2 yang termasuk dalam kategori kecemasan ringan. Intervensi di lanjutkan dengan mempertahankan terapi bermain berupa kegiatan mewarnai dan bercerita secara terjadwal untuk membantu anak mengekspresikan perasaan, meningkatkan rasa nyaman, serta mengalihkan perhatian dari prosedur dan lingkungan rumah sakit yang menimbulkan kecemasan. Selain itu, terapi farmakologis tetap diberikan sesuai program medis dan instruksi dokter guna mendukung proses penyembuhan penyakit yang dialami pasien.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Kesimpulan dari studi kasus ini adalah penerapan terapi distraksi mewarnai dan bercerita terhadap penurunan ansietas, pada anak dengan *Morbus Hirschsprung* kriteria hasil An. A mengalami penurunan tingkat ansietas dari skor 5 yang termasuk ke dalam kategori kecemasan panik menjadi skor 2 yang termasuk ke dalam kecemasan ringan dimana orang tua dapat melakukan atau menerapkan terapi distraksi mewarnai dan bercerita secara mandiri saat muncul tanda-tanda ansietas. An A juga tampak lebih rileks dan mampu beristirahat dengan lebih baik setelah diberikan terapi distraksi mewarnai dan bercerita. Berikut penjabaran sesuai dengan asuhan keperawatan :

1. Pengkajian

Hasil pengkajian pada pasien anak dengan *Morbus Hirschsprung* yang mengalami hospitalisasi menunjukkan bahwa An. A tampak mengalami ansietas selama menjalani hospitalisasi. Pasien terlihat cemas, gelisah, sering memeluk orang tua, berbicara pelan, serta menunjukkan rasa takut ketika perawat mendekat. Pasien juga tampak sulit berkonsentrasi, kurang aktif berinteraksi dengan lingkungan sekitar, menunjukkan ekspresi wajah tegang saat membicarakan tindakan operasi yang akan dijalani, serta sering terbangun pada malam hari dan sulit kembali tidur. Hasil pengkajian menggunakan Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS) menunjukkan skor 5 yang termasuk kategori kecemasan panik.

Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan keadaan umum pasien cukup baik dengan kesadaran *compos mentis*. Tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 124/87 mmHg, nadi 90 x/menit, suhu

36,5°C, frekuensi pernapasan 20 x/menit, dan saturasi oksigen 99%. Pada pemeriksaan abdomen ditemukan stoma kolostomi dengan kondisi lembab dan kemerahan, abdomen sedikit distensi, serta bising usus positif. Berdasarkan hasil observasi dan pemeriksaan tersebut, masalah keperawatan yang menonjol pada pasien adalah ansietas yang berhubungan dengan hospitalisasi dan tindakan operasi yang akan dijalani.

2. Diagnosa

Dari data yang didapatkan pada An. A hanya satu diagnosa keperawatan yang dapat dirumuskan karena penulis berfokus pada masalah Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (Hospitalisasi).

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang diberikan pada An. A mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), yaitu Reduksi Ansietas dengan penerapan terapi distraksi mewarnai dan bercerita dengan durasi 15 menit yang dilakukan 1x sehari selama 3 hari, setelah dilakukan terapi distraksi mewarnai dan bercerita diharapkan tingkat ansietas pada An. A menurun.

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan asuhan keperawatan pada An. A dengan diagnosis medis *Morbus Hirschsprung* diawali dengan pengkajian tingkat ansietas menggunakan *Pediatric Anxiety Rating Scale* (PARS), Terapi mewarnai dan bercerita diberikan selama ± 15 menit dengan menggunakan gambar dan bercerita sederhana yang sesuai dengan usia anak untuk membantu mengalihkan perhatian dari rasa takut dan kecemasan akibat hospitalisasi serta tindakan operasi yang akan dijalani.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi tindakan keperawatan menunjukkan bahwa tujuan tercapai sebagian, ditandai dengan ibu pasien mengatakan anaknya sudah lebih tenang, anak tampak kooperatif dalam prosedur

keperawatan, anak tampak tidak takut lagi terhadap petugas, hasil pengukuran menggunakan *Pediatric Anxiety Rating Scale* (PARS) menunjukkan penurunan skor kecemasan menjadi 2 (kecemasan ringan).

B. Saran

Adapun saran penulis pada studi kasus ini bagi :

1. Bagi Perawat

Diharapkan perawat dapat menerapkan terapi distraksi mewarnai dan bercerita sebagai salah satu intervensi nonfarmakologis dalam memberikan asuhan keperawatan anak, khususnya pada anak yang mengalami ansietas akibat hospitalisasi di rumah sakit.

2. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan rumah sakit dapat mendukung penerapan terapi bermain terapeutik sebagai bagian dari pendekatan *atraumatic care* dengan menyediakan fasilitas bermain dan media edukatif yang sesuai untuk anak selama menjalani perawatan di rumah sakit.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil studi kasus ini dapat menjadi tambahan referensi dan sumber pembelajaran bagi mahasiswa keperawatan mengenai penerapan terapi distraksi mewarnai dan bercerita dalam menurunkan ansietas pada anak yang mengalami hospitalisasi.

4. Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan penulis selanjutnya dapat mengembangkan penelitian mengenai terapi distraksi mewarnai dan bercerita dengan jumlah responden yang lebih banyak serta waktu intervensi yang lebih panjang sehingga diperoleh hasil yang lebih optimal mengenai efektivitas terapi terhadap penurunan ansietas pada anak hospitalisasi

DAFTAR PUSTAKA

- Abdi, F., Karamoozian, A., Lotfilou, M., Gholami, F., Shaterian, N., Niasar, A. A., Aghapour, E., & Jandaghian-Bidgoli, M. (2025). Effect Of Play Therapy And Storytelling On The Anxiety Level Of Hospitalized Children: A Randomized Controlled Trial. *Bmc Complementary Medicine And Therapies*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/S12906-025-04767-4>
- Abdullah, M., & Hidayah, N. M. Ayuk, O. (2023). *Kegiatan Bercerita Dan Mewarnai Gambar Pada Anak Usia Dini Sebagai Bentuk Penanaman Karakter Toleransi Beragama Di Desa Kedawung Jumapolo Karanganyar*.
- Alwinar, J. T. (2025). *Bab Ii Tinjauan Pustaka*.
- Burns, A. J., & Goldstein, A. M. (2024). Causes And Consequences: Development And Pathophysiology Of Hirschsprung Disease. In *World Journal Of Pediatric Surgery* (Vol. 7, Number 4). Bmj Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/Wjps-2024-000903>
- Damayanti, F., & K Ramadhan, a. a. n. a. w. a. h. s. s. h. z. (2023). *hirschsprung's disease: metode diagnosis dan tatalaksana*.
- Faidah, N., Marchelina, T., & Studi Keperawatan Institut Teknologi Kesehatan Cendekia Utama Kudus, P. (N.D.). *Tingkat Kecemasan Anak Usia Prasekolah Yang Dirawat Di Rumah Sakit Mardi Rahayu Kudus*.
- Goha, M. M., Purwati, N. H., Astika, T., & Permatasari, E. (N.D.). *The International Journal Of Social Sciences World Children Pain Perception Using "Draw, Write, And Tell" Method*. Retrieved <https://www.growingscholar.org/journal/index.php/tijossw>
- Irwanti Sari, P., Pordaningsih, R., Dwi Prasetya, R., keperawatan, p., kedokteran dan ilmu kesehatan, f., jambi, u., adminitrasi rumah sakit, p., garuda putih, s., & d-iii keperawatan, p. (2023). penerapan terapi bermain mewarnai untuk menurunkan tingkat kecemasan hospitalisasi pada anak usia 3-6 tahun: studi kasus. in *jurnal ilmiah ners indonesia* (vol. 4, number 1). <https://www.onlinejournal.unja.ac.id/jini> keputusan menteri kesehatan republik indonesia. (n.d.).
- kesehatan saelmakers Perdana, J., tingkat kecemasan anak yang menjalani hospitalisasi di ruangan santa theresia rumah sakit santa elisabeth medan, g., theresia room, s., elisabeth hospital, s., juniati simarmata, p., barus, m., siallagan, a. m., studi keperawatan, p., & tinggi ilmu kesehatan santa elisabeth, s. (2025). simarmata dkk overview of anxiety levels of children undergoing hospitalization in the. *512 | jksp*, 8(2). <https://doi.org/10.32524/jksp.v8i2.1478>
- Labib, H., Roorda, D., Van Der Voorn, J. P., Oosterlaan, J., Van Heurn, L. W. E., & Derikx, J. P. M. (2023). The Prevalence And Clinical Impact Of Transition Zone Anastomosis In Hirschsprung Disease: A Systematic Review And Meta-

- Analysis. In *Children* (Vol. 10, Number 9). Multidisciplinary Digital Publishing Institute (Mdpi). <https://doi.org/10.3390/Children10091475>
- Laeli, F., & Dwi Oktiva, Y. (N.D.). *Penatalaksanaan Terapi Bermain Mewarnai Terhadap Tingkat Kecemasan Akibat Hospitalisasi Pada Anak Usia Prasekolah: A Case Study*.
- Manalu, O. L., & Somantri, B. N. V. (2021). *Terapi Bermain Mewarnai Menurunkan Tingkat Kecemasan Anak Usia Prasekolah Yang Mengalami Hospitalisasi*.
- Maulidiyah, R., Rukiah, N., & Handayani, Y. (2025). Terapi Bermain Mewarnai Gambar Terhadap Tingkat Kecemasan Hospitalisasi Anak Prasekolah: Literatur Riview. *Journal Of Public Health Innovation*, 5(2), 242–251. <https://doi.org/10.34305/Jphi.V5i2.1610>
- Patandung, V. P., Langingi, A. R. C., & Rembet, I. Y. (2024). Picture Coloring Play Therapy Affects Pre-School Children's Anxiety Levels During Hospitalization In St. Theresia Room Gunung Maria Tomohon Hospital. *East Asian Journal Of Multidisciplinary Research*, 3(8). <https://doi.org/10.55927/Eajmr.V3i8.10546>
- Poerwosusanta, H., & Huldani, Imun. M. (2023). *Penyakit Hirschsprung*. <https://www.aglitera.com>
- Polopadang, V., & Hidayah, N. (N.D.). *Proses Keperawatan Pendekatan Teori Dan Praktik*.
- Saputra, A., Gurning, M., & Mannopposem, I. A. (2024). The Effect Of Puzzle Play Therapy On The Anxiety Level Of Hospitalization Of Pre-School Age Children: Literature Review. *Indonesian Journal Of Health Services*, 1(4), 102–106. <https://doi.org/10.63202/Ijhs.V1i4.52>
- Tahir, C., & Arniyanti, A. (2023). Application Of Play Therapy To Children's Anxiety Levels Due To Hospitalization. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 12(1), 33–39. <https://doi.org/10.35816/Jiskh.V12i1.860>
- Trivaika, & Senubekti. (2022). *Metode Penelitian*.
- Wijayana, K. A. (2023). Penyakit Hirschsprung: Sebuah Tinjauan Pustaka Tentang Patofisiologi, Diagnosa, Dan Terapi. *Mandala Of Health*, 16(2), 134. <https://doi.org/10.20884/1.Mandala.2023.16.2.9602>

LAMPIRAN

Lampiran 1 Asuhan Keperawatan

Nama Mahasiswa : Dede Cahya Lestari
 NIM : 2314401007

ASUHAN KEPERAWATAN ANAK

Tanggal Pengkajian/Jam : Senin, 4 Mei 2026
 Tanggal Masuk RS : Sabtu, 2 Mei 2026
 Jam masuk RS :
 Ruangan : PN. Adinis K.1
 Nomor Register : 0093 B707
 Diagnosa Medis : Morbus Hirschsprung

A. PENGKAJIAN

1. Data biografi

a. Identitas Klien

Nama klien (inisial) : M. A
 Jenis Kelamin : perempuan
 Nama panggilan : Atka
 Agama : Islam
 Tempat tgl lahir (umur) : Jakarta, 18/03/20 (6thn)
 Suku bangsa : Sunda
 Bahasa yang digunakan : Bhs. Indonesia
 Pendidikan : TK

b. Identitas Orang tua / Wali: (inisial)

| | Ibu | Ayah | Wali |
|-------------|------------------|-----------------|------|
| Nama | NY. E | TN. A | |
| Usia | | | |
| Pendidikan | SMA | SMA | |
| Pekerjaan | Ibu Rumah Tangga | KARYAWAN SWASTA | |
| Agama | Islam | Islam | |
| Suku/Bangsa | Sunda | Sunda | |

Alamat rumah (yang mudah dihubungi) :

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)

Ibu pasien mengatakan anaknya di rujuk dari RS. Parmita Depok ke RSPAD untuk melakukan operasi penutupan kolostomi yang terakhir di lakukan saat usia 6 bulan

3. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

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

Antenatal

- | | | | |
|------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Kesehatan ibu waktu hamil : | Tidak | Ya | |
| a. Hiperemesis Gravidarum | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | |
| b. Perdarahan pervagina | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| | | | |
| c. Anemia | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| | | | |
| d. Penyakit Infeksi | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | |
| e. Pre Eklamsi / Eklamsi | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | |
| f. Gangguan kesehatan | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. Pemeriksaan Kehamilan : | Tidak | Ya | |
| a. Teratur | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| b. Diperiksa oleh | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Dr. Obayn |
| c. Tempat pemeriksaan | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | RSUD |
| d. Hasil pemeriksaan | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| | | | |
| e. Imunisasi | <input type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | | | |
| 3. Riwayat Pengobatan selama Kehamilan : | | | |
| tidak ada | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Masa Natal

1. Usia kehamilan saat Kelahiran :
2. Cara persalinan
 - a. Normal
 - b. Tidak Dr. Obayn
2. Ditolong oleh :
3. Keadaan bayi saat lahir :
 1. BB, PB, Lingkar kepala waktu lahir : BB : 2.4kg PB : 45cm
 1. Pengobatan yang didapat :

Neonatal :

1. Cacat kongenital : tidak ada (M.H)
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

8. Pemberian minum/ASI :

9. Lain-lain :

b. Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan

Apakah ada gangguan dalam proses tumbuh kembang anak (Jelaskan)

Ibu pasien mengatakan adanya keterlambatan dalam melakukan kegiatan sebagaimana harusnya anak seusianya.
(usia 6 tahun belum bisa membedakan warna, menulis, dan membaca).

c. Penyakit-penyakit yang pernah diderita

tidak ada

d. Pernah dirawat di Rumah Sakit

saat operasi pembuatan colostomi (usia 8 bulan)

e. Obat-obat

tidak ada

f. Tindakan (misalnya : operasi)

operasi pembuatan colostomi pada usia 8 bulan

g. Alergi

tidak ada

h. Kecelakaan

tidak ada

i. Immunisasi

Lengkap

j. Kebiasaan sehari-hari (keadaan sebelum dirawat)

bermain bersama teman-temannya.

1. Pola pemenuhan nutrisi :

a. ASI dan atau susu buatan :

(1). Lamanya pemberian :

2 tahun

(2). Waktu pemberian :

2 tahun

(3). Jenis susu buatan :

- (4). adakah kesulitan : tidak ada
-
- b. Makanan padat :
- (1). Kapan mulai diberikan : saat usia 2 tahun
-
- (2). Cara pemberian : oral
-
- c. Vitamin :
- (1). Jenis vitamin : tidak ada
-
- (2). Berapa lama diberikan :
-
- d. Pola makan dan minum:
- (1). Frekuensi makan : 3 x 1
-
- (2). Jenis makanan :
-
- (3). Makanan yg disenangi : makanan manis
-
- (4). Alergi makanan : tdk ada
-
- (5). Kebiasaan makan :
- (a). Makan bersama keluarga:
-
- (b). Makan sendiri :
-
- (c). Disuapi oleh : Ibu atau ayah
-
- (d). Dll. :
-
- (6). Waktu makan : pagi, siang, dan menjelang malam
-
- (7). Jumlah minum / hari : 500-1lt / hari
-
- (8). Frekuensi umum :
-
2. Pola Tidur :
- a. Lamanya tidur siang / malam : Siang: tdk tidur malam: 5-7 Jam
-
- b. Kelainan waktu tidur : tidak ada
-
- c. Kebiasaan anak menjelang tidur : bermain hp / menggambar / mewarnai
-
- (1). Membaca : tidak ada
-
- (2). Mendengar cerita : tidak ada
-
- (3). Lain-lain : tidak ada
-
- d) Kebiasaan yang membuat anak nyaman saat tidur :
tidur ditemani orang tua sambil memeluk.
-
3. Pola aktifitas / Latihan / OR / bermain / hoby :

4. Pola kebersihan diri :
- Mandi
 - Frekuensi : 2 X / hari
 - Sabun : tidak ya
 - Bantuan : tidak ya, oleh Ayah / Ibu
 - Oral Hygiene :
 - Frekuensi : 2 X / hari
 - Waktu : pagi sore malam setelah makan
 - Cara : sendiri dibantu
 - Menggunakan pasta gigi : ya tidak
 - Cuci Rambut :
 - Frekuensi : 2 - 3 X / minggu
 - Sampho : sendiri dibantu
 - Berpakaian : sendiri dibantu
5. Pola Eliminasi :
- BAB
 - Frekuensi : 2 X / hari
 - Waktu : pagi siang sore malam tidak tentu
 - Warna : coklat
 - Bau : khas urine
 - Konsistensi : Lunak
 - Cara :
 - Keluhan : tidak ada
 - Penggunaan laxatif / pencahar : tidak ada
 - Kebiasaan pada waktu BAB : tidak ada
 - BAK
 - Frekuensi : 3 - 5 X / hari
 - Warna : kuning jernih
 - Keluhan yang berhubungan dengan BAK : tidak ada
 - Kebiasaan ngompol : tidak ada
6. Kebiasaan lain : tidak ada
- Menggigit jari : tidak ada
 - Menggigit kuku : tidak ada
 - Menghidap jari : tidak ada
 - Mempermainkan genital : tidak ada
 - Mudah marah : tidak ada
 - Lain-lain : tidak ada
7. Pola Asuh : baik, dimana anak di asuh oleh kedua orang tuanya .

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

- Susunan Keluarga (genogram 3 generasi hanya pada kasus – kasus tertentu)
- Riwayat penyakit keluarga

| Riwayat penyakit | Ayah/ibu | Saudara kandung | Anggota keluarga lain |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------|
| 1. Penyakit yang pernah diderita | Ibu px mengatakan ada riw DM & kolesterol pasca melahirkan an. A | | |
| 2. Penyakit yang sedang diderita | | | |
| 3. Analisa faktor penyakit (ginjal, jantung, DM, hipertensi, kanker, gangguan mental, alergi dll) | | | |

- c. Coping keluarga : keluarga sigap membawa ke fasilitas bila ada anggota keluarga yang sakit.....
- d. Sistem Nilai : keluarga saling menyayangi & menghargai satu sama lain.....
- e. Spiritual : melakukan solat 5 waktu.....

5. Riwayat Kesehatan Lingkungan

a. Resiko Bahaya Kecelakaan

1. Rumah : # orang tua pasien mengatakan keadaan rumah bersih.....
2. Lingkungan rumah : orang tua pasien mengatakan lingkungan rumahnya asri.....

b. Polusi

Kemungkinan bahaya akibat polusi : orang tua pasien mengatakan rumahnya jauh dari jalan raya atau pabrik.....

c. Tempat bermain :

6. Riwayat Kesehatan Sekarang

a. Riwayat Penyakit Sekarang :

Tgl. mulai sakit : Sabtu, 2 Mei 2026..... Pukul : 08.00

Keluhan utama : pasien mengatakan ditujuk dari RS parmita Depok ke RSPAD untuk melakukan operasi penutupan colostomi, pasien mengatakan selain itu tdk ada keluhan lain.

1. Terjadinya : sejak usia 8 bulan
2. Lamanya :
3. Faktor pencetus : op ~~to~~ colostomy closure
4. Upaya untuk mengurangi : berobat ke RS
5. Cara waktu masuk :

Dikirim oleh : Dokter Puskesmas RS
Lain-lain

- Ibu pasien mengatakan anaknya tampak tdk tidak nyaman.
- Ibu pasien mengatakan anaknya gelisah saat berada di lingkungan RS.

- Ibu pasien mengatakan anaknya menunjukkan ketakutan saat akan dilahirkan tindakan.
- Ibu pasien mengatakan waktu tidur anaknya lebih sedikit dari biasanya.

b. Pengkajian fisik secara fungsional

| DATA SUBYEKTIF | DATA OBYEKTIF |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (Diisi keluhan klien atau keluarga saat ini / saat pengkajian) - Ibu px mengatakan anaknya sulit tdr di mmn hari. - Ibu pasien mengatakan anaknya tampak takut jika ada dokter yg berkunjung. - Ibu pasien mengatakan anaknya lebih sering menangis & tdk mau ditinggal ortu. | 1). Data klinik : a. Suhu : b. Nadi : 36,5°C c. Pernafasan : 20x/mnt d. Tek. Darah : 124/87 mmHg e. Kesadaran : CM f. Nyeri : tdk ada |
| 2) Nutrisi dan metabolisme a. Nafsu makan / menyusui : <i>baik</i> b. Penurunan & peningkatan BB : c. Diit : d. Kulit : <i>baik</i> (1) Perubahan warna : - (2) Gangguan penyembuhan : - e. Intake dalam sehari : (1) Makan : <i>3x1</i> (2) Minum : <i>500-1 lt/hari</i> (3) Lain-lain : f. Mual : f. Dysphagia : g. Muntah : - jumlah : | 2) Nutrisi dan metabolisme a. Mukosa mulut : <i>lembab</i> (1) Warna : <i>merah muda</i> (2) Lesi : - (3) Kelembaban : <i>lembab</i> (4) Kelainan palatum : (5) Bibir : <i>merah muda</i> (6) Gusi : <i>merah muda</i> (7) Lidah : <i>merah muda</i> b. Gigi : (1) Kelengkapan gigi : <i>lengkap</i> (2) Karang gigi : (3) Karies : c. Obesitas : d. Kulit : <i>baik</i> (1) Integritas : <i>baik</i> (2) Turgor : <i>elastis</i> (3) Tekstur : <i>halus</i> f) Sonde /NGT : |
| 3) Respirasi / sirkulasi : a. Pernapasan : <i>21x/mnt</i> (1) Sesak napas : (2) Sputum : (3) Batuk : b. Sirkulasi : <i>baik</i> (1) Sakit dada : (2) Udem : | 3) Respirasi / Sirkulasi : a. Suara pernafasan : <i>vesikuler</i> b. Batuk : c. Batuk darah : d. Sputum : e. Ikterus : f. Sianosis : g. Penggunaan otot bantu nafas : h. Pernafasan cuping hidung : i. Edema : j. Palpitasi : k. Pengisian kapiler : l. Temperatur suhu : |
| 4) Eliminasi a) Abdomen : <i>lunak</i> (1) Kembung : (2) Mules : (3) Sakit/ nyeri : b) BAB (1) Bau : <i>tidak khas, beres</i> (2) Warna : <i>cahaya</i> | 4) Eliminasi a). Abdomen (1) Lemas : (2) Tegang/kaku : (3) Kembung : (4) Bising usus : <i>15x/mnt</i> (5) Lingk. Perut : <i>50 cm</i> b) BAB (1) Bau : <i>khas, beres</i> |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>(3) Lendir :</p> <p>(4) Diare :</p> <p>(5) Konsistensi <u>lunak</u></p> <p>(6) Frekuensi : <u>2 x 1</u></p> <p>c) BAK</p> <p>1. Jumlah :</p> <p>2. Frekuensi : <u>3-5 x / hari</u></p> <p>3. Sakit :</p> <p>4. Nocturia :</p> <p>5. Dysuria :</p> <p>6. Hematuria :</p> <p>(7) Inkontinensia :</p> | <p>(2) Warna :</p> <p>(3) Lendir :</p> <p>(4) Konsistensi :</p> <p>(5) Mena :</p> <p>(6) Frekuensi :</p> <p>c) BAK</p> <p>(1) Kepekatan : <u> kuning jernih</u></p> <p>(2) Warna : <u> kuning jernih</u></p> <p>(3) Bau : <u> khas urine</u></p> <p>(4) Kateter :</p> <p>(5) Lain-lain :</p> <p>(6) Frekuensi :</p> <p>d) Rectum / Anus</p> <p>(1) Iritasi :</p> <p>(2) Atresia ani :</p> <p>(3) Prolaps :</p> <p>(4) Lain - lain :</p> |
| <p>5) Aktivitas / Latihan</p> <p>a) Tingkat kekuatan / Ketahanan : ... <u>sedikit lemah</u></p> <p>b) Kemampuan untuk memenuhi kebutuhan sehari - hari <u>mandiri & di bantu</u></p> <p>c) Adakah kekakuan pergerakan sendi <u>tidak ada</u></p> <p>d) Rasa nyeri pada sendi <u>tidak ada</u></p> | <p>5) Aktivitas / Latihan</p> <p>a) Keseimbangan berjalan : <u>baik</u></p> <p>b) Kekuatan menggenggam : (1) Tangan Kiri : <u>baik</u> (2) Tangan Kanan : <u>baik</u></p> <p>c) Bentuk kaki : <u>normal</u></p> <p>d) Otot kaki : <u>baik</u></p> <p>e) Kelemahan : <u>baik</u></p> <p>f) Kejang :</p> <p>g) Lain-lain :</p> |
| <p>1. Sensori persepsi</p> <p>a) Pendengaran : <u>baik</u></p> <p>b) Penglihatan : <u>baik</u></p> <p>c) Penciuman : <u>baik</u></p> <p>d) Perabaan : <u>baik</u></p> <p>e) Pengecap : <u>baik</u></p> | <p>6) Sensori persepsi (sesuaikan dengan kasus)</p> <p>a) Reaksi terhadap rangsangan : <u>baik</u></p> <p>b) Orientasi :</p> <p>c) Pupil : <u>normal</u></p> <p>d) Konjungtiva/warna : <u>normal</u></p> <p>e) Pendengaran : <u>baik</u></p> <p>f) Penglihatan : <u>baik</u></p> <p>g) Lain - lain :</p> |
| <p>1. Konsep Diri</p> <p>Apakah penyakit tersebut mempengaruhi pasien ? <u>ya, sejak sakit px menjadi cemas dan aktivitas menurun</u></p> | <p>7) Konsep diri</p> <p>a) Kontak mata : <u>baik</u></p> <p>b) Postur tubuh : <u>baik</u></p> <p>c) Perilaku : <u>baik</u></p> |
| <p>1. Tidur / Istirahat</p> <p>a. Jika tidur apakah merasa nyenyak <u>Saat masuk RS px mengalami gangguan</u></p> <p>b. Masalah atau gangguan waktu tidur <u>tidak nyaman, mudah terbangun</u></p> | <p>8) Tidur / Istirahat</p> <p>a) Tanda-tanda kurang tidur : <u>anak tampak letih di pagi & siang hari</u></p> <p>b) Lain - lain :</p> |
| <p>1. Seksualitas / Reproduksi</p> <p>a) Wanita : (1) Menstruasi :</p> <p>(2) Pemeriksaan buah dada : <u>simetris</u></p> <p>b. Pria :</p> | <p>9. Seksualitas / Reproduksi</p> <p>a) Wanita (1) Benjolan pada buah dada : -</p> <p>b) Pria (1) Kelainan skrotum :</p> <p>(2) Hyposphadia :</p> |

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

c. Dampak Hospitalisasi

- 1) Pada Anak anak tampak gelisah dan kesulitan tidur
.....
.....
- 2) Pada Keluarga : keluarga tampak cemas ~~kecemasan~~ terhadap kondisi anaknya.
.....

d. Tingkat Pertumbuhan dan Perkembangan Saat Ini

BB : 28 kg
TB / PB : 120 cm
LK : 56,46 cm
LP : 50 cm
LLA : 25 cm

$$IMT: \frac{BB}{TB^2} = \frac{28}{120^2} = \frac{28}{14.400} = 19,4$$

Motorik kasar : anak mampu ^{bermain} berjalan sesuai usia
Motorik halus : anak belum mampu menulis sesuai usia
Bahasa : baik
Sosialisasi : anak dapat berinteraksi dengan teman sebayanya.

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 | 4 |
| | 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 | 3 |
| | 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 | | | 14 |

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) | 0 |
| Leg (kaki) | Posisi normal atau santai | Gelisah, tegang | Menendang, kaki tertekuk | 0 |
| Activity (aktivitas) | Berbaring tenang, posisi normal, gerakan mudah | Menggeliat, tidak bisa diam, tegang | Kaku atau tegang | 0 |
| Cry (menangis) | Tidak menangis | Merintih, merengek, kadang-kadang mengeluh | Terus menangis, berteriak | 0 |
| Consolability (Kemampuan Consol) | Rileks | Dapat ditenangkan dengan sentuhan, pelukan, bujukan, dapat dialihkan | Sering mengeluh, sulit dibujuk | 1 |
| | | | Jumlah | 1 |

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...*orang tua*...)

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 |
| | <input checked="" type="radio"/> b. Ya | 1 |
| 2. | Apakah terdapat penyakit atau keadaan yang mengakibatkan pasien berisiko mengalami malnutrisi? <ul style="list-style-type: none"> • Diare kronik (lebih dari 2 minggu) • Penyakit Jantung Bawaan • Infeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV) • Kanker • Penyakit hati kronik • Penyakit ginjal kronik • TB Paru • Luka bakar luas • Lain-lain (berdasarkan pertimbangan dokter)..... <ul style="list-style-type: none"> • Kelainan anatomi daerah mulut yang menyebabkan kesulitan makan (misal: bibir sumbing) • Trauma • Kelainan metabolik bawaan • Retardasi mental • Keterlambatan perkembangan • Rencana/paskaoperasi mayor (misal: laparotomi, torakotomi) <input checked="" type="radio"/> • Terpasang stoma | |
| | a. Tidak | 0 |
| | <input checked="" type="radio"/> b. Ya | 2 |
| 3. | Apakah terdapat salah satu dari kondisi berikut? <ul style="list-style-type: none"> • Diare \geq 5 kali/hari atau muntah > 3 kali/hari dalam seminggu terakhir • Asupan makanan berkurang selama 1 minggu terakhir | |
| | <input checked="" type="radio"/> 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? | |
| | <input checked="" type="radio"/> a. Tidak | 0 |
| | b. Ya | 1 |
| | | + |
| | Total Skor | 2 |

Bila skor \geq 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)
- (nilai normal)
- (nilai normal)
- (nilai normal)
- (nilai normal)

2. **Penatalaksanaan**

(Therapi / pengobatan termasuk diet yang menunjang masalah)

1. **Data Fokus**

Nama Klien / Umur

: An.A / 6thm

No. Kamar / Ruang

: K. 105 / PAV. Adinis Lt.1

Cp.1.A

| Data Subyektif | Data Obyektif |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - Ibu px mengatakan anaknya sulit tidur di malam hari - Ibu px mengatakan anaknya tampak takut jika ada dokter yg berkunjung - Ibu pasien mengatakan anaknya lebih sering menangis & tdk mau ditinggal orang tua. - Ibu pasien mengatakan anaknya menunjukkan ketakutan saat akan dilakukan tindakan. - Ibu px mengatakan waktu tdr anaknya lebih sedikit dari biasanya - Ibu px mengatakan anaknya tampak tdr tidak nyenyak. - Ibu pasien mengatakan anaknya gelisah saat berada di lingkungan RS. | <ul style="list-style-type: none"> - anak tampak mengangku di pagi dan siang hari - anak tampak sering mengucap - anak tampak gelisah - Saet tegas tentang anak tampak takut dan menemuk orang tuanya - tampak aktivitas anak menurun. - anak tampak sulit untuk poses. |

2. **Analisa Data**

Nama Klien / Umur

:

No. Kamar / Ruang

:

Cp.1-B

| No. | Data | Masalah | Etiologi |
|-----|-------------|---------|----------|
| | DS : DO: | | |

B. **DIAGNOSA KEPERAWATAN**

Nama Klien / Umur

:

No. Kamar / Ruang

:

| No | Diagnosa Keperawatan | Tanggal Ditemukan | Tanggal Teratasi | Paraf & Nama jelas |
|----|----------------------|-------------------|------------------|--------------------|
| | | | | |

2. Analisa Data




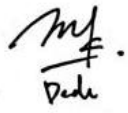
| No. | Data | Masalah | Etiologi |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------|
| 1. | <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu px mengatakan anak tampak takut jika ada dokter yang berkunjung - Ibu px mengatakan anaknya lebih sering menangis dan tidak mau ditinggal orang tua - Ibu pasien mengatakan anaknya menunjukkan ketakutan akan saat dilakukan tindakan. - Ibu px mengatakan anaknya gelisah saat berada di lingkungan RS. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - anak tampak gelisah - saat petugas datang anak tampak takut dan memeluk orang tuanya. | Ansietas | Kecemasan Kekhawatiran mengalami kegagalan |
| 2. | <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu px mengatakan anaknya sulit tidur di malam hari. - Ibu px mengatakan waktu tidur anaknya lebih sedikit dari biasanya. - Ibu px mengatakan anaknya tampak tidur tidak nyenyak <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - anak tampak bangun di pagi dan siang hari - anak tampak sering menguap. - aktivitas anak tampak menurun. - anak tampak sulit untuk fokus. | gangguan pola tidur | Kecemasan Tidak Familiar dengan peralatan tidur |

| No. | Data | Masalah | Etiologi |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------|
| 3. | <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu px mengatakan anaknya sering merengek meminta pulang - Ibu px mengatakan anaknya selalu gelisah saat malam-hari. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak gelisah - Pasien tampak tidak nyaman berada di lingkungan RS. | Gangguan Rasa Nyaman. | Kurang pengendalian situasional / lingkungan |
| 4. | <p>DS:</p> <p>DO: - px memiliki penyakit kelainan kongenital</p> <ul style="list-style-type: none"> - anak tampak belum bisa melakukan hal yang harusnya bisa dilakukan se-usianya (membedakan warna & membaca). | Risiko gangguan pertumbuhan | Kelainan kongenital |

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Klien / Umur :

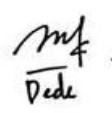

No. Kamar / Ruang :

| No. | Diagnosa Keperawatan | Tanggal Ditemukan | Tanggal Teratasi | Paraf dan Nama Jelas |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan. | 4/5/26 | 6/5/26 |  Dede |
| 2. | gangguan pola tidur berhubungan dengan Tidak Familiar dengan Perawatan tidur. | 4/5/26 | 6/5/26 |  Dede. |
| 3. | Gangguan Rasa Nyaman berhubungan dengan Kurang pengendalian situasi / Lingkungan. | 4/5/26 | 6/5/26 |  Dede. |
| 4. | Risiko Gangguan pertumbuhan berhubungan dengan Kelainan kongenital. | 4/5/26 | 6/5/26 |  Dede |

PERENCANAAN KEPERAWATAN

Nama Klien / Umur :

No. Kamar / Ruang :





| Tgl. | No. | Diagnosa Keperawatan (PES) | Tujuan dan Kriteria Hasil | Rencana Tindakan | Paraf & nama jelas |
|------|-----|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 1. | Dx. 1 | <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x 24 jam, maka tingkat ansietas menurun dgn k.H:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi lebih ngungun menurun 2. peritahu gelisah menurun 3. peritahu keang menurun 4. konsentrasi nambah | <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifikasi tk ansietas - identifikasi kemampuan - monitor tanda2 ansietas <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ciptakan suasana terapeutik untuk memunculkan kepercayaan . - Temani pasien untuk mengurangi kecemasan . - Dengarkan dgn penuh perhatian . - Gunakan pendekatan yg tenang & meyakinkan - Tempatkan barang pribadi yg memberikan kenyamanan - Motivasi situasi yg memicu kecemasan . <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan prosedur - Informasikan secara faktual mengenai dx . - anjurkan keluarga utk tetap bersama pasien . - anjurkan mengungkapkan perasaan & persepsi - Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan . |  M. F. Dede |
| | 2. | Dx. 2 . | <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x 24 jam, maka pola tdr membaik dgn k.H:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ket. sulit tdr menurun . 2. ket. swing terjeda menurun . 3. ket. tdk puas tdr menurun . 4. ket. pola tdr berubah menurun . 5. ket. istirahat tdk cukup menurun . | <p>observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi pola tdr - Identifikasi faktor pendorong su tdr - Identifikasi alasan /minim pendorong su tdr . - identifikasi obat yg di konsumsi . <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - modifikasi lingkungan - Batasi tdr yang - Fasilitasi menghilangkan stress sbm tdr - Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan pentingnya tdr saat sakit . - anjurkan mempati kebiasaan mempati waktu tdr - anjurkan menghindari mcln / tdr yg mengganggu |  M. F. Dede |

| Tgl. | No. | Diagnosa Keperawatan (PES) | Tujuan dan Kriteria Hasil | Rencana Tindakan | Paraf & nama jelas |
|------|-----|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| | 3. | DX. 3 | <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka status kenyamanan meningkat dengan KH:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kenyamanan tidak nyaman menurun 2. Gelisah menurun | <p>Terapi relaksasi</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi gejala yg mengganggu kognitif - Identifikasi kesiediaan, kemampuan, - Pertusa ketegangan otot, frekuensi nadi, TD, k.suhu. <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan - Berikan informasi tertulis tentang persiapan k.prosedur. - Gunakan nada suara lembut dan irama lambat. <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan, manfaat, dan jenis relaksasi yg tersedia - Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yg di pilih - anjurkan mengambil posisi nyaman. | |







PELAKSANAAN KEPERAWATAN (CATATAN KEPERAWATAN)

Nama Klien / Umur :

No. Kamar / Ruang :

| Tgl./ Waktu | No. DK. | Tindakan Keperawatan dan Hasil | Paraf dan Nama Jelas |
|----------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Senin, 4/5/26 08.00 | 1. | - Melakukan pengkajian tingkat kecemasan pasien menggunakan observasi verbal. - mengidentifikasi faktor penyebab ansietas yang dirasakan pasien. hasil : Cemas pasien disebabkan oleh tindakan op yg akan dilakukannya. |  Dede |
| 08.00 | 2. | - Melakukan pengkajian pola tdr pasien. - mengobservasi tanda kurang tidur. (3-5) hasil : Ibu px mengatakan anaknya sulit tdr, px tampak sering menguap. |  Dede |
| 10.00 | 1. | - Membina hubungan saling percaya dgn px dengan mewarnai gambar bersama. hasil : px tampak mengikuti dan di dampingi orang tua. | |
| Selasa, 5/5/26 10.00 | 1. | - Membantu pasien melatih melakukan distraksi positif (mewarnai gambar). - memberikan motivasi dan dukungan emosional hasil : pasien tampak lebih rileks. |  Dede |
| | 2. | - Mengajarkan teknik relaksasi sbelum tdr (napas dia) hasil : pasien tampak mengikuti | |
| Rabu, 6/5/26 14.00 | 1. | - memantau respons px terhadap teknik distraksi - membantu px melatih & melakukan distraksi. - mengevaluasi kualitas dan durasi tdr px - memotivasi px melakukan sleep hygiene secara mandiri. hasil : pasien tampak mendingorun. |  Dede. |

EVALUASI (CATATAN PERKEMBANGAN)

| No. DK. | Hari/Tgl/ Jam | Evaluasi Hasil (SOAP) (Mengacu pada tujuan) | Paraf dan Nama Jelas |
|------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Senin, 4, 5 / 26 | S: pasien mengatakan masih merasa cemas. O: pasien masih tampak gelisah, dan ekspresi tegang. A: dx ansietas bmn teratasi. P: Intervensi dilanjutkan. |  Dede |
| 2. | | S: Ibu pasien mengatakan anaknya sulit tidur O: pasien tampak sering menguap A: dx gangguan pola tdr bmn teratasi. P: Intervensi dilanjutkan. |  Dede. |
| 1. | Selasa, 5, 5 / 26 | S: pasien mengatakan sudah sedikit lebih tenang. O: pasien tampak mampu mengikuti kegiatan di strausi. A: dx ansietas teratasi sebagian. |  Dede |
| 2. | | S: Ibu pasien mengatakan anaknya tidur lebih cepat meskipun sempat terbangun. O: pasien tampak lebih rileks. A: dx gangguan pola tdr teratasi sebagian. P: Intervensi dilanjutkan. |  Dede. |
| 1. | Rabu, 6, 5 / 26 | S: pasien mengatakan sdh Ibu tenang O: pasien tampak rileks A: dx ansietas teratasi. P: strategi koping dilanjutkan |  Dede |
| 2. | | S: pasien mengatakan tdr lebih banyak. O: pasien tampak segar. A: dx gangguan pola tdr teratasi. P: Intervensi dilanjutkan |  Dede. |

Lampiran 2 SOP Terapi distraksi Mewarnai dan Bercerita

| No | Tahap Kegiatan | Tindakan Keperawatan |
|----|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Persiapan | Menyiapkan alat dan bahan berupa gambar mewarnai sesuai usia anak, Pensil warna, Alas Gambar, Lembar Observasi Kecemasan. Menciptakan Lingkungan Aman Nyaman |
| 2. | Identifikasi Pasien | Memastikan identitas pasien sesuai prosedur serta menilai kondisi fisik dan psikologis anak |
| 3. | Kontrak Waktu | Menjelaskan kepada anak dan keluarga tujuan, manfaat, dan durasi kegiatan (15-30 menit) |
| 4. | Pendekatan Terapeutik | Membina hubungan saling percaya dengan anak melalui komunikasi sederhana dan ramah |
| 5. | Orientasi Kegiatan | Memperkenalkan alat bermain, memberikan kesempatan anak memilih gambar dan warna yang disukai |
| 6. | Pelaksanaan | Meminta anak mewarnai gambar selama 10 menit sesuai kreativitas Perawat Meminta anak membacakan cerita dari gambar yang telah diwarnai anak dan interaktif selama anak bercerita. |
| 7. | Pemberian Reinforcement Positif | Memberikan pujian, motivasi, dan dukungan selama anak mengikuti terapi |
| 8. | Evaluasi Respons Anak | Mengamati perubahan ekspresi anak seperti lebih rileks, tersenyum, kooperatif, dan tenang |
| 9. | Terminasi | Menanyakan perasaan anak setelah terapi dan memberikan apresiasi atas partisipasi anak |

Lampiran 3 Lembar Observasi (PARS)

Form diisi oleh petugas setelah melakukan wawancara dengan orangtua pasien

Hari ke-1

CHECK LIST OBSERVASI PERILAKU KECEMASAN ANAK DI RUMAH SAKIT Pedatric Anxiety Rating Scale (PARS)*

NO Sampel : _____
 Nama : AN. A .
 NO CM : 00938707
 Umur : 6 thn
 Diagnosa : M H

Petunjuk Pengisian: Berilah tanda *cek list* (✓) pada pada jawaban ya atau tidak pada setiap kolom jawaban yang tersedia di bawah ini dengan kondisi dan situasi anak selama berada di rumah sakit.

| No | Kondisi dan situasianak selama berada di rumah sakit | PRE | | POST | |
|----|-------------------------------------------------------------------|-----|-------|------|-------|
| | | Ya | Tidak | Ya | Tidak |
| 1 | Anakmenangisketikaberada di ruanganini | ✓ | | | ✓ |
| 2 | Anakgugupsaatmelihat orang lain yang ada di ruanganini | ✓ | | ✓ | |
| 3 | Anakgelisahberada di ruanganini. | ✓ | | ✓ | |
| 4 | Anakmenempelkeluarga, menangisbilakeluargatidakdisampingnya. | ✓ | | ✓ | |
| 5 | Anakmenghindarberbicaradenganperawat/ dokter | ✓ | | | ✓ |
| 6 | Anakberusahalari/keluar/menghindar berada di ruanganini | | ✓ | | ✓ |
| 7 | Anakmenangisdanberteriak saatperawat/doktermendek atinya | | ✓ | | ✓ |
| 8 | Anakmarah/mengamuk (memukul/menyerang) saatdidekatiperawat/dokter | | ✓ | | ✓ |
| 9 | Anak(menangis/berteriak) saatperawat/doktermemcrik sanya | | ✓ | | ✓ |

Keterangan :
 Jawaban 'Tidak' nilai = 0

Jawaban 'Ya' nilai = 1

*Dimodifikasi oleh Dian Adriana (2018)

Hari ke-2

CHECK LIST OBSERVASI PERILAKU KECEMASAN ANAK DI RUMAH SAKIT
*Pediatric Anxiety Rating Scale(PARS)**

NO Sampel : _____
 Nama : A.N. A.
 NO CM : 00098707
 Umur : 6 thn
 Diagnosa : M H

Petunjuk Pengisian: Berilah tanda *cek list* (✓) pada pada jawaban ya atau tidak pada setiap kolom jawaban yang tersedia di bawah ini dengan kondisi dan situasi anak selama berada di rumah sakit.

| No | Kondisi dan situasianak selama berada di rumah sakit | PRE | | POST | |
|----|----------------------------------------------------------------------|-----|-------|------|-------|
| | | Ya | Tidak | Ya | Tidak |
| 1 | Anakmenangisketikaberada di ruanganini | ✓ | | ✓ | |
| 2 | Anakgugupsaatmelihat orang lain yang ada di ruanganini | ✓ | | ✓ | |
| 3 | Anakgelisahberada di ruanganini. | ✓ | | ✓ | |
| 4 | Anakmenempelkeluarga,menangisbilakeluarga tidakdisampingnya. | ✓ | | ✓ | |
| 5 | Anakmenghindarberbicaradenganperawat/dokter | ✓ | | | ✓ |
| 6 | Anakberusahahari/keluar/menghindarberada di ruanganini | | ✓ | | ✓ |
| 7 | Anak menangis dan berteriak saat perawat/dokter mendekatinya | | ✓ | | ✓ |
| 8 | Anak marah/mengamuk (memukul/menyerang) saat didekati perawat/dokter | | ✓ | | ✓ |
| 9 | Anak (menangis/berteriak) saat perawat/dokter mencarikannya | | ✓ | | ✓ |

Keterangan :

Jawaban "Tidak" nilai = 0

Jawaban "Ya" nilai = 1

*Dimodifikasi oleh Dian Adriana (2018)

Hari ke-3

CHECK LIST OBSERVASI PERILAKU KECEMASAN ANAK DI RUMAH SAKIT
*Pediatric Anxiety Rating Scale(PARS)**

NO Sampel : _____
 Nama : A.N. A.
 NO CM : 00038707
 Umur : 6 thn
 Diagnosa : M H

Petunjuk Pengisian: Berilah tanda *cek list* (✓) pada pada jawaban ya atau tidak pada setiap kolom jawaban yang tersedia di bawah ini dengan kondisi dan situasi anak selama berada di rumah sakit.

| No | Kondisi dan situasianak selama berada di rumah sakit | PRE | | POST | |
|----|----------------------------------------------------------------------|-----|-------|------|-------|
| | | Ya | Tidak | Ya | Tidak |
| 1 | Anak menangis ketika berada di ruangan ini | ✓ | | ✓ | |
| 2 | Anak gugup saat melihat orang lain yang ada di ruangan ini | ✓ | | | ✓ |
| 3 | Anak gelisah berada di ruangan ini. | ✓ | | | ✓ |
| 4 | Anak menempel keluarga, menangis bila keluarga tidak disampingnya. | ✓ | | | ✓ |
| 5 | Anak menghindar berbicara dengan perawat/dokter | | ✓ | | ✓ |
| 6 | Anak berusaha lari/keluar/menghindar berada di ruangan ini | | ✓ | | ✓ |
| 7 | Anak menangis dan berteriak saat perawat/dokter mendekatinya | | ✓ | | ✓ |
| 8 | Anak marah/mengamuk (memukul/menyerang) saat didekati perawat/dokter | | ✓ | | ✓ |
| 9 | Anak (menangis/berteriak) saat perawat/dokter mencarikannya | | ✓ | | ✓ |

Keterangan :

Jawaban "Tidak" nilai = 0

Jawaban "Ya" nilai = 1

*Dimodifikasi oleh Dian Adriana (2018)

Lampiran 4 Lampiran Dokumentasi Kegiatan Terapi



Lampiran 5 Informed Consent

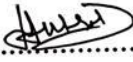
LEMBAR PERSETUJUAN

Untuk Orang tua dari An. A yang ikut dalam Karya Tulis Ilmiah: Penerapan Terapi Distraksi Mewarnai Dan Musik Terhadap Penurunan Ansietas Pada An. A Dengan Diagnosa Morbus Hischsprung Mengalami Hospitalisasi Di Ruang Rawat Inap 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 mengizinkan 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, 4 Mei 2026

Tanda tangan Orang Tua/Wali : 

Nama Orang Tua/Wali : Hendra

Tanda tangan Saksi : 

Nama Saksi : Hendra

Lampiran 6 Format Konsultasi

KARTU KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Dede Cahya Lestari
 NIM : 2314401007
 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. | - menyelesaikan asuhan keperawatan. - membuat bab 1. | lay |
| 2. | Selasa, 5/5/2026 | Pengambilan terapi. | - perbanyak evidence base mengenai terapi. | lay |
| 3. | Kamis, 7/5/2026 | - konsultasi ASKEP - konsultasi pembuatan bab 1 | - Lengkapi data pengujian dan lengkapi intervensi- implementasi. - Lanjutkan pembuatan bab 1-3. | lay |
| 4. | Senin, 11/5/2026 | - konsultasi ASKEP - konsultasi bab 1-3. | - Rapihkan ASkep sesuai arahan di bimbingan. - Rapihkan dan tambahkan data bab 1-3 berdasarkan evidence base. | lay |
| 5. | Kabu, 13/5/2026 | - konsultasi bab 1-3. | - Rapihkan Format penulisan sesuai panduan. - Lanjutkan bab 4-5 | lay |
| 6. | Jumat, 14/5/2026 | - konsultasi | - Perbaiki dan penam- bah data latar belakang. | lay |

| | | | | |
|----|----------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------|----|
| 7. | Rabu, 20/15/2026. | - Konsultasi | - Rapihkan penulisan sesuai panduan. - Buang bagian yang tidak relevan. | ly |
| 8. | Kamis, 21/15/2026 | - Konsultasi | - perbaiki dan rapihkan penulisan. | ly |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

CATATAN :

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