

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Fraktur

1. Pengertian fraktur

Fraktur adalah ungkapan dari kehilangan kontinuitas tulang, yang bersifat sebagian atau total. Berdasarkan teori yang disampaikan fraktur merupakan pemisahan atau robekan pada kontinuitas tulang yang disebabkan oleh adanya tekanan berlebih pada tulang dan tulang tidak sanggup dalam menahan (Pranata & Wien Arnaya, 2019).

Fraktur tulang normal sering dialami yang diakibatkan karena benturan dengan energi yang tinggi atau tekanan yang berulang-ulang, sementara tulang yang dengan tidak normal menjadi lemah dikarenakan penyakit, beban normal aatau cedera ringan sudah mampu untuk mengakibatkan terjadinya fraktur. Fraktur juga didefinisikan sebagai fenomena patah tulang yang terjadi dikarenakan trauma, misalnya jatuh, cedera ketika olahraga ataupun kecelakaan.

2. Etiologi fraktur

Menurut Wijonarko (2023) etiologi fraktur dapat disebabkan oleh beberapa hal diantaranya yaitu:

a. Faktor Traumatik :

Faktor traumatic pada tulang dapat disebabkan oleh

- a) Fraktur langsung yaitu pukulan langsung terhadap tulang sehingga tulang patah secara spontan
- b) Cedera tidak langsung, yaitu pukulan langsung berada jauh dari lokasi benturan

- c) Fraktur yang disebabkan kontraksi keras yang mendadak
- b. Faktor patologik :

Kerusakan patologik adalah kerusakan tulang akibat proses penyakit dengan trauma minor yang mengakibatkan :

- a) Tumor tulang adalah pertumbuhan jaringan baru yang tidak terkendali
- b) Infeksi seperti osteomielitis dapat terjadi sebagai akibat infeksi akut
- c) Secara spontan disebabkan oleh stress tulang yang terus menerus

3. Klasifikasi fraktur

Klasifikasi fraktur menurut fraktur dapat dibagi menjadi :

- a. Fraktur tertutup (*Closed*), yaitu apabila tidak terdapat hubungan antara fragmen dengan dunia luar.
- b. Fraktur terbuka (*open /compound*), yaitu apabila terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar karena adanya robekan di kulit.

Fraktur terbuka terbagi atas tiga derajat yaitu :

1) Derajat I

- a) Luka < 1 cm
- b) Kerusakan jaringan lunak sedikit, tidak ada tanda luka remuk
- c) Kontaminasi minimal
- d) Fraktur sederhana dan ringan

2) Derajat II

- a) Luka > 1 cm
- b) Kerusakan jaringan lunak, tidak luas, flup/avulse
- c) Kontaminasi sedang

3) Derajat III

- a) Terjadi kerusakan jaringan lunak yang luas, meliputi struktur kulit, otot dan neurovaskuler
- b) Kontaminasi derajat tinggi

4. Manifestasi klinis fraktur

Manifestasi klinis fraktur (Wijonarko, 2023) yaitu :

- a. Nyeri terus menerus dan bertambah beratnya sampai fragmen tulang dimobilisasi.
- b. Setelah terjadi fraktur, bagian-bagian tak dapat digunakan dan cenderung bergerak secara tidak alamiah (Gerakan luar biasa) bukanya tetap rigid seperti normalnya.
- c. Fraktur panjang akan terjadi pemendekan tulang yang sebenarnya karena kontraksi otot yang melekat diatas dan bawah tempat fraktur.
- d. Ekstermitas diperiksa dengan tangan, teraba adanya derik tulang dinamakan krepitus atau krepisitasi yang teraba akibat gesekan antara fragmen satu dengan yang lainnya.
- e. Pembengkakan dan perubahan warna lokasi pada kulit terjadi sebagai akibat trauma dan pendarahan yang mengikuti fraktur.

5. Patofisiologi fraktur

Patah tulang merupakan pecahnya kontinuitas tulang atau jaringan tulang rawan. Hal ini biasanya mengakibatkan tulang menjadi sulit bergerak. Selain itu, patah tulang dapat mengakibatkan kurangnya perawatan diri karena intervensi medis yang dikombinasikan dengan penatalaksanaan bedah mengakibatkan luka

sayatan yang menjadi pintu masuk bagi organisme patogen. Hal ini akan mengakibatkan masalah seperti nyeri akibat cedera jaringan lunak dan peningkatan risiko infeksi setelah operasi.

Fraktur terjadi ketika tekanan yang diberikan pada tulang melebihi kemampuan tulang untuk menahannya. Kondisi ini dapat disebabkan oleh trauma langsung maupun tidak langsung, atau akibat kelainan patologis seperti osteoporosis, sehingga tekanan ringan pun dapat memicu patah tulang.

Fraktur tertutup, biasanya terjadi pergeseran fragmen tulang, spasme otot, serta ruptur pembuluh darah vena atau arteri yang berdampak pada gangguan distribusi protein plasma darah. Hal ini menyebabkan edema dan penekanan pada pembuluh darah, sehingga perfusi jaringan terganggu.

6. Komplikasi fraktur

Komplikasi fraktur dibagi menjadi 2 yaitu :

a. Komplikasi awal

1) Syok hipovolemik

Syok hipovolemik terjadi karena adanya perdarahan tulang yang merupakan organ vaskuler sehingga terjadi perdarahan yang sangat besar sebagai akibat dari trauma khususnya pada fraktur femur dan fraktur pelvis.

2) Emboli lemak

Emboli lemak saat terjadi fraktur, globula lemak masuk ke dalam darah karena tekanan sumsum tulang lebih tinggi dari tekanan kapiler katekolamin yang dilepaskan memobilisasi asam lemak ke dalam aliran darah. Globula lemak kemudian bergabung ke dalam trombosit membentuk emboli yang

dapat menyumbat pembuluh darah kecil yang memasok darah ke otak, paru-paru, ginjal dan organ lainnya.

b. Komplikasi berat

1) Delayed union

Delayed Union adalah gagalnya fraktur berkonsolidasi sesuai dengan waktu yang diperlukan oleh tulang dalam proses penyambungan, diakibatkan oleh menurunnya suplai darah ke tulang.

2) Malunion

Mal Union adalah proses penyembuhan tulang dengan tanda-tanda seperti meningkatnya kekuatan dan terjadinya deformitas atau perubahan bentuk. Mal union diterapkan dengan proses bedah dan remobilisasi yang baik.

3) Non union

Non union merupakan kegagalan fraktur berkonsolidasi dan memproduksi sambungan yang lengkap, kuat dan stabil setelah 6-9 bulan. Non union ditandai dengan adanya pergerakan yang berlebih pada sisi fraktur yang membentuk sendi palsu atau pseudoarthrosis. Ini juga disebabkan karena aliran darah yang kurang.

B. Konsep Ansietas pada pasien Post Operasi Fraktur

1. Pengertian ansietas

Ansietas merupakan keadaan emosi dan persepsi subjektifnya terhadap suatu hal tertentu yang ambigu sebagai akibat dari rasa takut akan bahaya, orang tersebut mampu merespons ancaman tersebut dengan bertindak (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

2. Tanda dan gejala ansietas

Tanda dan gejala Ansietas menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), seperti berikut.

Tabel 1
Data Mayor dan Minor Ansietas

Tanda dan Gejala	Subjektif	Objektif
Mayor	1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi 3. Sulit berkonsentrasi	1. Tampak gelisah 2. Tampak tegang 3. Sulit tidur
Minor	1. Mengeluh pusing 2. Anoreksia 3. Palipitasi 4. Merasa tidak berdaya	1. Frekuensi napas meningkat 2. Frekuensi nadi meningkat 3. Tekanan darah meningkat 4. Diaphoresis 5. Tremor 6. Muka tampak pucat 7. Suara bergetar 8. Kontak mata buruk 9. Sering berkemih 10. Berorientasi pada masa lalu

Sumber : SDKI (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

3. Faktor penyebab ansietas

Faktor penyebab masalah keperawatan sesuai Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) adalah sebagai berikut :

a. Krisis situasional

Anak post operasi fraktur yang mengalami krisis situasional akan merasa takut, bingung, dan cemas karena tubuhnya sakit dan dunianya berubah mendadak. Anak belum mampu memahami situasi dengan baik, sehingga membutuhkan dukungan emosional, komunikasi yang tepat, dan lingkungan yang menenangkan agar ansietasnya bisa berkurang.

b. Kebutuhan tidak terpenuhi

c. Ancaman terhadap konsep diri

d. Ancaman terhadap kematian

e. Kekhawatiran mengalami kegagalan

f. Disfungsi sistem keluarga

g. Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan

h. Faktor keturunan (tempramen mudah teragitasi sejak lahir)

i. Penyalahgunaan zat

j. Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain)

k. Kurang terpapar informasi

4. Penatalaksanaan Ansietas

Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018), rencana tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien pascaoperasi fraktur dengan ansietas mengacu pada *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (SIKI), yaitu:

a. Intervensi utama

1) Reduksi ansietas

Reduksi ansietas merupakan tindakan meminimalkan kondisi individu dan pengalaman subjektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman. Reduksi ansietas terdiri dari tindakan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

a) Observasi

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

b) 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

c) Edukasi

- (1) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
- (2) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, *jika perlu*
- (3) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- (4) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- (5) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- (6) Latih teknik relaksasi

d) Kolaborasi

- (1) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, *jika perlu*

5. Patofisiologis Ansietas

Patofisiologi kecemasan sering kali dikaitkan dengan proses neurokimia, terutama yang melibatkan neurotransmitter seperti serotonin, GABA (asam gamma-aminobutirat), dopamin, dan norepinefrin. Salah satu model yang menjelaskan mekanisme ini adalah model noradrenergik. Pada individu dengan gangguan kecemasan, sistem saraf otonom menjadi hipersensitif dan bereaksi secara berlebihan terhadap berbagai rangsangan. Aktivasi glukokortikoid pada area otak yang disebut locus coeruleus (LC) merangsang pelepasan norepinefrin, yang kemudian mengaktifasi sistem saraf simpatis dan parasimpatis sehingga memperkuat respons kecemasan.

Selain itu, model serotonergik menjelaskan bahwa mekanisme serotonin berperan penting dalam pengobatan gangguan suasana hati, termasuk gejala kecemasan. Gangguan kecemasan dapat timbul akibat kelainan pada regulasi pelepasan serotonin (5-HT), proses reuptake, atau respons tubuh terhadap sinyal serotonin. Reseptor 5-HT_{1A} diyakini memiliki peranan penting dalam mengatur

kecemasan, karena ketika diaktifkan, reseptor ini meningkatkan aliran ion kalium dan menghambat aktivitas enzim adenilat siklase. Peran serotonin dan berbagai sub tipe reseptornya dalam menimbulkan gejala kecemasan, kepanikan, serta obsesi sangat kompleks. Serotonin yang dilepaskan dari ujung saraf dapat berikatan dengan reseptor 5-HT_{2C} pada neuron postsinaptik dan memicu timbulnya kecemasan, sedangkan aktivasi reseptor 5-HT_{1A} pada neuron presinaptik justru dapat menghambat pelepasan serotonin ke sinaps.

Model lain yang relevan adalah model GABA, yaitu neurotransmitter inhibitor utama dalam sistem saraf pusat yang mengendalikan berbagai rangsangan di otak. GABA memiliki dua jenis reseptor utama, yakni GABA_A dan GABA_B. Obat golongan benzodiazepin bekerja dengan berikatan pada kompleks reseptor benzodiazepin yang terletak di neuron postsinaptik. Ikatan ini memperkuat efek GABA dalam membuka saluran ion klorida, memungkinkan ion klorida masuk ke dalam sel, sehingga menstabilkan membran neuron. Selain itu, GABA juga dapat memengaruhi tingkat kecemasan melalui mediasi pelepasan neurotransmitter lain seperti kolesistokinin, serta dengan menekan aktivitas sistem serotonergik dan noradrenergik. Di samping itu, neurotransmitter lain seperti dopamin, glutamat, dan neurokinin juga diduga memiliki peran dalam timbulnya gangguan kecemasan.

6. Faktor-faktor yang mempengaruhi ansietas

Beberapa faktor yang berpengaruh terhadap adanya rasa nyeri meliputi usia, jenis kelamin, dan pendidikan orang tua. Berdasarkan usianya, anak prasekolah yang dirawat mudah mengalami kecemasan. Anak usia prasekolah belum mampu beradaptasi secara baik pada lingkungan yang kurang nyaman. Anak prasekolah menganggap bahwa sakit sebagai sesuatu yang menakutkan sehingga prosedur

perawatan dan pengobatan menyebabkan masalah mental anak. Anak merasa kehilangan lingkungan bermain, lingkungan keluarga yang penuh kasih sayang dan menyenangkan.

Menurut jenis kelaminnya, anak laki-laki mempunyai tingkat perkembangan lebih cepat dibandingkan dengan perempuan. Anak perempuan lebih sensitif dalam merespon masalah emosional, sedangkan pada anak laki-laki lebih bersifat eksploratif sehingga menstimulasi dan berusaha mengembangkan pemikiran yang operasional, mencari validasi dan bertanya. Berdasarkan pendidikan orang tua, bahwa orangtua mempunyai pendidikan lanjutan yang akan mempengaruhi proses berpikir dan kemampuan dalam mengambil keputusan, memberikan pengaruh seseorang dalam menerima atau menyerap informasi, yang akan berdampak pada implementasi dalam merawat anak dan menjalankan peran (Faidah & Marchelina, 2022).

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Ansietas pada Pasien Post Operasi Fraktur

Asuhan keperawatan harus didasarkan pada pengetahuan dan kompetensi keperawatan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien, perkembangan ilmu, dan tuntutan globalisasi. Profesionalisme perawat tercermin dari asuhan yang terstruktur, mulai dari pengkajian hingga evaluasi.

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah dasar dalam memberikan asuhan yang sesuai kebutuhan klien. Pengkajian harus dilakukan secara sistematis, akurat, dan berkesinambungan untuk merumuskan diagnosis yang tepat.

Pengkajian yang dilaksanakan untuk pasien dalam kondisi pasca operasi antara lain:

a. Pengkajian identitas

Identitas pasien mencakup nama, jenis kelamin, usia, agama, tingkat pendidikan, pekerjaan, nomor rekam medis, serta diagnosis medis. Selain itu, data identitas juga harus dilengkapi dengan informasi mengenai penanggung jawab pasien, yang mencakup nama, alamat, dan hubungan dengan pasien tersebut.

b. Keluhan utama

Keluhan yang sering dialami oleh pasien anak yang mengalami fraktur antara lain ketakutan akan rasa nyeri atau sakit, sulit tidur, tampak tegang, gelisah, menangis dan rewel.

c. Riwayat kesehatan sekarang

Pada pasien fraktur disebabkan karena trauma / kecelakaan, dapat secara degenerative/patologis yang disebabkan awalnya pendarahan, kerusakan jaringan di sekitar tulang yang mengakibatkan nyeri, bengkak, pucat/perubahan warna kulit dan terasa kesemutan.

d. Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan dahulu sebelum kejadian, apakah anak dalam kondisi sehat, tidak ada riwayat penyakit kronis atau rawat inap sebelumnya. Apakah pernah dilakukan tindakan operasi sebelumnya, apakah pernah mengalami trauma fisik yang signifikan.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Apakah keluarga pasien mengalami osteoporosis, arthritis atau keluarga pasien pernah punya penyakit menurun atau menular sebelumnya seperti Hipertensi, Diabetes Mellitus, HIV/AIDS.

f. Riwayat kehamilan dan persalinan

1) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

Menurut Sudarsih (2023) tujuan dari meanyakan riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang terdahulu yaitu untuk mengetahui jumlah kehamilan, jumlah anak yang hidup, jumlah kelahiran premature,, jumlah keguguran, persalinan dengan tindakan, riwayat pendarahan pada persalinan atau pasca persalinan, kehamilan dengan tekanan darah tinggi.

2) Riwayat KB

Riwayat KB guna mengetahui jenis kontrasepsi yang pernah digunakan, lama penggunaannya dan jumlah anak yang diinginkan.

3) Riwayat perkawinan

Riwayat perkawinan perlu dikaji untuk mengetahui gambaran suasana rumah tangga. Pertanyaan mengenai jumlah pernikahan orang tua pasien bertujuan untuk mendeteksi kesehatan reproduksi ibu seperti infeksi menular seksual (IMS) yang berkaitan dengan perubahan perilaku seksual yang semakin bebas seperti bergonta-ganti pasangan.

g. Riwayat imunisasi

Riwayat imunisasi diperlukan untuk mengetahui kesehatan tubuh pasien dari imunisasi yang didapatkan. Berdasarkan Kementerian Kesehatan RI, berikut adalah Imunisasi wajib yang harus diterima anak :

- 1) Hepatitis B (HB-0) : diberikan dalam 24 jam pertama setelah lahir
- 2) BCG : usia 0 – 2 bulan, mencegah tuberculosis
- 3) Polio : Polio oral (OPV) dan Polio suntik (IPV) yang diberikan 4 kali pada saat berusia 1,2,3, dan 4 bulan
- 4) DPT-HB-Hib (Pentavalen) untuk mencegah difteri, pertussis, tetanus, hepatitis B dan infeksi Hib yang diberikan Ketika berusia 2,3, dan 4 bulan
- 5) PCV (pneumokokus) yang diberikan pada saat usia 2 dan 4 bulan, booster usia 12 bulan
- 6) Rotavirus yang diberikan mulai usia 2 bulan (tergantung jenis vaksin, diberikan 2 atau 3 dosis)
- 7) Campak-Rubella (MR) yang diberikan pada usia 9 bulan serta imunisasi lanjutan. Jika anak memiliki sistem kekebalan tubuh yang baik, maka risiko terjadinya komplikasi dapat diminimalkan.

h. Riwayat gizi

Status gizi anak yang menderita fraktur dapat beragam. Anak dengan status gizi yang baik ataupun kurang dapat berisiko mengalami komplikasi pada tulangnya. Anak yang mengalami fraktur biasanya adanya penurunan nafsu makan. Jika kondisi ini berlangsung terus-menerus tanpa diimbangi dengan asupan nutrisi yang memadai, maka penyembuhan tulang akan semakin lama, anak dapat mengalami penurunan berat badan dan berdampak pada buruknya status gizi anak.

i. Status tumbuh kembang

Status tumbuh kembang anak bertujuan untuk mengetahui apakah anak tumbuh dan berkembang sesuai dengan usia kronologisnya. Deteksi dini penyimpangan dilakukan di semua tingkat pelayanan yaitu keluarga, masyarakat dan puskesmas.

Salah satu yang digunakan adalah skrinning pertumbuhan anak yang meliputi berat badan, tinggi badan dan lingkar kepala. Perkembangan anak perkembangan yang dideteksi adalah motoric/gerak kasar, motoric/gerak halus, bicara dan Bahasa serta sosialisasi dan kemandirian.

j. Pola kebutuhan sehari-hari

1) Pola nutrisi dan metabolisme

Untuk mengetahui asupan kebutuhan gizi anak, ditanyakan bagaimana kualitas dan kuantitas dari makanan yang dikonsumsi oleh anak, makanan apa saja yang disukai dan yang tidak, bagaimana selera makan anak, berapa kali minum, jenis dan jumlahnya per hari.

2) Pola Eliminasi

Perubahan BAK/BAB dalam sehari, apakah mengalami kesulitan waktu BAB di karenakan imobilisasi, pada pasien fraktur tidak ada gangguan BAK.

3) Pola aktivitas dan Latihan

Pada pasien yang mengalami fraktur akan mengalami gangguan karena harus tirah baring, agar tidak jadi komplikasi sehingga segala kebutuhan pasien akan dibantu.

4) Pola Istirahat dan tidur

Kebiasaan pada pola tidur akan mengalami gangguan yang disebabkan karena nyeri, misalnya nyeri karena fraktur.

k. Pemeriksaan fisik

1) Kepala dan wajah

Pengkajian dilakukan pada area kepala hingga wajah, meliputi penilaian terhadap bentuk kepala serta keberadaan luka atau pembengkakan pada wajah.

2) Leher

Pengkajian meliputi pemeriksaan apakah terdapat pembesaran pada kelenjar tiroid dan vena jugularis.

3) Dada

Pemeriksaan mencakup inspeksi thoraks, penghitungan frekuensi napas, palpasi untuk menilai kesamaan getaran suara, serta auskultasi guna mendeteksi adanya suara napas tambahan.

4) Abdomen dan pinggang

Inspeksi dilakukan untuk melihat adanya luka atau perut yang tampak kembung, palpasi untuk menilai apakah terdapat nyeri tekan, serta auskultasi untuk mengevaluasi frekuensi bising usus

5) Pelvis dan perineum : Ada atau tidaknya bentuk yang abnormal

6) Ekstremitas atas : dinilai berdasarkan bentuk, adanya edema, dan keberadaan luka.

Ekstremitas bawah : dievaluasi melalui inspeksi bekas operasi, penilaian kekuatan otot, serta nyeri yang dirasakan pasien.

7) Psikologis kultural

Dalam pengkajian psikologis dan kultural, aspek yang dikaji meliputi pola pikir pasien, persepsi terhadap diri sendiri, suasana hati, sikap terhadap keluhan yang dirasakan, serta sistem kepercayaan yang dianut pasien selama menjalani proses perawatan.

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami pasien, baik yang nyata maupun berpotensi

terjadi. Tujuan diagnosis ini adalah untuk menganalisis respons pasien, keluarga, dan komunitas terhadap kondisi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosis keperawatan dibedakan menjadi dua jenis, yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif.

Diagnosis negatif menunjukkan adanya kondisi sakit atau risiko sakit, sehingga intervensi yang diberikan bersifat kuratif, rehabilitatif, atau preventif. Diagnosis ini mencakup diagnosis aktual dan diagnosis risiko. Sementara itu, diagnosis positif mengindikasikan bahwa pasien berada dalam kondisi sehat dan memiliki potensi untuk mencapai tingkat kesehatan yang lebih optimal. Jenis-jenis diagnosis keperawatan dibagi menjadi 3 yakni :

a. Diagnosis aktual

Diagnosis ini menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan timbulnya masalah kesehatan. Tanda dan gejala, baik mayor maupun minor, dapat diidentifikasi dan divalidasi secara klinis.

b. Diagnosis risiko

Diagnosis ini menunjukkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang menempatkannya pada risiko mengalami masalah kesehatan. Pada diagnosis ini, tidak ditemukan tanda atau gejala, tetapi terdapat faktor risiko yang dapat memicu masalah kesehatan.

c. Diagnosis promosi kesehatan

Diagnosis ini menunjukkan adanya keinginan serta motivasi dari klien untuk meningkatkan status kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal.

Perumusan diagnosis keperawatan ansietas pasien anak post operatif fracture di RSD Mangusada berdasarkan format penulisan diagnosis keperawatan yaitu: ansietas berhubungan dengan krisis situasional dibuktikan dengan pasien merasa bingung, pasien merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur, pasien mengeluh pusing, anoreksia, frekuensi napas meningkat, nadi meningkat, tekanan darah meningkat, muka pucat, kontak mata buruk, sering berkemih, tremor.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan tindakan yang dilakukan perawat berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan untuk mencapai luaran yang diharapkan. Komponennya meliputi label, definisi, serta jenis tindakan seperti observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi.

Luaran keperawatan adalah hasil yang dapat diamati dan diukur dari kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga, maupun komunitas sebagai respons terhadap intervensi. Komponen luaran mencakup label, ekspektasi, dan kriteria hasil.

Rencana keperawatan pada diagnosis keperawatan ansietas mengacu pada standar luaran keperawatan dengan label tingkat ansietas (L.09093) dan standar intervensi keperawatan indonesia dengan intervensi utama label reduksi ansietas (I.09314) yang ditambahkan dengan pemberian terapi bermain plastisin (*playdough*).

Tabel 2
Intervensi Keperawatan

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
Ansietas berhubungan dengan krisis situasional	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selamax24 jam maka diharapkan Tingkat Ansietas (L.09093) menurun dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 2. Perilaku gelisah menurun 3. Perilaku tegang menurun 4. Konsentrasi membaik 5. Pola tidur membaik 6. Frekuensi pernapasan membaik 7. Frekuensi nadi membaik 8. Kontak mata membaik	Intervensi utama Reduksi ansietas (I.09314) 1. Observasi : a. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor) b. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) 2. Terapeutik a. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan rasa kepercayaan salah satunya komunikasi efektif b. Pahami situasi yang membuat ansietas c. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan d. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan e. Berikan terapi bermain plastisin untuk menurunkan kecemasan anak 3. Edukasi a. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu b. Anjurkan mengungkapkan perasaan

Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) ; Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018) ; Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018).

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tindakan nyata yang dilakukan perawat untuk melaksanakan intervensi keperawatan berdasarkan rencana yang telah disusun. Kegiatan ini mencakup dukungan, pengobatan, edukasi, tindakan perbaikan, dan pencegahan masalah kesehatan.

Agar pelaksanaan implementasi berjalan efektif, perawat perlu memiliki kemampuan kognitif, interpersonal, serta keterampilan teknis, dengan tetap memusatkan perhatian pada kebutuhan pasien dan faktor-faktor yang memengaruhinya.

Implementasi keperawatan masalah ansietas pada anak yang mengalami post operatif fraktur sesuai dengan standar intervensi keperawatan indonesia yaitu reduksi ansietas. Pelaksanaan implementasi dilengkapi dengan pencatatan waktu dan tanggal, respons pasien setelah menerima tindakan keperawatan, serta paraf perawat yang memberikan asuhan.

Tabel 3
Implementasi Keperawatan

Waktu	Implementasi Keperawatan	Respon	Paraf
1	2	3	4
Diisi hari, tanggal, bulan, tahun, pukul berapa diberikan tindakan	Tindakan Keperawatan 1. Observasi : a) Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor) b) Memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) 2. Terapeutik a) Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan rasa kepercayaan salah satunya komunikasi efektif b) Memahami situasi yang membuat ansietas c) Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan d) Memotivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan e) Berikan terapi bermain untuk menurunkan kecemasan anak 3. Edukasi a) Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu b) Menganjurkan mengungkapkan perasaan	Respon dari pasien setelah diberikan tindakan berupa data subjektif dan data objektif	Sebagai bukti bahwa tindakan keperawatan telah dilakukan, dokumen harus dilengkapi dengan nama lengkap pemberi tindakan

Sumber : SIKI (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam proses asuhan keperawatan yang bertujuan menilai apakah tujuan perawatan telah tercapai atau perlu pendekatan lain.

Dokumentasi evaluasi keperawatan berisi catatan mengenai perkembangan kondisi pasien berdasarkan tujuan yang ditetapkan. Evaluasi ini menilai efektivitas intervensi, menggambarkan status kesehatan pasien setelah tindakan diberikan, serta menjadi dasar untuk melakukan revisi rencana keperawatan sesuai kondisi pasien

Tabel 4
Evaluasi Keperawatan

Waktu	Evaluasi Keperawatan (SOAP)	Paraf
1	2	3
Diisi hari, tanggal, bulan, tahun, pukul berapa evaluasi keperawatan dilakukan	S (Subjektif): Pasien mengatakan tidak lagi merasa khawatir, pasien tidak merasakan cemas lagi O (Objektif): 1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi Menurun 2. Perilaku gelisah menurun 3. Perilaku tegang menurun 4. Konsentrasi membaik 5. Frekuensi napas membaik 6. Frekuensi nadi membaik 7. Kontak mata membaik A (Asesmen): Masalah teratasi dengan tingkat ansietas menurun P(Planning) Pertahankan kondisi pasien dengan melanjutkan rencana keperawatan	Sebagai bukti tindakan sudah dilakukan dilengkapi dengan nama terang

Sumber : SLKI (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

D. Konsep Terapi Bermain Plastisin (*Playdough*)

1. Definisi Terapi Bermain Plastisin (*Playdough*)

Terapi bermain merupakan aktivitas yang digunakan untuk mendukung proses penyembuhan anak sekaligus mendorong pertumbuhan dan perkembangannya secara optimal. Tujuannya adalah mengalihkan perhatian anak dari rasa sakit, cemas, atau takut selama menjalani perawatan di rumah sakit. Melalui permainan, anak dapat melepaskan ketegangan dan stres, serta memperoleh relaksasi. Dengan demikian, terapi bermain diharapkan mampu mengurangi kecemasan dan meningkatkan kerja sama anak dalam proses perawatan. Salah satu permainan *skill play* yaitu terapi bermain plastisin atau *playdough*. (Megawati Sumuri, 2021).

Plastisin atau *playdough* merupakan lilin malam yang lembut dan mudah dibentuk sesuai keinginan, serta tersedia dalam berbagai warna karena teksturnya yang lunak. Terapi bermain menggunakan lilin ini sangat sesuai karena tidak memerlukan banyak energi. Plastisin atau *playdough* dapat dibentuk sesuai yang diinginkan anak seperti sayur-sayuran, buah-buahan, kue, boneka dan sebagainya. Permainan ini juga dapat dilakukan diatas tempat tidur anak, sehingga tidak mengganggu proses pemulihan dan penyembuhan kondisi kesehatan anak. Plastisin atau *playdough* juga merupakan salah satu media yang sesuai untuk mengembangkan kreativitas anak (Dayani & Budiarti, 2015).

2. Manfaat Terapi Bermain Plastisin (*Playdough*)

Terapi bermain plastisin (*playdough*) ini memiliki banyak manfaat bagi anak-anak, diantaranya :

- a. Melatih kemampuan sensorik. Salah satu cara anak mengenal sesuatu adalah melalui sentuhan, dengan bermain plastisin anak belajar tentang tekstur dan cara menciptakan sesuatu sesuai keinginannya.
- b. Mengembangkan kemampuan berfikir. Bermain plastisin bisa mengasah kemampuan berfikir anak.
- c. Berguna meningkatkan *self esteem*. Bermain plastisin merupakan bermain tanpa aturan sehingga berguna untuk mengembangkan imajinasi dan kreativitas anak, sekaligus mengajarkan tentang pemecahan masalah.
- d. Mengasah kemampuan berbahasa. Meremas, menggiling dan memutar adalah beberapa kata yang sering didengar anak saat bermain plastisin.

3. Keefektifan Terapi Bermain Plastisin (*Playdough*)

Apapun dapat kita lakukan untuk meredakan atau mengatasi kecemasan salah satunya yaitu dengan terapi bermain plastisin (*playdough*). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Periyadi dan Immawati (2022) penerapan Terapi bermain plastisin (*playdough*) dapat memberikan efek yang sangat signifikan dalam menurunkan kecemasan pada anak pra-sekolah. Melalui terapi bermain menggunakan plastisin (*playdough*), anak dapat melepaskan ketakutan dan kecemasan, serta mengekspresikan kemarahan dan perasaan permusuhan. Bermain merupakan salah satu cara koping yang paling efektif untuk mengurangi stres.

Terapi bermain dengan plastisin sangat cocok diberikan kepada anak yang sedang menjalani perawatan, karena tidak memerlukan banyak energi dan dapat dilakukan di atas tempat tidur tanpa mengganggu proses pemulihan kesehatan anak.

Diharapkan anak-anak dapat mengekspresikan perasaan dan pikirannya, sehingga menimbulkan rasa rileks, memperbaiki emosi, serta meningkatkan respons adaptif. Dengan demikian, kecemasan akibat perawatan di rumah sakit dapat berkurang Periyadi dan Immawati (2022).