

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Praoperasi

a. Pengertian

Praoperasi adalah tahap yang dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasien dikirim ke meja operasi. Lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien ditatanan klinik ataupun rumah, wawancara preoperatif dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan serta pembedahan. Tahap ini merupakan tahapan awal dari keperawatan perioperatif. Pada tahap ini dilakukan persiapan awal sebelum tindakan operasi (HIPKABI, 2014).

b. Persiapan Praoperasi

1) Persiapan Fisik

a) Pemasangan infus, puasa, pencukuran daerah operasi, pemasangan kateter, anestesi, latihan nafas dalam, penyuntikan, pemberian obat-obatan dan latihan batuk post operasi (Majid, Judha & Istianah, 2011)

b) Status Kesehatan fisik secara umum

Pemeriksaan status kesehatan secara umum, meliputi identitas klien penyakit seperti kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan

keluarga, pemeriksaan fisik lengkap, antara lain status hemodinamika, status kardiovaskuler, status pernafasan, fungsi ginjal dan hepatic, fungsi endokrin, fungsi imunologi, dan lain-lain (Majid, Judha & Istianah, 2011).

c) Status Nutrisi

Kebutuhan nutrisi ditentukan dengan mengukur tinggi badan dan berat badan, lipat kulit trisep, lingkaran lengan atas, kadar protein darah (albumin dan globulin) dan keseimbangan nitrogen. Segala bentuk defisiensi nutrisi harus dikoreksi sebelum pembedahan untuk memberikan protein yang cukup untuk perbaikan jaringan. Kondisi gizi buruk dapat mengakibatkan pasien mengalami berbagai komplikasi pasca operasi dan mengakibatkan pasien menjadi lebih lama dirawat di rumah sakit (Smeltzer dan Bare, 2013)

d) Keseimbangan cairan dan elektrolit

Balance cairan perlu diperhatikan dalam kaitannya dengan input dan output cairan. Demikian juga kadar elektrolit serum harus berada dalam rentang normal. Kadar elektrolit yang biasanya dilakukan pemeriksaan di antaranya adalah kadar natrium, kadar kalium dan kadar kreatinin. Keseimbangan cairan dan elektrolit terkait erat dengan fungsi ginjal. (Smeltzer dan Bare, 2013).

2) Persiapan Psikis

Peranan perawat dalam mempersiapkan mental pasien praoperasi menurut Taylor dkk (2010), yaitu:

- a) Membantu pasien mengetahui tentang prosedur tindakan yang akan dialami pasien, memberikan informasi tentang waktu operasi, hal-hal yang akan dialami pasien selama proses operasi.
- b) Memberikan penjelasan terlebih dahulu prosedur tindakan setiap sebelum tindakan persiapan praoperasi. Gunakan bahasa yang sederhana dan jelas. Hal ini diharapkan dengan pemberian penjelasan prosedur yang lengkap dapat menurunkan kecemasan pasien sebelum operasi dilakukan.
- c) Memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk menanyakan tentang segala prosedur yang ada.
- d) Memberi kesempatan pada pasien dan keluarga untuk berdoa bersama-sama sebelum pasien di antar ke kamar operasi. Keluarga juga diberikan kesempatan untuk mengantar pasien sampai kebatas kamar operasi dan menunggu di ruang tunggu yang terletak di depan ruang operasi.

3) Persiapan Penunjang

Pemeriksaan penunjang meliputi pemeriksaan radiologi, pemeriksaan masa perdarahan dan masa pembekuan darah pasien, elektrolit serum, hemoglobin, protein darah, hasil pemeriksaan

radiologi berupa foto thoraks, ECG, EKG dan lain-lain (Smeltzer dan Bare, 2013).

2. Kecemasan

a. Definisi

Cemas (ansietas) adalah sebuah emosi dan pengalaman subjektif dari seseorang . Pengertian lain cemas adalah suatu keadaan yang membuat seseorang tidak nyaman dan terbagi dalam beberapa tingkatan. Jadi, cemas berkaitan dengan perasaan yang tidak pasti dan tidak berdaya (Kusumawati & Hartono, 2010).

Kecemasan merupakan stressor yang dapat menyebabkan pelepasan epineprin dari adrenal sehingga terjadi hiperaktivitas saraf otonom dan menyebabkan gejala fisik berupa takikardi, nyeri kepala, diare, dan palpitasi (Kaplan & Shadock, 2010).

b. Respon Fisiologis Terhadap Kecemasan

Menurut Stuart (2016), ada 2 macam respon yang dialami seseorang ketika mengalami kecemasan, yaitu:

1) Kardiovaskuler

Peningkatan tekanan darah, palpitasi, jantung berdebar, denyut nadi meningkat, tekanan nadi menurun, syock dan lain-lain.

2) Respirasi

Napas cepat dan dangkal, rasa tertekan pada dada, rasa tercekik.

3) Kulit

Perasaan panas atau dingin pada kulit, seluruh tubuh, rasa terbakar pada berkeringat, gatal- gatal.

4) Gastrointestinal

Anoreksia, rasa tidak nyaman pada perut, rasa terbakar di epigastrium, nausea, diare.

5) Neuromuskuler

Reflek meningkat, reaksi kejutan, insomnia, tremor, kejang, wajah tegang.

c. Respon Psikologis Terhadap Kecemasan

1) Perilaku

Gelisah, tremor, gugup, bicara cepat dan tidak ada koordinasi, menarik diri, dan menghindar.

2) Kognitif

Gangguan perhatian, konsentrasi hilang, mudah lupa, salah tafsir, bingung, lapangan persepsi menurun, kesadaran diri yang berlebihan, khawatir berlebihan, obyektifitas menurun, takut kecelakaan, takut mati, dll.

3) Afektif

Tidak sabar, tegang, neurosis, tremor, gugup yang luar biasa, sangat gelisah.

d. Faktor Predisposisi Kecemasan

Menurut Kusumawati & Hartono (2010), faktor predisposisi kecemasan antara lain peristiwa traumatik, konflik emosional, gangguan konsep diri, frustrasi, gangguan fisik, pola mekanisme, koping keluarga, riwayat gangguan kecemasan, medikasi.

e. Faktor risiko kecemasan pra operasi pada anak

Faktor risiko yang dapat mempengaruhi kecemasan pada anak dibagai menjadi tiga faktor yaitu: faktor anak, faktor orangtua dan faktor lingkungan perioperatif.

1) Faktor Anak

a) Usia

Usia merupakan salah satu faktor penting yang menyebabkan kecemasan anak. Anak-anak usia 1-5 tahun berisiko mengalami kecemasan paling tinggi pada periode pra operasi (Kain dalam Ahmed, 2011). Sementara itu, menurut Wong (2012) derajat kecemasan yang tinggi terjadi pada anak usia antara 2 dan 6 tahun.

b) Faktor pengalaman medis sebelumnya

Kenangan yang tidak menyenangkan dari pengalaman di rumah sakit sebelumnya seperti kunjungan ke dokter anak, kunjungan ke dokter gigi dapat meninggalkan kesan buruk sampai usia remaja (Ahmed dkk, 2011).

c) Jenis Kelamin

Mahat & Scoloveno menyatakan bahwa anak perempuan yang menjalani hospitalisasi memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan dengan anak laki-laki (Aprilia, 2014). Wanita memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan pria. Hal ini dikarenakan bahwa wanita lebih peka dengan emosinya, yang pada akhirnya mempengaruhi perasaan cemasnya (Kaplan & Sadock, 2010).

2) Faktor Orang tua

Menurut Folley dalam Setiawati (2017), perpisahan dengan orang tua merupakan aspek yang paling menimbulkan stres dan menimbulkan efek bagi anak maupun orang tua. Anak-anak yang masuk ke ruang persiapan operasi biasanya didampingi oleh salah satu atau kedua orang tua. Hal ini merupakan usaha untuk mengurangi kecemasan anak saat memasuki tempat asing.

3) Faktor lingkungan perioperatif

Lingkungan rumah sakit dapat mempengaruhi kecemasan pada anak yang mengalami hospitalisasi. Lingkungan rumah sakit merupakan lingkungan yang baru bagi anak, sehingga anak sering merasa takut dan terancam tersakiti oleh tindakan yang akan dilakukan kepada dirinya. (Perry & Potter, 2010)

Dalam satu studi, peningkatan tingkat kecemasan pada anak-anak dikaitkan dengan peningkatan jumlah orang diruangan

pada induksi anestesi, waktu tunggu lebih lama antara masuk di rumah sakit dan induksi anestesi (Ahmed dkk, 2011)

f. Klasifikasi Tingkat Kecemasan

Menurut Stuart (2016), kecemasan dibagi menjadi empat tingkatan, yaitu:

1) Kecemasan ringan

Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Ansietas ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreatifitas. Manifestasi yang muncul pada tingkat ini adalah kelelahan, iritabel, lapang persepi meningkat, kesadaran tinggi, mampu untuk belajar, motivasi meningkat, dan tingkah laku sesuai situasi.

2) Kecemasan sedang

Cemas sedang memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, sehingga seseorang mengalami rentang yang lebih selektif namun masih dapat melakukan sesuatu lebih terarah. Manifestasi yang terjadi pada tingkat ini yaitu kelelahan meningkat, frekuensi jantung dan pernafasan meningkat, ketegangan otot meningkat, bicara cepat dan volume tinggi, lahan persepsi menyempit, mampu untuk belajar namun tidak optimal, kemampuan

konsentrasi menurun, mudah tersinggung, tidak sabar, mudah lupa, marah dan menangis.

3) Kecemasan berat

Kecemasan berat sangat mengurangi lapang persepsi seseorang. Seseorang cenderung berfokus pada suatu yang terperinci dan spesifik serta tidak berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain.

4) Panik

Tingkatan panik dari ansietas berhubungan dengan terperangah, ketakutan dan waktu. Hal yang terinci terpecah dari proporsinya. Individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Panik mencakup disorganisasi kepribadian dan menimbulkan peningkatan aktifitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang dan kehilangan pemikiran rasional. Tingkat kecemasan ini tidak sejalan dengan kehidupan, jika berlangsung terus dalam waktu yang lama, dapat terjadi kelelahan dan kematian.

g. Tanda dan Gejala Cemas

Menurut Hawari (2013), terdapat tanda dan gejala orang yang mengalami cemas antara lain:

- 1) Mudah marah, merasa takut dengan pikiran sendiri, cemas, khawatir, dan firasat yang tidak baik
- 2) Merasa tegang, tidak tenang, gelisah, dan mudah terkejut
- 3) Takut sendirian, merasa takut keramaian dan dengan kerumunan orang
- 4) Tidak bisa tidur dan mimpi buruk
- 5) Sulit konsentrasi dan mudah lupa
- 6) Keluhan somatik seperti sakit otot dan tulang, telinga berdengung (tinitus), berdebar-debar, sesak nafas, adanya keluhan pencernaan, adanya keluhan perkemihan, sakit kepala, dll.

h. Penatalaksanaan Kecemasan

1) Farmakologi

Premedikasi merupakan bagian penting dari strategi mengelola kecemasan praoperasi pada anak-anak (Ahmed dkk, 2011). Dua jenis obat utama yang harus dipertimbangkan dalam pengobatan gangguan kecemasan adalah buspirone dan benzodiazepin. Obat lain yang mungkin berguna adalah obat trisiklik (imipramin), anti histamine, dan antagonis adrenergik beta (propranolol) (Kaplan & Sadock, 2010).

2) Non farmakologi

a) Latihan Relaksasi

Latihan relaksasi dapat juga digunakan untuk mengatasi stres dengan mengatur tekanan emosional yang

terkait engan ansietas. Tujuan jangka panjang diarahkan ke arah membantu klien mengatur tekanan emosional termasuk mempromosikan respons rileksasi. (Stuart, 2016). Sebagai alat terapi, latihan relaksasi efektif menurunkan ketegangan dan ansietas. (Stuart, 2016)

b) Distraksi

Distraksi merupakan metode untuk menghilangkan kecemasan dengan cara mengalihkan perhatian pada hal-hal lain sehingga pasien akan lupa terhadap cemas yang dialami. Stimulus sensori yang menyenangkan menyebabkan pelepasan endorfin yang bisa menghambat stimulus cemas yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli cemas yang ditransmisikan ke otak (Potter & Perry, 2010).

c) Psikoedukasi

Pendidikan penting dalam mempromosikan respons adaptif klien ansietas. Perawat dapat mengidentifikasi kebutuhan pendidikan kesehatan setiap klien dan kemudian merumuskan rencana untuk memenuhi kebutuhan tersebut (Stuart, 2016).

Rencana harus dirancang untuk meningkatkan pengetahuan klien tentang stresor predisposisi dan presipitasi, sumber coping, serta respons adaptif dan maladaptif. Pendidikan kesehatan juga harus membahas aspek yang

menguntungkan dari tingkat ansietas ringan dan dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas. (Stuart, 2016)

i. Alat Ukur Kecemasan

1) *Chinese version State Anxiety Scale for Children (CSAS-C)*

Menurut Li & Violeta dalam Apriliawati (2011) kecemasan preoperasi pada anak dapat dikur dengan *Chinese version State Anxiety Scale for Children (CSAS-C)*. Format ini telah diaplikasikan dalam penelitian pada anak usia 7-12 tahun yang akan menjalani pembedahan. CSAS-C merupakan *state anxiety scale* yang singkat dengan formulir isian yang lebih pendek.

CSAS-C terdiri dari 10 item pertanyaan dan telah terbukti validitas dan reliabilitasnya dengan nilai internal konsistensi periode preoperasi 0,84 dan periode postoperasi 0,86 berdasarkan perhitungan nilai alfa Cronbach (Li & Violeta dalam Apriliawati, 2011). Berdasarkan hasil penelitian tersebut, CSAS-C dinyatakan dapat digunakan dan objektif untuk mengkaji tingkat kecemasan anak, terutama diunit pelayanan yang sibuk dan tidak memungkinkan menggunakan formulir lengkap.

2) *State-Trait Inventory for Children (STAIC)*

Menurut Zhe dalam Apriliawati (2011) Kecemasan anak juga dapat dikaji dengan *State-Trait Inventory for Children*

(STAIC) dari Spielberger (1973). STAIC telah banyak digunakan dalam penelitian untuk mengukur kecemasan pada anak usia sekolah. STAIC sering disebut dengan "*How I Feel Questioner*" yang distandarkan pada skala pelaporan diri dan sesuai untuk mengukur kecemasan anak usia sekolah kelas 4 hingga kelas 6.

STAIC terdiri dari 40 pertanyaan yang terbagi dalam 2 hal yaitu 20 item subskala status kecemasan (A-State) dan 20 item subskala karakter kecemasan (A-Trait). STAIC telah dialihbahasakan dalam 10 bahasa untuk berbagai keperluan penelitian. A-Trait teruji lebih reliabel dibanding A-state. A-State terdiri dari pertanyaan kepada anak tentang perasaan anak pada suatu saat tertentu. pertanyaan tersebut mengukur tingkat kecemasan anak yang bersifat sementara, subyektif dan fluktuatif. Sementara itu, A-Trait mengukur tingkat kecemasan anak pada hari tertentu. A-Trait terdiri dari 20 pertanyaan kepada anak perasaan anak secara umum. Untuk semua pernyataan pada subskala diukur dalam 3 rentng skala likert 1 (tidak ada kecemasan) hingga 3 (kecemasan tinggi) sehingga total nilai dalam rentang antara 20 (kecemasan minimum) hingga 60 (kecemasan maksimal).

3. Pendidikan Kesehatan

a. Pengertian

Pendidikan kesehatan adalah suatu usaha untuk menyediakan kondisi psikologis dan sasaran agar seseorang mempunyai pengetahuan, sikap, dan keterampilan yang sesuai dengan tuntutan nilai-nilai kesehatan. (Notoatmojo, 2012)

b. Tujuan

Pendidikan kesehatan sangat berperan penting dalam peningkatan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui teknik praktik belajar atau instruksi dengan tujuan mengubah atau mempengaruhi sikap dan praktik manusia sehingga dapat berpartisipasi dalam kegiatan tersebut (Susiyanti, 2015).

c. Metode Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoadmojo (2012), berdasarkan pendekatan sasaran yang ingin dicapai, penggolongan metode pendidikan ada 3 (tiga) yaitu:

1) Metode berdasarkan pendekatan perorangan

Metode ini bersifat individual dan biasanya digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seorang yang mulai tertarik pada suatu perubahan perilaku atau *inovasi*. Dasar digunakannya pendekatan individual ini karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut.

2) Metode berdasarkan pendekatan kelompok

Penyuluh berhubungan dengan sasaran secara kelompok.

Dalam penyampaian promosi kesehatan dengan metode ini perlu dipertimbangkan besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dari sasaran

3) Metode berdasarkan pendekatan massa

Metode pendekatan massa ini cocok untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat. Sehingga sasaran dari metode ini bersifat umum, dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan dan sebagainya, sehingga pesan-pesan kesehatan yang ingin disampaikan harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat ditangkap oleh massa.

d. Media Pendidikan Kesehatan

Seel dan Glasgow dalam Arsyad (2014), membagi media ke dalam dua kategori luas, yaitu

1) Media Tradisional

a) Media visual diam yang diproyeksikan. Contohnya: *slides*, *filmstrips*.

b) Visual yang tidak diproyeksikan. Contohnya: gambar, poster, foto, grafik, diagram, dll.

c) Audio. Contohnya: rekaman piringan, pita kaset, dll.

- d) Visual dinamis yang diproyeksikan. Contohnya: film, televisi, video.
 - e) Cetak. Contohnya: buku teks, modul, majalah ilmiah, dll.
 - f) Permainan. Contohnya permainan papan, simulasi, teka-teki.
- 2) Media Teknologi Mutakhir
- a) Berbasis telekomunikasi. Contohnya: telekonferen, kuliah jarak jauh.
 - b) Berbasis mikroprosesor. Contohnya: permainan computer, system tutor intelijen, interaktif, hypermedia, Compact (video) disk, computer-assisted instruction.
- e. Manfaat Media dalam Pendidikan Kesehatan
- Menurut Notoatmodjo (2014), media atau alat bantu memiliki banyak manfaat, antara lain
- 1) Menimbulkan minat peserta kegiatan promosi kesehatan terhadap materi yang disampaikan
 - 2) Mencapai target peserta atau sasaran yang lebih banyak
 - 3) Membantu mengatasi hambatan-hambatan, berupa kesulitan memahami, yang dialami peserta
 - 4) Menstimulasi peserta agar mau meneruskan pesan-pesan kesehatan pada orang lain
 - 5) Mempermudah pemateri menyampaikan materi kesehatan
 - 6) Mempermudah peserta memahami materi yang disampaikan pemateri

- 7) Mendorong seseorang untuk semakin mengetahui dan memahami materi yang disampaikan
- 8) Membantu peserta mengingat materi dan pesan kesehatan dalam jangka waktu yang lebih panjang.

4. Alat Permainan Edukatif

a. Pengertian

Alat permainan edukatif (APE) adalah segala sesuatu yang dapat dipergunakan sebagai sarana atau peralatan untuk bermain yang mengandung nilai pendidikan (edukatif) dan dapat mengembangkan seluruh kemampuan anak (Aqib, 2010).

Menurut Triharso (2013) alat permainan adalah semua alat bermain yang digunakan anak untuk memenuhi naluri bermainnya dan memiliki berbagai macam sifat seperti bongkar pasang, mengelompokkan, memadukan, mencari padanannya, merangkai, membentuk, mengetok, menyempurnakan suatu desain, atau menyusun sesuai bentuk utuhnya. Dari pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa APE merupakan alat permainan yang mempunyai nilai-nilai edukatif, yaitu dapat mengembangkan segala aspek dan kecerdasan yang ada pada diri anak

b. Kelebihan Alat Permainan Edukatif

Menurut Arsyad (2013), kelebihan dari alat permainan edukatif (APE) adalah sebagai berikut:

- 1) Melibatkan orang yang belajar secara aktif dalam proses belajar

- 2) Memiliki sifat luwes karena dapat dipakai untuk berbagai tujuan pembelajaran dengan mengubah alat dan persoalannya sedikit saja
- 3) Mampu meningkatkan kemampuan komunikatif
- 4) Mampu mengatasi keterbatasan peserta yang sulit belajar dengan metode tradisional

c. Kekurangan Alat Permainan Edukatif

Menurut Arsyad (2013), kekurangan dari alat permainan edukatif adalah sebagai berikut:

- 1) Membutuhkan biaya yang lebih karena dalam metode bermain membutuhkan alat atau media yang harus dipersiapkan terlebih dahulu.
- 2) Membutuhkan ruang atau tempat khusus sesuai dengan tipe permainan yang dilakukan.
- 3) Jika alat atau media tidak mencukupi dapat terjadi saling berebut alat atau media bermain antara anak satu dengan yang lainnya.

d. Fungsi Alat Permainan Edukatif (APE)

Menurut Badru Zaman dalam Nelva Rolina (2012) fungsi dari alat permainan edukatif (APE) adalah sebagai berikut:

- 1) Menciptakan situasi bermain (belajar) yang menyenangkan bagi anak.
- 2) Menumbuhkan rasa percaya diri dan membentuk citra diri anak yang positif.

- 3) Memberikan stimulasi dalam pembentukan perilaku dan pengembangan kemampuan dasar.
- 4) Memberikan kesempatan anak bersosialisasi, berkomunikasi dengan teman sebaya.

e. Jenis-jenis Media Alat Permainan Edukatif (APE)

Menurut Syamsuardi (2012), jenis-jenis APE antara lain

1) Kartu Pasangan

Kartu pasangan ini terbuat dari bahan karton atau dupleks berukuran 10 – 8 cm. Setiap kartu diberigambar secara berpasangan.

2) Kartu Bilangan

Penggunaan kartu lambang bilangan dilakukan dalam mengenalkan lambang atau model bilangan sehingga anak akan terbiasa dengan lambang atau model bilangan tersebut.

3) Kotak Alfabet

Kotak alfabet adalah Kotak yang berisi huruf- huruf, tujuan permainan ini adalah agar anak mengenal huruf, menumbuhkan gairah atau semangat belajar ketika membentuk kata-kata dan belajar membaca.

4) Puzzle

Puzzle dapat dibuat dari tripleks, plastik atau karton tebal yang terdiri dari dua bagian dengan ukuran yang sama. Satu bagian dibuat lukisan sederhana, misalnya seekor bebek sedang berenang

atau gambar lainnya. Puzzle yang dilukis dipotong menjadi 10 – 12 kepingan.

f. Pembuatan Alat Permainan Edukatif

Menurut Badru Zaman dalam Rolina (2012) terdapat beberapa syarat dalam pembuatan alat permainan edukatif (APE), yaitu

1) Syarat Edukatif

Alat permainan edukatif (APE) yang dibuat dapat membantu keberhasilan kegiatan pendidikan, mendorong aktifitas dan kreatifitas anak dan sesuai dengan kemampuan (tahap perkembangan anak).

2) Syarat Teknis

- a) Alat permainan edukatif dirancang sesuai dengan tujuan.
- b) Alat permainan edukatif hendaknya multiguna, walaupun ditujukan untuk tujuan tertentu tidak menutup kemungkinan digunakan untuk tujuan pengembangan yang lain.
- c) Alat permainan edukatif dibuat dengan menggunakan bahan yang mudah didapat di lingkungan sekitar, murah atau dari bahan bekas/ sisa.
- d) Aman (tidak mengandung unsur yang membahayakan anak misalnya, tajam, beracun dan lain-lain).
- e) Alat permainan edukatif hendaknya awet, kuat dan tahan lama (tetap efektif walau cahaya berubah)

f) Mudah dalam pemakaian, menambah kesenangan anak untuk bereksperimen dan bereksplorasi.

g) Dapat digunakan secara individual, kelompok dan klasik

3) Syarat Estetika

Alat permainan edukatif yang dibuat memiliki bentuk yang elastis, ringan (mudah dibawa anak), keserasian ukuran (tidak terlalu besar atau terlalu kecil), warna (kombinasi warna) yang serasi dan menarik.

5. Konsep Anak Usia Sekolah

a. Pengertian

Anak usia sekolah adalah anak usia 6-12 tahun yang sudah dapat mereaksikan rangsangan intelektual atau melaksanakan tugas-tugas belajar yang menuntut kemampuan intelektual atau kemampuan kognitif (Yusuf, 2011). Masa anak usia sekolah (6-12 tahun) merupakan masa berakhirnya kanak-kanak. Anak pada masa ini perhatiannya sudah mengarah kepada penguasaan pengetahuan dan ketrampilan intelektual. Anak sangat bersemangat dan antusias untuk belajar hal-hal baru dan memantapkan kemampuannya tersebut. (Siswanto, 2010).

b. Tumbuh kembang anak usia sekolah

1) Psikososial

Anak usia sekolah berjuang untuk mendapatkan kompetensi dan keterampilan yang penting bagi mereka untuk

berfungsi sama seperti dewasa. Anak usia sekolah yang mendapat keberhasilan positif merasa berharga, dan yang gagal merasa mediokratis (biasa saja) atau perasaan tidak berharga, yang dapat mengakibatkan menarik diri dari sekolah dan sebaya (Potter & Perry, 2010)

2) Pertumbuhan fisik

Berat badan anak laki-laki usia 6 tahun adalah sekitar 21 kg, sedangkan berat badan anak perempuan lebih ringan 1 kg dari anak laki-laki yaitu sekitar 20 kg. Tinggi badan anak usia 6 tahun baik laki-laki maupun perempuan memiliki tinggi badan yang hampir sama, yaitu kurang lebih 115 cm dan setelah usia 12 tahun memiliki tinggi badan 150 cm. Anak usia sekolah mengalami pertumbuhan fisik yang berbeda-beda pada setiap individu, disebabkan oleh faktor genetik dan lingkungan (Kozier, Berman, & Snyder, 2011).

3) Perkembangan kognitif

Menurut Jean Piaget anak usia sekolah berada di tahap operasional konkret, anak sudah cukup matang untuk menggunakan pemikiran logika atau operasi, tetapi hanya untuk objek fisik yang ada saat ini. Dalam tahap ini, anak telah hilang kecenderungan terhadap animism dan articialisme. Egosentrisnya berkurang dan kemampuannya dalam tugas-tugas konservasi menjadi lebih baik. Namun, tanpa objek fisik di hadapan mereka,

anak-anak pada tahap operasional kongkrit masih mengalami kesulitan besar dalam menyelesaikan tugas-tugas logika.

Pada tahap ini anak mengembangkan kemampuan untuk mempertahankan (konservasi), kemampuan mengelompokkan secara memadai, melakukan pengurutan (mengurutkan dari yang terkecil sampai paling besar dan sebaliknya), dan menangani konsep angka. Tetapi, selama tahap ini proses pemikiran diarahkan pada kejadian riil yang diamati oleh anak. Anak dapat melakukan operasi problem yang agak kompleks selama problem itu konkret dan tidak abstrak (Hergenhahn & Olson, 2015).

B. Kerangka Teori

Anak usia sekolah (6-12 tahun) yang akan menjalani operasi memungkinkan mengalami kecemasan atau ansietas. Kecemasan ini dapat menimbulkan ancaman terhadap integritas fisik dan sistem diri. Ancaman ini akan menstimulasi syaraf otonom untuk meningkatkan pelepasan adrenalin (epineprin) sehingga menimbulkan respon kecemasan fisiologis dan psikologis.

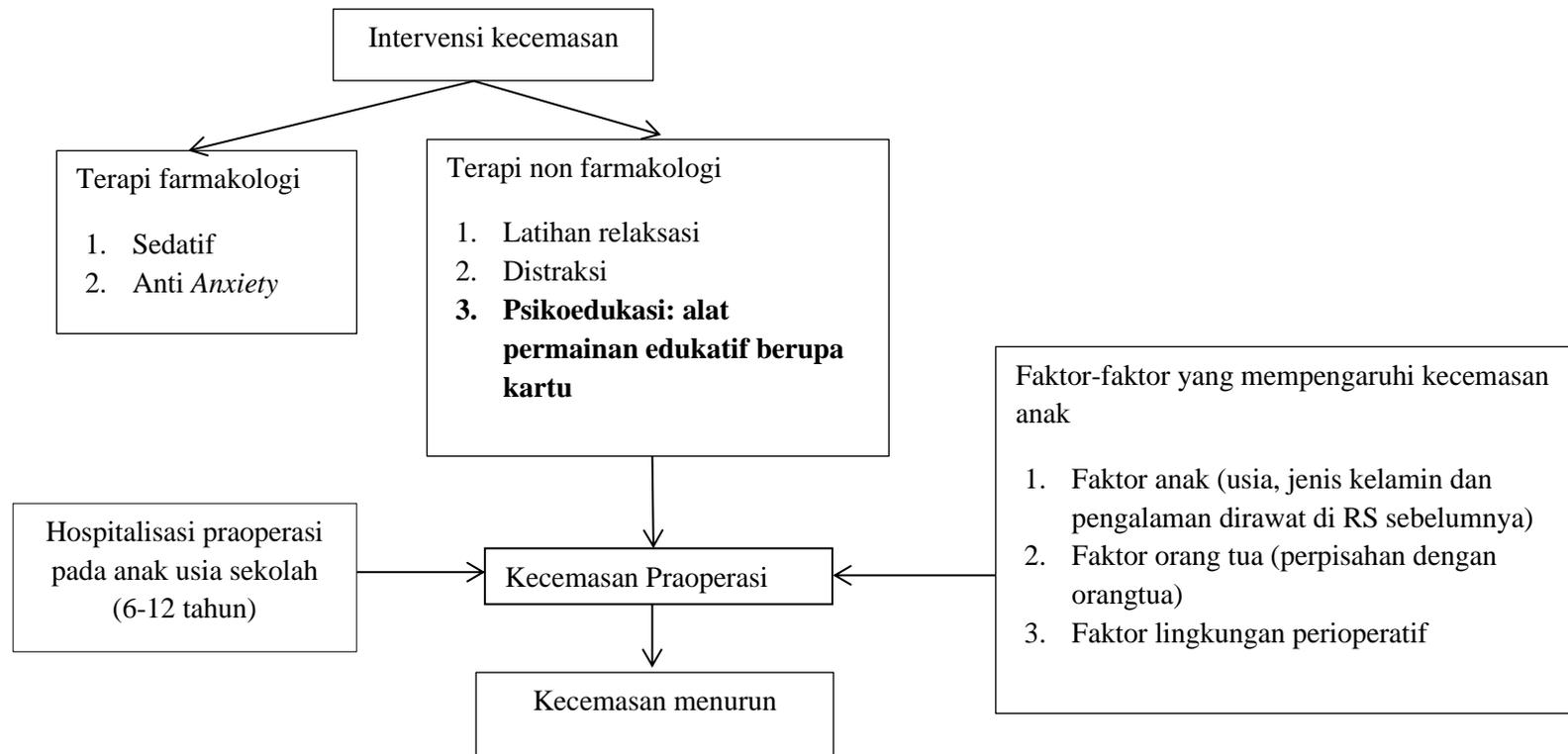
Untuk mengatasi kecemasan praoperasi pada anak usia sekolah dibutuhkan persiapan psikologis yang dapat berupa pendidikan kesehatan praoperasi. Pendidikan kesehatan pra operasi yang diberikan oleh peneliti diharapkan dapat menurunkan kecemasan praoperasi pada anak usia sekolah.

Anak usia sekolah merupakan anak usia 6-12 tahun yang sudah dapat mereaksikan rangsangan intelektual atau melaksanakan tugas-tugas belajar

yang menuntut kemampuan intelektual atau kognitif (Yusuf, 2011). Anak dapat memahami penjelasan sederhana dan mendemonstrasikannya (Potter & Perry,2010).

Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan antara lain faktor anak (usia, jenis kelamin, pengalaman di rawat sebelumnya), faktor orangtua, dan faktor lingkungan perioperatif.

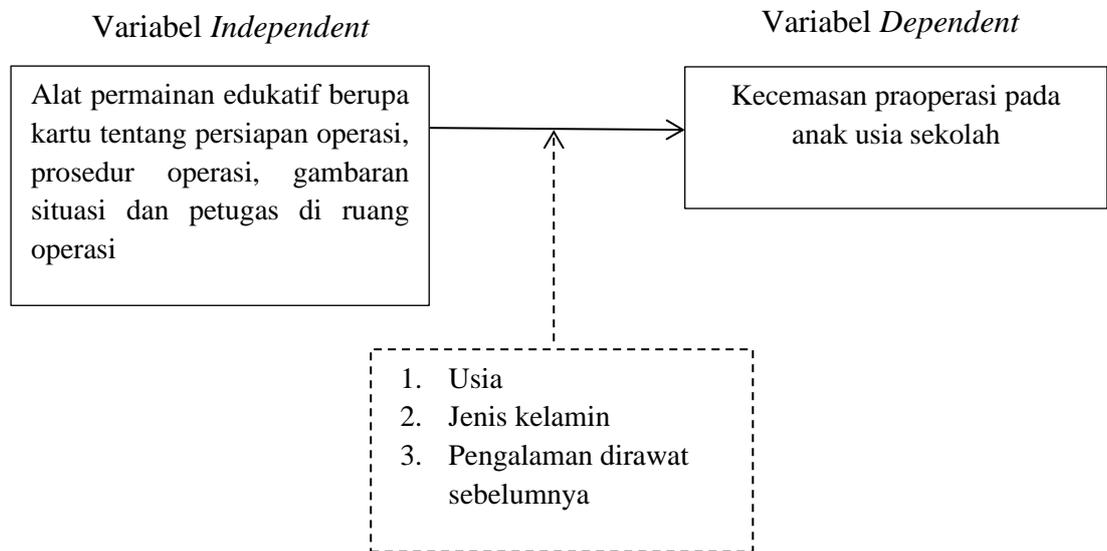
Kerangka teori pada penelitian ini dijelaskan dalam skema dibawah ini.



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber: (Ahmed dkk, 2011), (Stuart, 2016), (Kaplan & Sadock, 2010), (Potter & Perry, 2010)

C. Kerangka Konsep



Keterangan:

: Diteliti

: Tidak diteliti

Gambar 2.2 Kerangka Konsep

D. Hipotesis

(Ha): “Ada pengaruh alat permainan edukatif terhadap kecemasan praoperasi pada anak usia sekolah”

(Ho): “Tidak ada pengaruh alat permainan edukatif terhadap kecemasan praoperasi pada anak usia sekolah”