

**ANALISA PRAKTIK KEPERAWATAN PADA PASIEN AN. M DENGAN  
MIKROCEPHALUS DENGAN INTERVENSI INOVASI MASSAGE  
PUNGGUNG DENGAN AROMATERAPI ROSEMARY TERHADAP  
PENCEGAHAN RESIKO DEKUBITUS DI RUANG PICU  
RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA  
TAHUN 2019**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**



**DI AJUKAN OLEH**

**HAIDAH, S.KEP**

**17111024120136**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN DAN FARMASI**

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

**2019**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**ANALISA PRAKTIK KEPERAWATAN PADA PASIEN AN. M DENGAN  
MIKROCEPHALUS DENGAN INTERVENSI INOVASI *MASSAGE*  
PUNGGUNG DENGAN AROMATERAPI ROSEMARY TERHADAP  
PENCEGAHAN RESIKO DEKUBITUS DI RUANG PICU  
RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA  
TAHUN 2019**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

**DI SUSUN OLEH :**


**HADAH, S.KEP**

**17111024120136**


**Disetujui untuk diujikan**

**Pada tanggal, 16 Januari 2019**

**Pembimbing**

  
**Ns. Fatma Zulaikha, M.Kep**  
**NIDN. 1101038301**

**Mengetahui,  
Koordinator Mata Kuliah Elektif**

  
**Ns. Siti Khoiroh M., M. S.Pd., M.Kep**  
**NIDN. 1115017703**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**ANALISA PRAKTIK KEPERAWATAN PADA PASIEN AN. M DENGAN  
MIKROCEPHALUS DENGAN INTERVENSI INOVASI MASSAGE  
PUNGGUNG DENGAN AROMATERAPI ROSEMARY TERHADAP  
PENCEGAHAN RESIKO DEKUBITUS DI RUANG PICU  
RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA  
TAHUN 2019**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

**DI SUSUN OLEH :**

**HADAH, S.KEP**

**17111024120136**

**Disetujui untuk diujikan**

**Pada tanggal, 16 Januari 2019**

**Penguji I**

**Ns. Herlina Susanti, S.Kep.**  
NIP. 198306012010012021

**Penguji II**

**Ns. Ni Wayan Wiwin A, S.Kep, M.P**  
NIDN. 1114128602

**Penguji III**

**Ns. Fatma Zulaikha, M.Kep**  
NIDN. 1101038301

**Mengetahui,  
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan**



**Ns. Dwi Rahmah Fitriani, M.Kep**  
NIDN : 1119097601

**Analisa Praktik Keperawatan dengan Intervensi Massage Punggung dengan Aromaterapi Rosemary terhadap Pencegahan Resiko Dekubitus pada Pasien An. M dengan Mikrocephalus di Ruang PICU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda**

Haidah<sup>1</sup>, Fatma Zulaikha<sup>2</sup>

**INTISARI**

Perawatan anak di Ruang PICU akan menjadi peristiwa yang sangat traumatik. Dimana anak mendapatkan stressor baik fisik, stressor lingkungan, stressor psikologis dan stressor sosial. Mikrocephalus adalah suatu kondisi ketika otak dan jaringan didalamnya tak dapat berkembang sempurna sehingga pertumbuhan otak bayi lebih kecil dari seharusnya. Salah satu dampak dari mikrocephalus adalah dekubitus yang menyebabkan kelemahan tubuh sebagian bahkan hingga terjadi kelumpuhan yang menyebabkan pasien *bed rest* dalam waktu yang lama. Luka dekubitus merupakan dampak tekanan yang terlalu lama pada area permukaan tulang yang menonjol dan mengakibatkan berkurangnya sirkulasi darah pada area yang tertekan dan lama kelamaan jaringan setempat mengalami iskemik. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pemberian intervensi *massage* dengan minyak *aromaterapi rosemary* posisi untuk mencegah terjadinya luka dekubitus pada pasien stroke. Intervensi keperawatan *massage* aromaterapi rosemary dapat mencegah terjadinya luka dekubitus pada pasien stroke. Tindakan intervensi keperawatan tersebut dapat mereduksi penekanan jaringan dan dapat menjadi tindakan yang efektif untuk mencegah terjadinya luka dekubitus. Hasil penelitian ini didapatkan bahwa *massage* rosemary dapat mencegah terjadinya luka dekubitus.

**Kata kunci** : *Massage*, Rosemary, Mikrocephalus, dekubitus.

---

<sup>1</sup> Mahasiswi Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kaltim

<sup>2</sup> Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kaltim

**Analysis Practice Nursing Intervention Massage with Rosemary  
Aromtherapy to Prevent Skin Event of Wounds Pressure Sores  
Microcephalus Patients in the Pediatric Care Unit RSUD Abdul Wahab  
Sjahranie Samarinda**

Haidah<sup>1</sup>, Fatma Zulaikha<sup>2</sup>

**ABSTRAC**

Care for children in the PICU Room will be a very traumatic event. Where children get physical stressors, environmental stressors, psychological stressors and social stressors. Microcephalus is a condition when the brain and tissue in it cannot develop so that the baby's brain growth is smaller than it should be. One of the effects of microcephalus is decubitus which causes partial body weakness and even paralysis that causes the patient to rest for a long time. Decubitus wounds are the effects of prolonged pressure on the protruding area of the bone surface and result in reduced blood circulation in the depressed area and over time the local tissue experiences ischemia. This study was conducted to determine the provision of massage interventions with rosemary aromatherapy oil position to prevent the occurrence of pressure sores in stroke patients. The rosemary aromatherapy massage nursing intervention can prevent the occurrence of pressure sores in stroke patients. Nursing intervention measures can reduce tissue pressure and can be an effective action to prevent the occurrence of pressure sores. The results of this study found that rosemary massage can prevent decubitus sores.

Keywords : Massage, Aromatherapy, Microcephaly, Pressure sores.

---

<sup>1</sup> Student Nurses Studies Program, Muhammadiyah University of East Kalimantan

<sup>2</sup> Lecturer In Nursing Science Study Program Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur.

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Tahapan tumbuh kembang menjadi suatu proses yang unik bagi anak. Akan tetapi dalam proses tumbuh kembang tidak selamanya berjalan mulus, terkadang anak mengalami gangguan kesehatan sehingga mengharuskan anak dirawat di rumah sakit (hospitasisasi). Periode hospitasisasi dan perawatan anak di rumah sakit menjadi tahapan kritis pertama yang harus dilalui anak (Hocberry & Wilson, 2014).

Anak yang di rawat di rumah sakit terpaksa menjalani beberapa perawatan dan pemeriksaan diagnostik, tindakan terapeutik, berteman dengan orang baru yang tentunya akan asing bagi anak, kehilangan kontrol dan berpisah dengan anggota keluarga sementara. Akibatnya anak tentu akan menjadi dan mengalami krisis besar dalam kehidupan. Terlebih lagi anak harus dihadapkan pada masalah kesehatan dan penyakit kritis yang membutuhkan perawatan intensif di *Pediatric Care Unit* (PICU) (Hocberry & Wilson, 2014).

Perawatan anak di Ruang PICU akan menjadi peristiwa yang sangat traumatik (Hockbery & Wilson, 2014). Dimana anak mendapatkan stressor baik fisik, stressor lingkungan, stressor psikologis dan stressor sosial. Stressor fisik yang dialami anak antara lain nyeri dan rasa tidak nyaman akibat tindakan invasif, seperti penyuntikan, intubasi, penghisapan lendir,

penggantian balutan, permasalahan deprivasi tidur, ketidakmampuan makan dan minum dan perubahan eliminasi. Pada anak kerusakan jaringan akibat imobilisasi dan tekanan peralatan medis terhadap kulit menjadi resiko luka tekan (Willock, 2009). Kejadian ini rentan terjadi pada anak terutama dengan anak yang mengalami penyakit serius seperti mikrocephalus.

Microcephalus adalah suatu kondisi ketika otak dan jaringan didalamnya tak dapat berkembang sempurna sehingga pertumbuhan otak bayi lebih kecil dari seharusnya. Kondisi tersebut juga memengaruhi perkembangan tempurung kepala. Etiologi dari mikrocephalus antara lain terjadinya infeksi pada saat dalam kandungan, malnutrisi, ibu hamil yang memakai narkoba atau alkohol, penurunan suplai darah menuju otak, penurunan suplai oksigen ke otak (Sylvia, 2015).

Kondisi mikrocephalus pada anak menyebabkan berbagai masalah atau manifestasi yang ditunjukkan dengan anak sering menangis, kejang, gangguan penglihatan, gangguan berbicara, gangguan mental, gangguan gerak dan keseimbangan tubuh, hilang pendengaran, panjang badan rendah, terhambatnya perkembangan bayi untuk belajar berdiri, duduk, atau berjalan, kesulitan menelan makanan, hiperaktif, yaitu kondisi di mana anak sulit fokus terhadap satu objek dan sulit untuk duduk dengan tenang. Gangguan mobilitas fisik pada anak dengan mikrocephalus menyebabkan anak harus bedrest dan menyebabkan resiko gangguan pada kulit yang memivu masalah pada kulit anak (Hockenbery,& Wilson, 2014).

Luka tekan (*pressure sores*, bersores atau luka dekubitus) merupakan area tertentu yang mengalami kerusakan atau trauma dan jaringan dibawahnya, yang disebabkan oleh tekanan, gesekan atau robekan (Schindler, 2011). Insiden ulkus dekubitus pada bayi dan anak dengan penyakit kritis mencapai 18% sampai 27% (Groveld, 2015). Anak-anak yang memiliki usia diatas 2 tahun memiliki potensi perkembangan luka tekan meyerupai pada orang dewasa yang cenderung terjadi pada area sakrum dan tumit (Groenveld, 2015).

Faktor terbesar potensi terjadinya luka tekan pada pasien yang dirawat di PICU adalah akibat penurunan kebutuhan ventilasi, lama perawatan di PICU selama 4 hari bahkan lebih, pemberian obat inotropik, gangguan mobilitas, penurunan kesadaran, defisit nutrisi, edema, dan peralatan rumah sakit yang menekan area tubuh tertentu (Butler, 2008). Hasil penelitian Suheri (2009) menunjukkan bahwa lama hari rawat dalam terjadinya luka dekubitus pada pasien immobilisasi 88,8% muncul luka dekubitus dengan rata-rata lama hari rawat pada hari ke lima perawatan. Jaringan kutan menjadi rusak atau hancur, mengarah pada pengrusakan progresif dan nekrosis dari jaringan lunak dibawahnya (Potter dan Perry 2014).

Penelitian yang mengeksplorasi perkembangan luka tekan pada populasi anak lebih terbatas dibandingkan dengan populasi dewasa. Fenomena luka tekan ini dianggap sebagai kondisi yang lazim terjadi pada orang dewasa. Meskipun demikian insiden yang terjadi pada anak-anak



merupakan fenomena yang sering terjadi terutama anak yang mendapatkan perawatan intensif (Jones, 2010).

Mempertahankan integritas kulit di lingkungan perawatan kritis seringkali terabaikan karena perawat lebih berfokus pada masalah yang mengancam kehidupan dan hal itu dinilai sebagai masalah yang lebih prioritas. Banyaknya tindakan invasif dan terapi yang harus diberikan juga menjadi alasan terabaikannya perawatan integritas kulit pada anak di ruang PICU. Sedangkan dampak dari luka dekubitus ini cukup serius.

Hal ini tentu menjadi problem yang cukup serius apabila tidak mendapatkan penanganan yang baik, karena mengakibatkan meningkatnya biaya perawatan dan memperlambat program penyembuhan bagi penderita sekaligus memperberat penyakit primer dan mengancam kehidupan pasien. Perlu pemahaman cukup tentang ulkus dekubitus agar diagnosa dapat ditegakkan secara dini sehingga penatalaksanaan dapat dilakukan dengan segera dan tepat serta dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya ulkus dekubitus tersebut (Wilhelmi, 2008 dalam Hastuti dkk, 2013).

Luka dekubitus merupakan dampak tekanan yang terlalu lama pada area permukaan tulang yang menonjol dan mengakibatkan berkurangnya sirkulasi darah pada area yang tertekan dan lama kelamaan jaringan setempat mengalami iskemik, hipoksia dan menjadi nekrosis (*European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure ulcer advisory panel, 2009*).

Pada kasus dekubitus dapat dilakukan penatalaksanaan farmakologis dan non farmakologis. Menurut Carolina (2014) cara pencegahan ulkus

dekubitus dapat dilakukan dengan tehnik manajemen tekanan (termasuk *shear* dan *friction*) dengan cara perubahan posisi minimal setiap 2 jam, permukaan yang mendukung (*support surfaces*), perawatan kulit dan manajemen status nutrisi pasien.

Beberapa penatalaksanaan non farmakologis untuk mencegah terjadinya dekubitus diantaranya adalah perawatan kulit berupa *massage* kulit dengan Lotion/minyak tertentu. Tindakan yang terpenting dalam menjaga integritas kulit adalah menjaga hidrasi kulit dalam batas wajar (tidak terlalu lembab atau kering) (Roeslii, 2008). Menurut *Registered Nurse's Association of Ontario* (RNAO) (2005), Salah satu intervensi dalam menjaga integritas kulit adalah dengan cara memberikan pelembab lubrikan seperti lotion, krem dan saleb rendah alkohol atau menggunakan barier pelindung kulit seperti *liquid barrier films*, *transparent films* dan *hydrocolloids*

Integritas kulit yang normal dapat dipertahankan dengan memberikan massase. *Massage* adalah suatu pemijatan ditepuk-tepuk pada bagian tubuh tertentu dengan tangan atau alat-alat khusus untuk memperbaiki sirkulasi, metabolisme, melepaskan perlekatan dan melancarkan peredaran darah sebagai cara pengobatan (Roesli, 2008). Tujuan dari tindakan *massage* adalah untuk meningkatkan sirkulasi pada daerah yang di *massage*, meningkatkan relaksasi, menjaga keadaan kondisi kulit (Pupung, 2009).

Efektifitas *massage* sudah dibuktikan dari penelitian yang dilakukan oleh Syapitri, Siregar dan Ginting (2017), dimana *massage* efektif untuk

mencegah luka dekubitus didapatkan hasil perubahan derajat dekubitus stage 4 menjadi 2 dan 3 dengan durasi 5-15 menit selama 7 hari berturut-turut.

*Massage* dengan menggunakan Rosemary yang mengandung asam lemak oleat yang dapat memelihara kelembapan, kelenturan, serta kehalusan kulit. minyak atsiri dari rosmery mengandung hingga 80% hidrofil dapat mengenyalkan kulit dan melindungi elastis kulit dari kerusakan (Grovel, 2015). Penelitian yang dilakukan Carolina (2014) menunjukkan bahwa aplikasi topikal asam lemak esensial melalui *massage* dengan aromaterapy meningkatkan hidrasi dan elastisitas kulit serta membantu mencegah terjadinya luka tekan pada pasien dengan status gizi buruk.

Terkait dengan peran perawat dalam upaya pencegahan luka tekan, Potter and Perry (2015) menyatakan ada 3 (tiga) area intervensi keperawatan utama dalam pencegahan luka tekan yakni (pertama) perawatan kulit yang meliputi perawatan hygiene dan pemberian topikal, (kedua) pencegahan mekanik dan dukungan permukaan yang meliputi penggunaan tempat tidur, pemberian posisi dan kasur terapeutik dan (ketiga) edukasi.

Penelitian Wasito (2014) menunjukkan bahwa asam lemak esensial dalam rosemary dapat melindungi kulit terhadap *shear* dan *friction* serta dapat menurunkan hiperproliferasi pertumbuhan kulit yang mengarah pada terbentuknya ulkus dekubitus atau luka tekan pada pasien *bedrest* di Rumah Sakit, asam lemak esensial atau minyak atsiri diperoleh dari penyulingan daun rosemary (Wasisto, 2012). Penelitian yang dilakukan Sari

dan Agustina Widyastuti (2016) menunjukkan Pengaruh *Aromatherapy Message Rosemary* terhadap pencegahan *Ulkus Dekubitus* pada Bayi Berat Badan Lahir Rendah.

Di Indonesia, pekerjaan perawat melaksanakan tugasnya bersumber pada kebutuhan pasien, dan terhadap tugas perawat mengutamakan perlindungan dan keselamatan pasien. Dengan demikian, melakukan penelitian terhadap aspek perawatan kulit untuk mencegah luka tekan adalah peran perawat dalam upaya mencari *evidence based* terbaik dalam perawatan pasien dan bentuk pelaksanaan kode etik keperawatan di Indonesia (Nursalam, 2012).

Data kasus dekubitus pada anak yang dirawat di Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tidak ditemukan kondisi dekubitus 3 bulan terakhir dari bulan Oktober sampai Desember 2018. Akan tetapi hasil pengkajian pasien di ruang PICU tanggal 21 Desember 2018 pada anak M ditemukan luka dekubitus daerah sakrum selama perawatan di rumah, sehingga dalam hal ini perawat melakukan tindakan agar dekubitus tidak semakin parah.

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik melakukan analisis praktik klinik keperawatan pada pasien mikrocephalus dengan pemberian tindakan keperawatan *massage* punggung dengan Aromaterapi Rosemary pada pasien Mikrocephalus di ruang PICU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

## **A. Perumusan Masalah**

Bagaimanakah gambaran analisa penatalaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Mikrosefalus dengan intervensi unggulan pengaruh *massage* Punggung dengan Aromaterapi Rosemary pada pasien Mikrosefalus terhadap terjadinya luka dekubitus di Ruang PICU RSUD Abdul Wahab Syahranie Samarinda ?

## **C. Tujuan Penelitian**

### 1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan pada pasien Mikrosefalus dengan intervensi Pengaruh *Massage* Punggung dengan Aromaterapi *Rosemary* pada Pasien An. M dengan Mikrosefalus untuk Mencegah terjadinya Luka Dekubitus di Ruang PICU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis kasus kelolaan pada pasien dengan diagnosa medis Mikrosefalus
- b. Menganalisis intervensi Pengaruh *Massage* Punggung dengan Aromaterapi Rosemary Pada Pasien An. M Dengan Mikrosefalus untuk mencegah terjadinya Luka Dekubitus di Ruang PICU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

## **B. Manfaat Penelitian**

### 1. Bagi penulis

Sebagai sarana untuk mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang didapat selama perkuliahan khususnya dibidang keperawatan tentang Pengaruh *Massage* Punggung dengan Aromaterapi Rosemary Pada Pasien An. M dengan Mikrocephalus untuk mencegah terjadinya Luka Dekubitus di Ruang PICU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

### 2. Bagi insitisi pendidikan

- a. Menambah khasanah kepustakaan dibidang ilmu kesehatan yaitu dalam bidang ilmu keperawatan terutama keperawatan anak dalam menambah referensi intervensi keperawatan mandiri.
- b. Sebagai bahan masukan bagi pihak-pihak yang berkepentingan langsung dalam Karya Tulis Ilmiah ini untuk tenaga kesehatan khususnya keperawatan anak.

### 3. Bagi rumah sakit

- a. Hasil karya tulis ilmiah ini dapat digunakan sebagai tambahan referensi karya ilmiah yang bertujuan untuk mengembangkan ilmu kesehatan khususnya dibidang keperawatan.
- b. Agar dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan, khususnya pada pasien mikrosefalus dengan tirah baring lama.

4. Bagi profesi keperawatan

Menghadirkan laporan aplikasi hasil riset jurnal khususnya tentang pengaruh *Massage* Punggung dengan Aromaterapi Rosemary Pada Pasien An. M dengan Mikrocephalus untuk mencegah terjadinya Luka Dekubitus di Ruang PICU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

## **BAB II**

### **TINJUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Teori**

##### **1. Mikrocephalus**

###### **a. Pengertian Mikrocephalus**

Microcephalus merupakan kondisi langka dimana sistem saraf tidak normal yang menyebabkan ukuran kepala bayi jauh lebih kecil dibandingkan ukuran normal pada umumnya. Biasanya kondisi menjadi hasil dari perkembangan otak yang tidak normal ketika bayi di dalam rahim atau bisa juga otak tidak berkembang sebagaimana mestinya setelah dilahirkan (Manjoer, 2012).

###### **b. Penyebab Mikrocephalus**

Microcephalus ialah hasil perkembangan otak yang tidak normal yang dapat terjadi saat bayi masih berada di dalam rahim atau setelah keluar dari perut ibu. Beberapa penyebab microcephalus yakni sebagai berikut ini:

- 1) Paparan narkoba, alkohol, dan racun kimia pada Rahim
- 2) Kromosom tidak normal
- 3) Malnutrisi parah
- 4) Menurunnya kadar oksigen ke otak janin
- 5) Craniosynostosis yang berarti peleburan persendian antar lempeng tulang tengkorak yang terlalu cepat.



6) Genetis atau faktor keturunan karena adanya gen yang tidak normal dalam satu keluarga

7) Lingkungan, seperti infeksi virus, parasit, dan sebagainya.

c. Diagnosa

Diagnosa bisa diartikan sebagai langkah dokter untuk mengenal penyakit atau kondisi kesehatan tertentu berdasarkan riwayat penyakit, gejala dan tanda klinis yang dialami oleh pasien serta pemeriksaan penunjang jika diperlukan. Tindakan yang umumnya dilakukan dokter untuk mendiagnosis *microcephaly* yaitu memeriksa rekam medis pasien sebelum dilahirkan, sesudah dilahirkan, dan catatan medis riwayat keluarga. Selain itu, *microcephaly* juga dapat dilihat sebelum bayi dilahirkan dengan uji pencitraan USG.

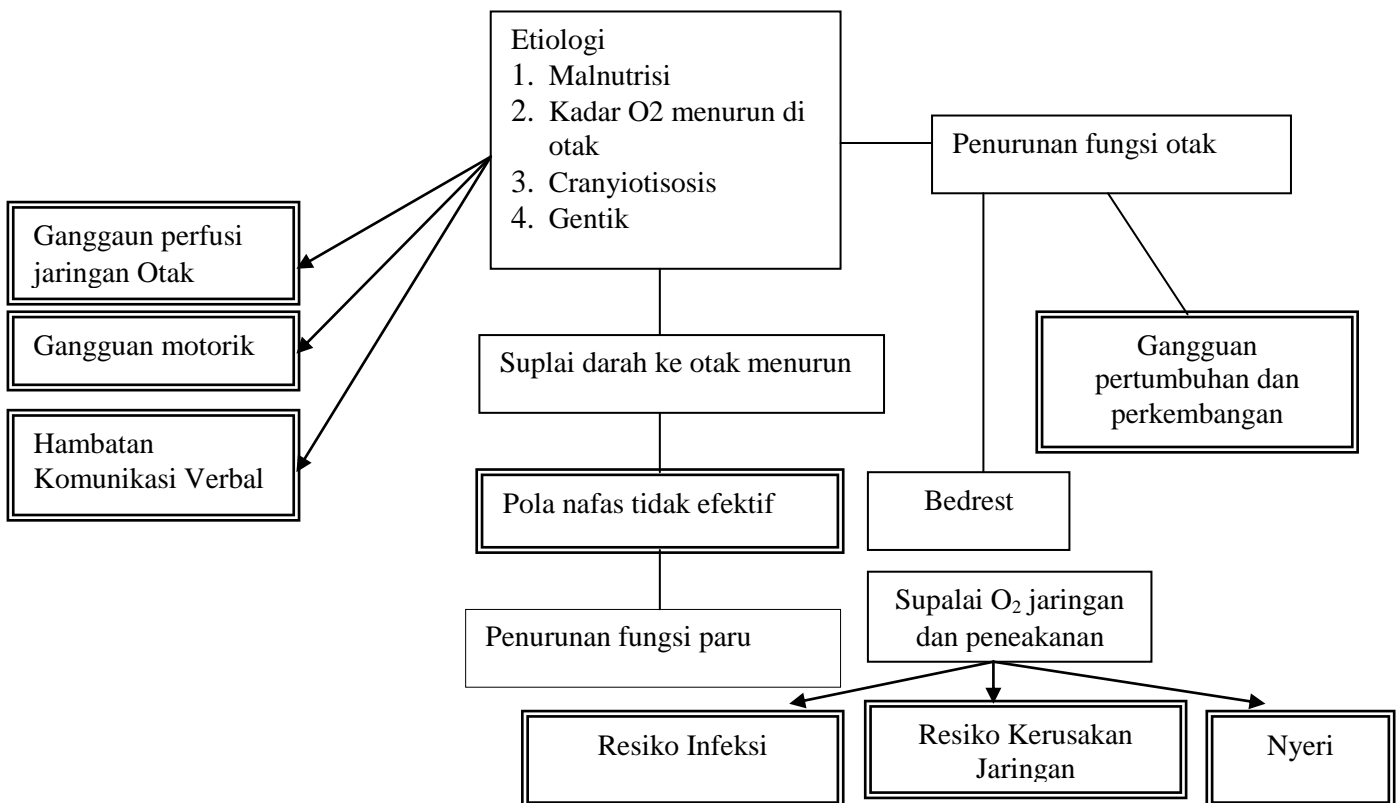
Hasil pengujian ini akan memperlihatkan ukuran kepala bayi lebih kecil dari ukuran seharusnya di dalam kandungan. Kemudian, dokter akan melakukan pemeriksaan fisik pada pasien dan melakukan pengukuran kepala pasien. Apabila telah melakukan pemeriksaan secara fisik, dokter akan meminta pasien untuk menjalani uji pencitraan kepala seperti MRI, tes darah dan CT Scan.

d. Pathofisiologi.

Otak dilapisi oleh tiga lapisan, yaitu: duramater, arachnoid, dan piamater. Cairan otak dihasilkan di dalam pleksus choroid ventrikel bergerak/mengalir melalui sub arachnoid dalam sistem

ventrikuler dan seluruh otak dan sumsum tulang belakang, direabsorpsi melalui villi arachnoid yang berstruktur seperti jari-jari di dalam lapisan subarachnoid. Organisme masuk ke dalam aliran darah dan menyebabkan reaksi radang di dalam meningen dan di bawah korteks, yang dapat menyebabkan trombus dan penurunan aliran darah serebral. Jaringan serebral mengalami gangguan metabolisme akibat eksudat meningen, vaskulitis dan hipoperfusi. Eksudat purulen dapat menyebar sampai dasar otak dan medula spinalis.

e. Pathway Microcephalus



f. Komplikasi.

Komplikasi jangka panjang dari ensefalitis berupa sekuele neurologikus yang nampak pada 30 % anak dengan berbagai agen penyebab, usia penderita, gejala klinik, dan penanganan selama perawatan. Perawatan jangka panjang dengan terus mengikuti perkembangan penderita dari dekat merupakan hal yang krusial untuk mendeteksi adanya sekuele secara dini. Walaupun sebagian besar penderita mengalami perubahan serius pada susunan saraf pusat (SSP), komplikasi yang berat tidak selalu terjadi.

Komplikasi pada SSP meliputi tuli saraf, kebutaan kortikal, hemiparesis, quadriparesis, hipertonia muskolorum, ataksia, retardasi mental dan motorik, gangguan belajar, mikrocephalus hidrocefalus obstruktif, dan atrofi serebral.

g. *Symptom* atau gejala sabagai berikut:

- 1) Kejang.
- 2) *Mental confussion*.
- 3) Penurunan kesadaran hingga koma.
- 4) Demam.
- 5) Kadang mual dan muntah.
- 6) Nyeri kepala.

## 2. Konsep Tumbuh Kembang anak

### a. Defenisi tumbuh kembang

Pertumbuhan (*growth*) merupakan peningkatan jumlah dan besar sel diseluruh bagian tubuh selama sel-sel tersebut membelah diri dan menyintesis protein-protein baru. Menghasilkan penambahan jumlah berat secara keseluruhan atau sebagian (Soedjiningsih, 2010).

Pertumbuhan adalah perubahan secara fisiologis sebagai hasil dari proses pematangan fungsi-fungsi fisik yang berlangsung secara normal pada anak yang sehat pada waktu yang normal. Pertumbuhan dapat juga diartikan sebagai proses transmisi dari konstitusi fisik (keadaan tubuh atau keadaan jasmaniah) yang herediter dalam bentuk proses aktif secara berkesinambungan. Jadi, pertumbuhan berkaitan dengan perubahan kuantitatif yang menyangkut peningkatan ukuran dan struktur biologis (Wong, 2009).

Perkembangan (*development*), adalah perubahan secara berangsur-angsur dan bertambah sempurnanya fungsi alat tubuh, meningkat dan meluasnya kapasitas seseorang melalui pertumbuhan, kematangan, atau kedewasaan, dan pembelajaran (Wong, 2009).

### b. Tahapan Tumbuh Kembang

Tahap tumbuh kembang anak secara garis besar dibagi menjadi dua, yaitu (Wong, 2009) :

Tahap tumbuh kembang usia 0-6 tahun, terbagi atas :

- 1) Masa Pranatal mulai masa embrio (mulai konsepsi-8 minggu), masa fetus (9 minggu sampai lahir),
- 2) Masa Pascanatal mulai dari masa neonatus (0-28 hari), masa bayi (29 hari-1 tahun), masa anak (1-2 tahun), dan masa prasekolah (3-6 tahun).

Tahap tumbuh kembang usia 6 tahun keatas, terdiri atas

- 1) Masa Sekolah (6-12 tahun)
  - 2) Masa Remaja (12-18 tahun)
- c. Tahap tumbuh kembang anak sekolah

1) Defensi Anak Usia Sekolah

Anak usia sekolah adalah anak yang berusia 6-12 tahun, memiliki fisik lebih kuat mempunyai sifat individual serta aktif dan tidak bergantung dengan orang tua. Banyak ahli menganggap masa ini sebagai masa tenang atau masa latent, di mana apa yang telah terjadi dan dipupuk pada masa-masa sebelumnya akan berlangsung terus untuk masa-masa selanjutnya (Gunarsa 2016).

Menurut Wong (2009), anak sekolah adalah anak pada usia 6-12 tahun, yang artinya sekolah menjadi pengalaman inti anak. Periode ketika anak-anak dianggap mulai bertanggung jawab atas perilakunya sendiri dalam hubungan dengan orang

tua, teman sebaya, dan orang lain. Usia sekolah merupakan masa memperoleh dasar-dasar pengetahuan untuk keberhasilan penyesuaian diri pada kehidupan dewasa dan memperoleh keterampilan tertentu.

Menurut Dharma & Andriyanto (2010) masa sekolah adalah periode ketika anak dianggap mulai dapat bertanggung jawab atas perilakunya sendiri, dalam hubungannya dengan orang tua mereka, teman sebaya dan orang-orang lainnya. Periode emas dan penting dalam mendorong pembentukan harga diri yang akan menjadi modal memasuki masa remaja yang percaya diri. Artinya sekolah menjadi pengalaman inti anak-anak usia ini, yang menjadi titik pusat perkembangan fisik, kognitif dan psikososial.

Antara usia 7-12 tahun, yaitu pada tahapan operasional konkret, anak-anak menguasai berbagai konsep konservasi untuk melakukan manipulasi logis lainnya. Misalnya, menyusun benda berdasarkan dimensi, seperti tinggi dan berat, membentuk penyajian mental mengenai serangkaian tindakan. Anak-anak yang berumur lima tahun dapat mencari jalan sendiri ke rumah temannya tetapi tidak dapat menunjukkan kepada anda atau menelusuri rute atau menelusuri dengan kertas dan pensil. Mereka dapat mencari jalan karena mereka tahu harus

membelok pada tempat-tempat tertentu, tetapi mereka tidak mempunyai gambaran rute secara keseluruhan (Wong, 2009).

Sebaliknya anak-anak berumur 8 tahun dapat menggambar peta rute. Piaget menamakan masa ini tahapan operasional konkret: meskipun anak-anak memakai istilah abstrak, mereka hanya memakai dalam hubungannya dengan objek yang konkret. Sebelum mencapai tahapan akhir perkembangan kognitif, pada tahapan operasional formal, yang dimulai sekitar usia 11 sampai 12 tahun, anak-anak sanggup berfikir logis dengan berbagai istilah simbolik murni.

Stadium pemahaman moral piaget ketiga dimulai pada sekitar waktu ini. Anak mulai menghargai bahwa beberapa peraturan adalah kebiasaan sosial-persetujuan bersama yang dapat sekehandak hati diputuskan dan di ubah jika semua setuju (Wong, 2009).

Menurut Yusuf (2009) pada awal periode ini (usia 6 tahun) anak-anak ini masih terlihat seperti anak kecil. Namun di akhir periode ini (sekitar usia 12 tahun) anak-anak ini sudah berubah dan mulai tampak seperti orang dewasa.

## 2) Tahap-tahap Tumbuh kembang anak Usia Sekolah

Tahapan ini dimulai sejak anak berusia 6 tahun sampai organ-organ seksualnya masak. Kematangan seksual ini sangat bervariasi baik antar jenis kelamin maupun antar budaya

berbeda. Berdasarkan pembagian tahapan perkembangan anak, ada dua masa perkembangan pada anak usia sekolah, yaitu pada usia 6-9 tahun atau masa kanak-kanak tengah dan pada usia 10-12 tahun atau masa kanak-kanak akhir. Setelah menjalani masa kanak-kanak akhir, anak akan memasuki masa remaja (Wong, 2009).

Menurut Gunarsa (2016) pada usia sekolah, anak memiliki karakteristik yang berbeda dengan anak-anak yang usianya lebih muda. Perbedaan ini terlihat dari aspek fisik, mental-intelektual, dan sosial-emosial anak. Pertumbuhan fisik pada anak usia sekolah tidak secepat pada masa - masa sebelumnya. Anak akan tumbuh antara 5-6 cm setiap tahunnya.

Pada masa ini, terdapat perbedaan antara anak perempuan dan anak laki-laki. Namun, pada usia 10 tahun ke atas pertumbuhan anak laki-laki akan menyusul ketertinggalan mereka. Perbedaan lain yang akan terlihat pada aspek fisik antara anak laki-laki dan perempuan adalah pada bentuk otot yang dimiliki. Anak laki-laki lebih berotot dibandingkan anak perempuan yang memiliki otot lentur (Gunarsa 2016).

Pada masa pertengahan dan akhir anak-anak merupakan periode pertumbuhan fisik yang lambat dan relatif seragam sampai mulai terjadi perubahan-perubahan pubertas, kira-kira dua tahun menjelang anak menjadi matang secara seksual, pada



masa ini pertumbuhan berkembang pesat. Oleh karena itu, masa ini sering disebut juga sebagai “periode tenang” sebelum pertumbuhan yang cepat menjelang masa remaja, meskipun merupakan masa tenang, tetapi hal ini tidak berarti bahwa pada masa ini tidak terjadi proses pertumbuhan fisik yang berarti (Soedjiningsih, 2010).

### 3) Ciri pertumbuhan anak usia sekolah

#### a) Aspek kognitif

Tumbuh kembang anak usia sekolah 6-12 tahun disebut tahap Operasional Konkret. Anak memiliki kecakapan berpikir logis, namun hanya pada benda-benda bersifat konkret. Di rentang usia ini, perkembangan anak ditandai dengan tiga kemampuan baru; kemampuan mengklasifikasikan atau mengelompokkan, menyusun, dan mengasosiasikan atau menghubungkan angka dan bilangan (Soedjiningsih, 2010).

Kemampuan anak dalam hal yang berkaitan dengan angka, seperti penambahan, pengurangan, perkalian, pembagian, sudah meningkat. Begitupun dengan kemampuan anak untuk memecahkan suatu permasalahan sederhana, sudah semakin meningkat. Untuk mengembangkan daya nalarnya, Anda bisa melatih anak

mengungkapkan pendapatnya terhadap berbagai hal, termasuk peristiwa yang terjadi di sekitarnya (Wong, 2009)

b) Aspek motorik

Jika di masa bayi dan balita perkembangan fisik jelas terlihat dan sangat cepat. Maka di rentang usia tumbuh kembang anak usia sekolah 6-12 tahun ini, perkembangan atau perubahan fisiknya lebih berjalan lambat. Misalnya pada periode awal (usia 6 tahun), fisik anak masih terlihat seperti anak kecil. Namun saat menginjak usia 12 tahun, fisiknya sudah mulai berubah seperti orang dewasa. Keterampilan motoriknya sudah siap dalam menerima pelajaran seperti menulis, menggambar, melukis, berenang, dan kegiatan atletik lainnya (Yusuf, 2009).

c) Aspek Emosional-sosial

Tumbuh kembang anak usia sekolah 6-12 tahun bisa dikatakan sebagai penentu apakah ia bisa berkembang lebih percaya diri atau malah rendah diri. Ketika masuk ke sekolah, maka ia akan masuk ke lingkungan sosial baru dan tentunya lebih luas. Dia tidak lagi berhadapan dengan orangtua, saudara atau keluarganya, tetapi anak-anak lain dengan beragam kepribadian (Wong, 2009).

Jika anak tidak dapat bersosialisasi dengan baik karena ia merasa tidak mampu, maka anak akan mengembangkan sikap rendah diri. Anak yang rendah diri ini tidak akan pernah menyukai belajar atau melakukan tugas-tugas bersifat intelektual (Soedjiningsih, 2010).

Sebagai orangtua harus bisa menyiapkan anak agar benar-benar siap menghadapi lingkungan sekolah. Bisa dengan memasukkannya ke kelompok bermain ataupun taman kanak-kanak, karena di sini anak akan disiapkan untuk masuk ke pendidikan selanjutnya. Di kelompok bermain anak bisa belajar dan mengembangkan kemampuan bersosialisasinya. Selain itu, orangtua harus mendukung anak dan menyemangati anak serta memotivasinya agar bisa berkembang lebih baik. Hindari juga memberikan kritikan yang berlebihan, lalu galilah minat anak (Dharma & Andriyanto, 2010).

#### 4) Faktor yang mempengaruhi Tumbuh Kembang Anak

Menurut Hidayat (2015) dalam proses pertumbuhan dan perkembangan pada anak setiap individu akan mengalami siklus berbeda setiap kehidupan manusia. Peristiwa tersebut dan secara cepat maupun lambat tergantung dari individu atau lingkungan. Proses percepatan dan perlambatan tersebut dapat

dipengaruhi oleh beberapa faktor, di antaranya (Hidayat 2005):

a) Faktor Heraditer

Merupakan faktor yang dapat diturunkan sebagai dasar dalam mencapai tumbuh kembang anak di samping faktor lain.. Faktor ini dapat ditentukan dengan intensitas dan kecepatan dalam pembelahan sel telur, tingkat sensitivitas jaringan terhadap rangsangan, umur pubertas, dan berhentinya pertumbuhan tulang (Hidayat, 2015).

Pada pertumbuhan dan perkembangan anak pada jenis laki-laki setelah lahir akan cenderung lebih cepat atau tinggi pertumbuhan tinggi badan dan berat badan 21 dibandingkan dengan anak perempuan akan bertahan sampai usia tertentu mengingat anak perempuan akan mengalami pubertas lebih dahulu dan kebanyakan anak perempuan akan mengalami pertumbuhan yang lebih tinggi dan besar ketika masa pubertas dan begitu juga sebaliknya di saat anak laki-laki mencapai pubertas maka laki-laki akan cenderung lebih besar (Hidayat, 2015).

Ras atau suku bangsa juga memiliki peran dalam pertumbuhan dan perkembangan. Hal ini dapat dilihat pada suku bangsa tertentu memiliki kecenderungan lebih besar atau tinggi seperti bangsa Asia cenderung lebih pendek dan

kecil dibandingkan dengan bangsa Eropa atau lainnya (Gunarsa, 2016).

b) Faktor Lingkungan

Merupakan faktor yang memegang peran penting dalam menentukan tercapai dan tindakan potensi yang sudah dimiliki. Yang termasuk faktor lingkungan ini dapat meliputi lingkungan pranatal, lingkungan yang masih dalam kandungan dan lingkungan post natal yaitu lingkungan setelah bayi lahir (Hidayat, 2015).

c) Budaya Lingkungan

Budaya lingkungan dalam hal ini adalah masyarakat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak dalam memahami atau mempersiapkan pola hidup sehat. Hal ini dapat terlihat apabila kehidupan atau perilaku mengikuti budaya yang ada kemungkinan besar dapat menghambat dalam aspek pertumbuhan dan perkembangan. Sebagai contoh anak yang dalam usia tumbuh kembang membutuhkan makanan yang bergizi, maka tentu akan mengganggu atau menghambat pada masa tumbuh kembang (Wong, 2009).

d) Status Sosial Ekonomi

Status sosial ekonomi juga dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Hal ini dapat terlihat anak dengan sosial ekonomi tinggi, tentunya pemenuhan kebutuhan gizi sangat cukup baik dibandingkan dengan anak dengan sosial ekonomi rendah. Demikian juga dengan status pendidikan keluarga, misalnya tingkat pendidikan rendah akan sulit untuk menerima arahan dalam pemenuhan gizi dan mereka sering tidak mau atau tidak meyakini pentingnya pemenuhan kebutuhan gizi atau pentingnya pelayanan kesehatan lain yang menunjang dalam pembantu pertumbuhan dan perkembangan anak (Hidayat, 2015).

e) Nutrisi

Salah satu komponen yang penting dalam menunjang keberlangsungan proses pertumbuhan dan perkembangan yang menjadi kebutuhan untuk tumbuh dan berkembang selama pertumbuhan, terdapat zat gizi yang diperlukan seperti protein, karbohidrat, lemak, mineral, vitamin, dan air. Kebutuhan ini sangat diperlukan pada masa-masa tersebut, apabila kebutuhan tersebut tidak atau kurang

terpenuhi maka akan menghambat pertumbuhan dan perkembangan (Hidayat, 2015).

f) Iklim atau Cuaca

Iklim atau cuaca ini berperan dalam pertumbuhan dan perkembangan. Hal ini dapat dilihat pada musim tertentu pula terkadang kesulitan mendapatkan makanan yang bergizi seperti saat musim kemarau penyediaan sumber air bersih atau sumber makanan sangat kesulitan (Wong, 2005).

g) Olah Raga atau Latihan Fisik

Hal ini dapat memacu perkembangan anak, karena dapat meningkatkan stimulasi perkembangan otot dan pertumbuhan sel. Kemudian pula dalam aspek 23 sosial, anak dapat mudah melakukan interaksi dengan temannya sesuai dengan olahraganya (Hidayat, 2015).

h) Posisi Anak dalam Keluarga

Posisi anak dalam keluarga dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan. Hal ini juga dapat dilihat pada anak pertama atau tunggal, dalam aspek perkembangan secara umum kemampuan intelektual lebih menonjol dan cepat berkembang karena sering berinteraksi dengan orang dewasa, akan tetapi dalam perkembangan

motoriknya kadang-kadang telambat karena tidak ada stimulasi yang biasanya dilakukan saudara kandungnya (Wong, 2009).

Kemudian juga pada anak kedua atau berada di tengah kecenderungan orang tua yang merasa bisa dalam merawat anak lebih percaya diri sehingga kemampuan untuk beradaptasi anak lebih cepat dan mudah, akan tetapi dalam perkembangan intelektual biasanya terkadang kurang apabila dibandingkan dengan anak pertama, kecenderungan tersebut juga tergantung pada keluarga (Hidayat, 2015).

- i) Status Kesehatan; hal ini dapat berpengaruh dalam pencapaian pertumbuhan dan perkembangan. Hal ini juga dapat dilihat apabila anak dalam kondisi sehat dan sejahtera maka percepatan untuk tumbuh kembang sangat mudah, akan tetapi apabila status kesehatan kurang maka akan terjadi perlambatan (Hidayat, 2015).
- j) Faktor Hormonal Faktor ini berperan dalam tumbuh kembang anak antara lain: somatotropin yang berperan dalam mempengaruhi pertumbuhan tinggi badan dengan menstimulasi metabolisme tubuh, sedangkan glukokortikoid yang mempunyai fungsi menstimulasi pertumbuhan sel interstisial dari testis untuk memproduksi testosteron dan



ovarium untuk memproduksi estrogen selanjutnya hormon tersebut akan menstimulasi perkembangan seks baik pada anak laki-laki maupun perempuan yang sesuai dengan dengan peran hormonnya (Hidayat, 2015).

#### 5) Parameter pertumbuhan anak usia sekolah

Indikator penilaian pertumbuhan anak erat kaitannya dengan penilaian status gizi anak secara Antropometri mengacu kepada standar pertumbuhan anak. Indikator pertumbuhan anak digunakan untuk menilai pertumbuhan anak dengan mempertimbangkan faktor umur dan hasil pengukuran tinggi badan dan berat badan adalah dijabarkan sebagai berikut:

##### a) Umur.

Umur sangat memegang peranan dalam penentuan status gizi, kesalahan penentuan akan menyebabkan interpretasi status gizi yang salah. Hasil penimbangan berat badan maupun tinggi badan yang akurat, menjadi tidak berarti bila tidak disertai dengan penentuan umur yang tepat. Kesalahan yang sering muncul adalah adanya kecenderungan untuk memilih angka yang mudah seperti 1 tahun; 1,5 tahun; 2 tahun.

Oleh sebab itu penentuan umur anak perlu dihitung dengan cermat. Ketentuannya adalah 1 tahun adalah 12 bulan, 1 bulan adalah 30 hari. Jadi perhitungan umur adalah dalam bulan penuh, artinya sisa umur dalam hari tidak diperhitungkan (Depkes, 2014).

b) Berat Badan

Berat badan merupakan salah satu ukuran yang memberikan gambaran massa jaringan, termasuk cairan tubuh. Berat badan sangat peka terhadap perubahan yang mendadak baik karena penyakit infeksi maupun konsumsi makanan yang menurun. Berat badan ini dinyatakan dalam bentuk indeks BB/U (Berat Badan menurut Umur) atau melakukan penilaian dengan melihat perubahan berat badan pada saat pengukuran dilakukan, yang dalam penggunaannya memberikan gambaran keadaan kini.

Berat badan paling banyak digunakan karena hanya memerlukan satu pengukuran, hanya saja tergantung pada ketetapan umur, tetapi kurang dapat menggambarkan kecenderungan perubahan situasi gizi dari waktu ke waktu (Hidayat, 2015).

### c) Tinggi Badan

Tinggi badan memberikan gambaran fungsi pertumbuhan yang dilihat dari keadaan kurus kering dan kecil pendek. Tinggi badan sangat baik untuk melihat keadaan gizi masa lalu terutama yang berkaitan dengan keadaan berat badan lahir rendah dan kurang gizi pada masa balita.

Tinggi badan dinyatakan dalam bentuk Indeks TB/U (tinggi badan menurut umur), atau juga indeks BB/TB (Berat Badan menurut Tinggi Badan) jarang dilakukan karena perubahan tinggi badan yang lambat dan biasanya hanya dilakukan setahun sekali. Keadaan indeks ini pada umumnya memberikan gambaran keadaan lingkungan yang tidak baik, kemiskinan dan akibat tidak sehat yang menahun (Soedjiningsih, 2010).

## 3. Luka Tekan

### a. Definisi Luka tekan

*Pressure Ulcure* (diketahui sebagai luka tekan, luka ranjang atau luka dekubitus) adalah kerusakan jaringan yang terlokasi karena tekanan yang berlebihan yang terjadi pada area tertentu yang tidak mengalami reposisi (Moore & Cowman, 2009).

*National pressure Ulcer Advisory panel* (NPUAP), (dalam Potter & Perry, 2005) mengatakan luka tekan merupakan nekrosis

jaringan lokal yang cenderung terjadi ketika jaringan lunak tertekan di antara tonjolan tulang dengan permukaan eksternal dalam jangka waktu lama.

b. Etiologi dan Patofisiologi luka tekan

Menurut Bryant (2008) ada dua hal utama yang berhubungan dengan risiko terjadinya luka tekan yaitu faktor tekanan dan faktor toleransi jaringan. Faktor tekanan dipengaruhi oleh intensitas dan durasi tekanan, sedangkan faktor toleransi jaringan dipengaruhi oleh *shear*, gesekan, kelembaban, gangguan nutrisi, usia lanjut, tekanan darah rendah (*hypotensi*), status psikososial, merokok dan peningkatan suhu tubuh.

Menurut Potter dan Perry (2015) faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kejadian luka tekan terdiri dari faktor internal yaitu nutrisi, infeksi dan usia dan faktor eksternal yaitu *shear*, gesekan dan kelembaban. Penjelasan faktor-faktor yang berhubungan dengan risiko terjadinya luka tekan dari Bryant, (2007) dan Potter & Perry (2015) diuraikan sebagai berikut :

1) Faktor tekanan

Efek patologis tekanan yang berlebihan dihubungkan dengan intensitas tekanan dan durasi tekanan.

a) Intensitas tekanan.

Intensitas tekanan menggambarkan besarnya tekanan antar muka kulit bagian luar dengan permukaan

matras. Jika tekanan antar muka melebihi tekanan kapiler maka pembuluh kapiler akan kolaps dan selanjutnya jaringan akan hipoksia dan iskemi. Tekanan kapiler rata-rata diperkirakan 32 mmHg di arteriol, 30-40 mmHg di akhir arteri, 25 mmHg di pertengahan arteri, 12 mmHg di vena, dan 10 – 14 mmHg di bagian akhir vena.

Menurut Bryant (2008) mengukur tekanan antar muka laki-laki dewasa sehat dalam posisi *supine*, *prone*, *sidelying* dan duduk di atas bed percobaan mendapatkan data tekanan antar muka antara 10-100 mmHg. Tekanan antar muka 300 mmHg ditemukan pada posisi duduk tanpa alas kursi.

Pada individu sehat, tekanan antar muka tidak selalu akan mengakibatkan hipoksia karena individu sehat mempunyai kemampuan mengenali sensasi dengan baik sehingga mampu berpindah posisi ketika merasa tidak nyaman, tapi pada individu yang tidak mampu mengenali sensasi ataupun tidak mampu pindah posisi dengan sendirinya tekanan antar muka akan berisiko mengakibatkan hipoksia.

b) Faktor durasi tekanan

Durasi tekanan digambarkan sebagai lama periode waktu tekanan yang diterima oleh jaringan. Bryant (2008),

menyatakan bahwa ada hubungan antara intensitas dan durasi tekanan dengan terbentuknya iskemi jaringan. Secara lebih spesifik dinyatakan intensitas tekanan yang rendah dalam waktu yang lama dapat membuat kerusakan jaringan dan sebaliknya intensitas tekanan tinggi dalam waktu singkat juga akan mengakibatkan kerusakan jaringan.

Iskemia jaringan adalah tidak adanya darah secara lokal atau penurunan aliran darah akibat obstruksi. Penurunan aliran darah menyebabkan daerah tubuh menjadi pucat. Pucat terlihat ketika adanya warna kemerahan pada pasien berkulit terang. Pucat tidak terjadi pada pasien yang berkulit pigmen gelap (Potter & Perry, 2005).

Potter and Perry (2015) menyatakan bahwa luka tekan terjadi sebagai hubungan antara waktu dan tekanan. Semakin besar tekanan dan durasinya, maka semakin besar insiden terbentuknya luka. Kulit dan jaringan sub kutan dapat mentoleransi beberapa tekanan, namun pada tekanan eksternal yang besar dan melebihi dari tekanan kapiler akan menurunkan aliran darah ke jaringan sekitarnya, jika tekanan dihilangkan pada saat sebelum titik kritis maka sirkulasi ke jaringan tersebut akan pulih kembali.

### c) Faktor Toleransi Jaringan

Faktor toleransi jaringan dideskripsikan sebagai kemampuan kulit dan struktur pendukungnya untuk menahan tekanan tanpa akibat yang merugikan. Kemampuan tersebut dilakukan dengan cara mendistribusikan tekanan yang diterima ke seluruh permukaan jaringan sehingga tidak bertumpu pada satu lokasi. Integritas kulit yang baik, jaringan kolagen, kelembaban, pembuluh limfe, pembuluh darah, jaringan lemak dan jaringan penyambung berperan dalam baik atau tidaknya toleransi jaringan seorang individu.

Konsep toleransi jaringan ini pertama kali didiskusikan oleh Trumble dan selanjutnya Husain membuktikan dengan sensitisasi otot tikus dengan 100 mmHg tekanan selama 2 jam, 72 jam selanjutnya disensitisasi dengan 50 mmHg ternyata dalam waktu 1 jam terjadi degenerasi jaringan Bryant, (2008). Implikasinya, pada jaringan yang toleransinya kurang baik akan lebih mudah mengalami luka tekan dibanding jaringan yang toleransinya baik jika diberi intensitas tekanan yang sama. Faktor toleransi jaringan dipengaruhi oleh faktor intrinsik dan faktor ekstrinsik yaitu :

#### (1) Faktor Ekstrinsik

(a) *Shear*

*Shear* pertama kali digambarkan sebagai elem *Shear* disebabkan oleh saling mempengaruhi antara gravitasi dengan gesekan dan merupakan kekuatan mekanis yang meregangkan dan merobek jaringan, pembuluh darah serta struktur jaringan yang lebih dalam yang berdekatan dengan tulang yang menonjol.

Potter & Perry (2015), menyatakan bahwa *shear adalah* kekuatan yang mempertahankan kulit ketika kulit tetap pada tempatnya sementara tulang bergerak. Contohnya ketika pada posisi elevasi kepala tempat tidur maka tulang akan tertarik oleh gravitasi ke arah kaki tempat tidur sementara kulit tetap pada tempatnya. Akibat dari peristiwa ini adalah pembuluh darah dibawah jaringan meregang dan angulasi sehingga aliran darah terhambat.

(b) *Gesekan*

Gaya gesek merupakan tekanan yang diberikan pada kulit dengan arah paralel terhadap permukaan tubuh (AHPCR, dalam Potter & Perry 2015). Hasil dari gesekan adalah abrasi epidermis



dan atau dermis. Kerusakan seperti ini lebih sering terjadi pada pasien yang istirahat baring.

Pasien dengan kondisi seperti ini sebaiknya menggunakan bantuan tangan atau lengan ketika berpindah posisi utamanya kearah atas atau dibantu oleh 2 orang ketika menaikkan posisi tidurnya. Gesekan mengakibatkan cedera kulit dengan penampilan seperti abrasi. Kulit yang mengalami gesekan akan mengalami luka abrasi atau laserasi superfisial (Potter & Perry, 2015).

(c) *Kelembaban*

Kelembaban kulit yang berlebihan umumnya disebabkan oleh keringat, urine, feces atau drainase luka. Penyebab menurunnya toleransi jaringan paling sering adalah kelembaban oleh urine dan feces pada pasien inkontinensia.

Urine dan feces bersifat iritatif sehingga mudah menyebabkan kerusakan jaringan, jika dikombinasi dengan tekanan dan faktor lain maka kondisi kelembaban yang berlebihan mempercepat terbentuknya luka tekan. Kelembaban akan menurunkan resistensi kulit

terhadap faktor fisik lain semisal tekanan. Kelembaban yang berasal dari drainase luka, keringat, dan atau inkontinensia feces atau urine dapat menyebabkan kerusakan kulit (Potter & Perry, 2015).

Secara histologis tanda-tanda kerusakan awal terbentuknya luka tekan terjadi di dermis antara lain berupa dilatasi kapiler dan vena serta edem dan kerusakan sel-sel endotel. Selanjutnya akan terbentuk perivaskuler infiltrat, agregat platelet yang kemudian berkembang menjadi hemoragik perivaskuler. Pada tahap awal ini, di epidermis tidak didapatkan tanda-tanda nekrosis oleh karena sel-sel epidermis memiliki kemampuan untuk bertahan hidup pada keadaan tanpa oksigen dalam jangka waktu yang cukup lama, namun gambaran kerusakan lebih berat justru tampak pada lapisan otot daripada pada lapisan kulit dan subkutaneus (Potter & Perry, 2015)

## (2) Faktor Intrinsik

### (a) Gangguan Nutrisi

Peranan nutrisi amat penting dalam penyembuhan luka dan perkembangan pembentukan luka tekan. Nutrien yang dianggap berperan dalam menjaga toleransi jaringan adalah protein, vitamin A, C, E dan zinc. Bryant (2008) menyatakan pada fasilitas perawatan jangka panjang gangguan intake nutrisi, intake rendah protein ketidakmampuan makan sendiri, dan penurunan berat badan berperan sebagai prediktor independen untuk terjadinya luka tekan.

Nutrisi yang buruk khususnya kekurangan protein mengakibatkan jaringan lunak mudah sekali rusak. Nutrisi yang buruk juga berhubungan dengan keseimbangan cairan dan elektrolit.

Kekurangan protein akan mengakibatkan edema atau lembab sehingga mengganggu distribusi oksigen dan transportasi nutrien. Selain itu, kehilangan protein yang parah hingga hypoalbuminemia (kadar albumin serum < 3 g/100 ml) menyebabkan perpindahan cairan dari ekstraseluler ke jaringan sehingga mengakibatkan edema. Edema ini akan menurunkan sirkulasi

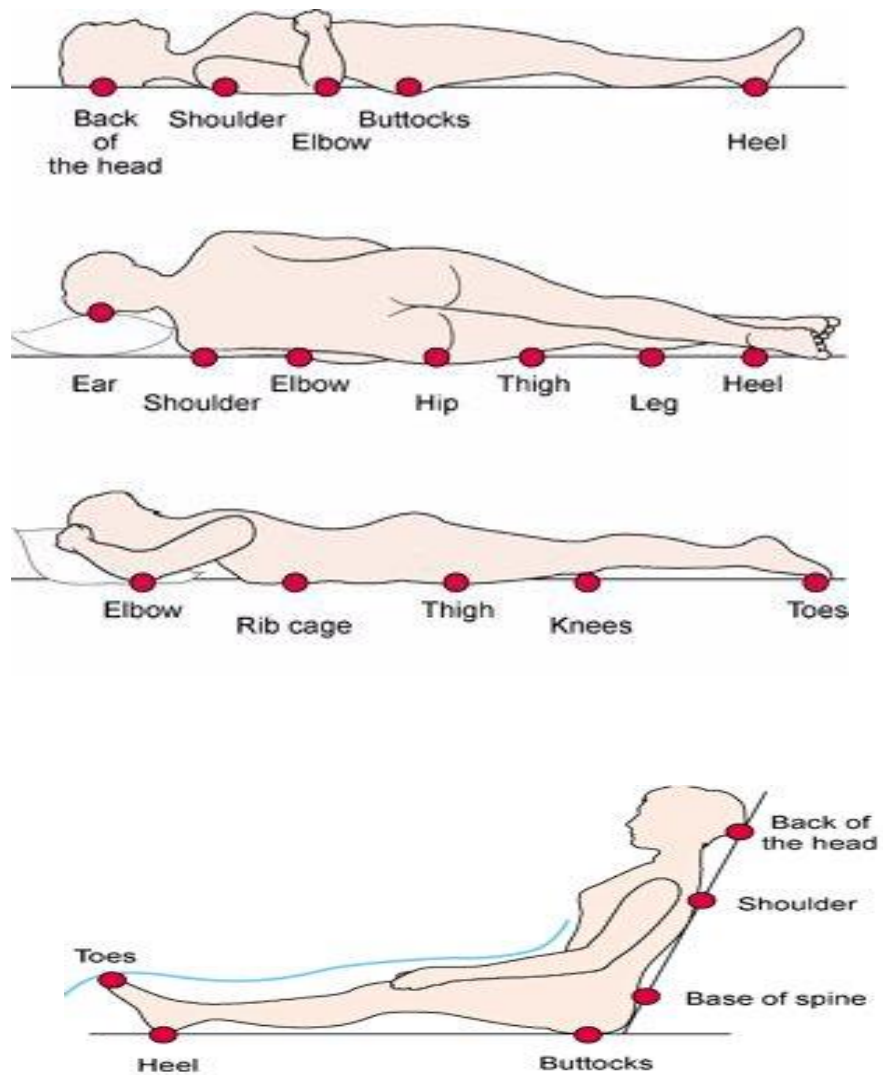
darah ke jaringan, meningkatkan akumulasi sampah merabolik sehingga meningkatkan risiko luka tekan (Potter & Perry, 2015).

(1) Pengkajian status nutrisi

Pengkajian status nutrisi pada pasien digunakan ukuran anthropometri yaitu berat badan dan *Body Mass Index* (BMI), dan nilai biokimia seperti serum albumin, serum transferrin, total lymfosit, keseimbangan nitrogen, serum prealbumin serum dan serum *retinol binding-protein*, data klinis dan riwayat nutrisi (Bryant,2008).

c. Lokasi Luka Tekan

Lokasi luka tekan sebenarnya bisa terjadi diseluruh permukaan tubuh bila mendapat penekanan keras secara terus menerus. Namun paling sering terbentuk pada daerah kulit diatas tulang yang menonjol. Lokasi tersebut diantaranya adalah: *tuberositas ischii* (frekuensinya mencapai 30%) dari lokasi tersering, *trochanter mayor* frekuensinya mencapai 20% dari lokasi tersering, *sacrum* (frekuensinya mencapai 15%) dari lokasi tersering, tumit (frekuensinya mencapai 10%) dari lokasi tersering, *maleolous*, *genu*, lainnya meliputi *cubiti*, *scapula* dan *processus spinosus vertebrae* (Handayani, 2010).



Gambar 2.1 Lokasi luka tekan (MOH Nanyang University dalam Handayani, 2010)

d. *Grade* Luka Tekan

*National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)* pada Tahun 2007 membagi *stage* luka tekan menjadi empat dengan karakteristik sebagai berikut:

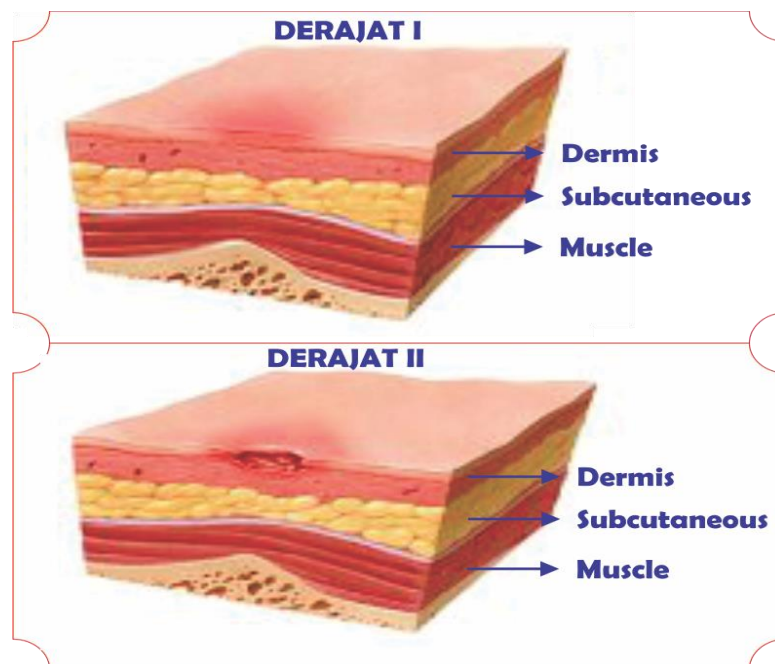
*Stage I* : Kulit berwarna kemerahan, pucat pada kulit putih, biru, merah atau ungu pada kulit hitam.

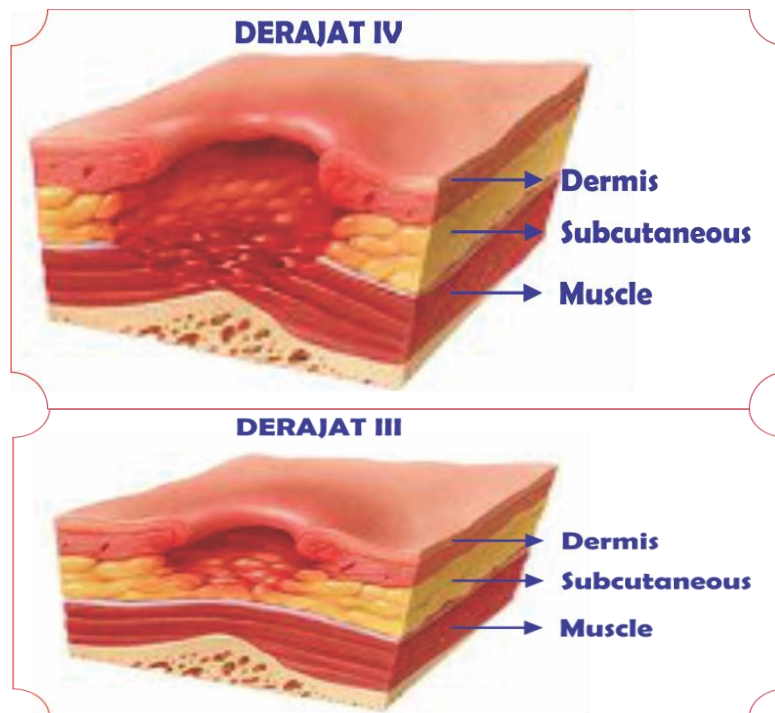
Temperatur kulit berubah hangat atau dingin, bentuk perubahan menetap dan ada sensasi gatal atau nyeri.

*Stage II* : Hilangnya sebagian lapisan kulit namun tidak lebih dalam dari dermis, terjadi abrasi, lepuhan, luka dangkal dan superfisial.

*Stage III* : Kehilangan lapisan kulit secara lengkap meliputi subkutis, termasuk jaringan lemak dibawahnya atau lebih dalam lagi namun tidak sampai fascia. Luka mungkin membentuk lubang yang dalam.

*Stage IV* : Kehilangan lapisan kulit secara lengkap hingga tampak tendon, tulang, ruang sendi. Berpotensi untuk terjadi destruksi dan risiko *osteomyelitis*.





Gambar 2.2 Stage luka tekan

(MOH Nanyang University dalam Handayani, 2010)

e. Manajemen Luka Tekan

1) Pencegahan Luka Tekan

Banyak tinjauan literatur mengindikasikan bahwa luka tekan dapat dicegah. Meskipun kewaspadaan perawat dalam memberikan perawatan tidak dapat sepenuhnya mencegah terjadinya luka tekan dan perburukannya pada beberapa individu yang sangat berisiko tinggi. Dalam kasus seperti ini, tindakan intensif yang dilakukan harus ditujukan untuk mengurangi factor risiko, melaksanakan langkah-langkah pencegahan dan mengatasi luka tekan (Handayani, 2010).

2) Pengkajian risiko dengan menggunakan *tool*

Beberapa *tool* pengkajian telah dikembangkan seperti *Braden's Scale*, *Norton's*, *Waterlow's*, *clinical judgment*, dan lain-lain. Namun menurut *AHCPR* (2008) hanya *Braden's Scale* dan *Norton's* (asli maupun telah dimodifikasi) yang telah dan sedang di uji secara ekstensif. *Braden's Scale* telah diuji penggunaannya pada setting perawatan medikal bedah, perawatan intensif dan *nursing home*. Sedangkan *Norton's* telah diuji pemakaiannya pada unit perawatan usia lanjut di rumah sakit (Handayani, 2010).

Penggunaan *Braden's Scale* untuk pengkajian risiko luka tekan telah diteliti reliabilitas dan validitasnya oleh beberapa peneliti. *Inter-rater reliability* tool ini dilaporkan berkisar antara 88% - 99%, dengan spesifitas 64% - 90% dan sensitifitas 83 - 100%. *Scoonhoven et al.*, (dalam Handayani, 2010), melalui penelitian dengan desain *cohort prospective* menyatakan *Braden's Scale* instrumen terbaik untuk prediksi luka tekan di unit bedah, interne, neurologi dan geriatri jika dibandingkan *Norton's Scale* dan *Waterlow* dengan nilai prediksi 7,8%. Review oleh Brown (dalam Handayani, 2010), menyatakan *Braden's Scale* memiliki *overprediction* tinggi dan *underprediction* rendah.

Penelitian instrumen *Braden's Scale* di Indonesia khususnya di Bangsal Penyakit Dalam RS Yohanes Kupang



oleh Era (2009, dalam Handayani, 2010), dengan desain *cohort prospektif* menunjukkan sensitifitas 88,2% dan spesifitas 72% (Yasa, 2010). Uji coba penggunaan *Braden Scale* di Ruang Neurologi RS. Dr. Cipto Mangokusumooleh Yasa (2010) menunjukkan hasil yang sangat efektif untuk mengkaji dan menganalisis prediksi luka tekan dan hasilnya dikombinasikan dengan intervensi keperawatan untuk pencegahan sangat efektif dalam mencegah dan mengatasi luka tekan.

Penggunaan *tool* tersebut sebaiknya dilakukan setiap 48 jam di unit perawatan akut, setiap 24 jam di unit perawatan kritis, setiap minggu saat 4 minggu pertama di unit perawatan jangka panjang (*long term care*) kemudian setiap bulan hingga setiap 3 bulan. dan setiap kali kunjungan rumah pada unit *home care* (Handayani, 2010).

### 3) Perawatan

Menurut Handayani (2010), perawatan kulit bertujuan untuk mencegah terjadinya luka tekan melalui upaya-upaya mempertahankan dan memperbaiki toleransi kulit terhadap tekanan :

#### a) Pengkajian kulit dan risiko luka tekan

Pengkajian risiko luka tekan dapat dilakukan dengan menggunakan Skala Braden. Inspeksi kulit dilakukan secara teratur dengan frekuensi sesuai kebutuhan

masing-masing pasien. Inspeksi dilakukan untuk melihat apakah ada kondisi-kondisi seperti kulit kering, sangat basah, kemerahan, pucat dan indurasi. Pemeriksaan lain seperti apakah ada tanda hangat yang terlokalisir, perubahan warna dan pembengkakan.

b) *Massage*

*Massage* yang kuat pada area tonjolan tulang atau kulit yang kemerahan dihindarkan. Penggunaan *massage* untuk mencegah luka tekan masih kontroversial, mengingat tidak semua jenis *massage* bisa digunakan. Namun *massage* di area tulang menonjol atau bagian kulit yang telah menunjukkan kemerahan atau *discolorisation* patut dihindari karena hasil *biopsi post mortem* pada jaringan yang di lakukan *massage* menunjukkan adanya degenerasi jaringan, dan *maserasi*.

Teknik *Massage* yang diperbolehkan hanya *Efflurage* namun tidak untuk jaringan di atas tulang yang menonjol maupun yang telah menunjukkan kemerahan ataupun pucat. Lama waktu *massage* yang digunakan masih bervariasi antara 15 menit dan 4–5 menit. *Massage* umumnya dilakukan 2 kali sehari setelah mandi.

c) Manajemen kulit kering

Penanganan kulit kering pada sakrum secara khusus dengan menggunakan pelembab sederhana. Penting untuk memberikan pelembab secara teratur untuk mendapatkan keuntungan yang maksimal. Mengurangi lingkungan yang menyebabkan kulit kering dan berkurangnya kelembaban kulit seperti suhu dingin, dan hidrasi tidak adekuat. Kulit kering meningkatkan risiko terbentuknya *fissura* dan rekahan *stratumkorneum*.

Penggunaan pelembab topikal diduga bermanfaat untuk mempertahankan kelembaban kulit dan keutuhan *stratum corneum* namun belum ada ketetapan jenis kelembaban yang memberikan manfaat terbaik dan memberi *evidence* secara langsung pengaruhnya terhadap pencegahan luka tekan, mempertahankan kelembaban *stratum corneum* dan mencegah kulit kering. Penelitian membuktikan penggunaan *mephentol* (suatu agent topikal terbuat dari campuran asam lemak hyperoksigenasi dan herbal (*Equisetum arvense andHypericum perforatum*) efektif mencegah timbulnya lukatekan derajat I pada pasien dengan risiko menengah hingga risiko tinggi mengalami luka tekan.

d) Manajemen kulit lembab yang berlebihan

Sumber kelembaban yang berlebihan harus diidentifikasi misalnya keringat, urine atau yang lainnya.

Upaya selanjutnya adalah dengan:

- (1) Membersihkan kulit dengan mandi menggunakan air hangat dan sabun dengan pH seimbang. Aktifitas mandi mungkin mengurangi sedikit pelindung kulit normal sehingga membuat kulit kering dan mudah iritasi oleh karena itu jenis sabun yang digunakan harus diperhatikan dengan baik.
- (2) Memberikan pelembab karena aktifitas membersihkan kulit yang berulang kali membuat kulit menjadi kering, namun jika sabun atau bahan pembersih yang digunakan sudah dilengkapi dengan pelembab yang cukup mungkin pemberian pelembab tidak begitu dibutuhkan.
- (3) Proteksi dengan bahan-bahan pelindung seperti *film*, krem, *ointment*, atau pasta yang biasanya terbuat dari *zink oxide*, asam laktat, *petrolatum* atau *dimeticone* dan kombinasinya. Penggunaan pelindung kulit seperti *underpad* dan celana dapat meminimalkan ekspose kulit dengan bahan-bahan lembab yang iritan tersebut asal segera diganti ketika mulai basah atau lembab.

#### 4) Dukungan permukaan

Dukungan permukaan termasuk pelapisan (ditempatkan di atas tempat tidur standar) atau kasur khusus. Ada 2 jenis dukungan permukaan: statis tanpa bergerak dan dinamis dengan bagian yang bergerak yang dijalankan oleh energi. Matras udara dan air efektif tetapi mungkin bocor, jadi mereka perlu terus menerus dirawat. Kadang-kadang digunakan *glove* yang diisi air atau bantalan donat. Namun bantalan donat kini mulai ditinggalkan karena terbukti menimbulkan efek tekanan baru pada area pinggir donat. Termasuk upaya memperbaiki dukungan permukaan adalah menjaga alat tenun tetap licin dan kencang, kasur yang rata dan tebal serta pemberian bantal pada area-area berisiko tekanan seperti tumit, siku, bahu dan sakrum.

#### 5) Nutrisi

Nutrisi adalah faktor pendukung yang penting untuk mempertahankan kulit yang sehat dan elastis. Pemberian secara oral, parenteral maupun melalui *sonde feeding* sama efektifnya asalkan jumlah yang diberikan cukup sesuai kebutuhan. Suplemen nutrisi dapat diberikan jika diperlukan. Beberapa penelitian menunjukkan nutrisi yang penting untuk pencegahan dan proses penyembuhan luka tekan adalah protein, vitamin C, kalori, zat besi dan *zink* (Potter & Perry, 2015).

#### 6) Posisi dan reposisi

Karena penyebab utama luka tekan adalah tekanan yang terus menerus di suatu tempat maka menghindari penekanan terus menerus di satu tempat dengan cara reposisi menjadi penting. Hasil penelitian Reddy *et al.*, (2016) menyatakan perubahan posisi setiap 4 jam di atas matras busa khusus mampu menurunkan insiden luka tekan dibandingkan dengan reposisi setiap 4 jam di atas kasur standar. Beberapa penelitian juga menganjurkan penggunaan posisi miring 30° dengan cara mengganjal bantal dibagian bokong dan salah satu kaki.

#### 7) Edukasi

Pendidikan kesehatan kepada keluarga dilakukan secara terprogram dan komprehensif sehingga keluarga diharapkan berperan serta secara aktif dalam perawatan pasien. pasien dan keluarga adalah bagian integral dalam perawatan pasien khususnya upaya pencegahan luka tekan. Topik pendidikan kesehatan yang dianjurkan adalah sebagai berikut etiologi dan faktor risiko luka tekan, aplikasi penggunaan *tool* pengkajian risiko, pengkajian kulit, memilih dan atau gunakan dukungan permukaan, perawatan kulit individual, demonstrasi posisi yang tepat untuk mengurangi risiko luka tekan dan dokumentasi data yang berhubungan (Handayani, 2010).

#### 4. Aromaterapi Rosemary

##### a. Kosep aromaterapi Rosemary

###### 1) Definisi

Aromaterapi merupakan suatu bentuk pengobatan alternatif menggunakan bahan tanaman volatil, banyak dikenal dalam bentuk minyak esensial dan berbagai macam bentuk lain yang bertujuan untuk mengatur fungsi kognitif, mood, dan kesehatan. Aromaterapi dibentuk dari berbagai jenis ekstrak tanaman seperti bunga, daun, kayu, akar tanaman, kulit kayu, dan bagian-bagian lain dari tanaman dengan cara pembuatan yang berbeda-beda dengan cara penggunaan dan fungsinya masing-masing (Ainy, 2010).

###### 2) Bentuk Aromaterapi

Bentuk sediaan aromaterapi dikemas dan dibuat dalam berbagai macam jenis. Terdapat bentuk dupa, garam, sabun mandi, minyak esensial, minyak pijat, dan lilin. Berbagai macam bentuk tersebut digunakan dengan fungsi yang berbeda-beda dalam kehidupan sehari-hari (Gaware, Nagare, Khadse, Kotade, Kashid, & Laware, 2013)

Bentuk minyak esensial aromaterapi merupakan ekstrak tanaman yang dibuat menjadi jenis minyak esensial yang dicampur dengan air, lalu dibakar. Minyak esensial digunakan dengan cara mencampurkan 3-4 tetes minyak esensial ke dalam

air sekitar 20 ml. Air tersebut ditempatkan pada cawan yang siap untuk dipanaskan. Pemanasan cawan tersebut menggunakan lilin dan juga bisa dengan lampu (Jaelani, 2009)

Tak jauh berbeda dengan minyak esensial aromaterapi, minyak pijat aromaterapi dibuat dalam bentuk minyak, namun dengan tambahan minyak zaitun. Maka dari itu, minyak pijat lebih kental dibanding minyak esensial. Penggunaannya hanya dengan mengoleskan minyak pijat tersebut di tubuh. Sensasi nyaman dan relaksasi pun terasa pada tubuh yang dioleskan minyak tersebut (Koensoemardiyah, 2009).

### 3) Minyak Aromaterapi Rosemary

Rosemary (*Rosmarinus officinalis L.*) merupakan suatu bahan rempah dan salah satu tanaman yang termasuk dalam tanaman herbal aromatik karena memiliki aroma yang khas. Rosemary termasuk dalam divisi Magnoliophyta, karena tanaman rosemary merupakan tanaman berbunga bukan monokotil maka digolongkan dalam kelas Magnoliopsida yang tergabung dalam *famili Lamiaceae*. Tanaman yang berasal dari negara Eropa ini secara luas digunakan di dunia karena memiliki aroma khas dan kaya akan minyak atsiri dan dipercaya sebagai aromaterapi yang mampu membantu fungsi dan kerja otak (Tan, 2014).



Minyak esensial rosemary mengandung beberapa komponen dengan konsentrasi yang berbeda-beda. Komponen utama terdiri dari a-pineole, 1,8 cineole and camphor (Koensoemardiyah, 2009). Senyawa aktif 1,8-cineole yang terdapat dalam rosemary ini dapat merangsang sistem saraf pusat terutama locus cereleus untuk mensekresikan noradrenalin yang bersifat stimulan sehingga dapat mempengaruhi kemampuan kognitif seseorang (Muchtaridi, & Moelyono, 2015).

Literatur lain juga melaporkan bahwa dampak pembau minyak esensial rosemary dapat merangsang dan mengontrol kerja simpatis di sistem saraf pusat sehingga mampu mempengaruhi daya konsentrasi dan memori. Hal ini juga dibuktikan dengan penelitian yang dilakukan pada anjing dimana aroma rosemary membuat anjing menjadi lebih waspada seperti berdiri dan bergerak dibandingkan dengan aroma lain seperti lavender dan chamomile (Jaelani, 2009). Pada penelitian lain juga disebutkan bahwa aromaterapi rosemary memiliki potensi untuk mempengaruhi sistem limbik terutama amigdala.

b. Hasil-Hasil Penelitian tentang Rosemary.

- 1) Penelitian yang dilakukan Sari dan Wiadiastuti (2016) yang berjudul pengaruh aromatherapy message rosemary untuk mencegah terjadinya ulkus dekubitus. Penelitian ini berjenis

eksperimen yaitu true eksperimental desain dengan pendekatan *posttest only control group design*. Lokasi penelitian di ruang Perinatologi RSI Gondanglegi. Populasi pada penelitian ini adalah bayi dengan berat badan lahir rendah di ruang perinatologi RSI Gondanglegi, dengan menggunakan *purposive sampling*. Hasil penelitian ini menunjukkan Hasil uji fisher exact terhadap variabel pemberian aromaterapi *massage rosemary* terhadap pencegahan ulkus dekubitus didapatkan *pvalue* (0.048) < 0.05, artinya: ada pengaruh aromaterapi *message rosemary* terhadap pencegahan ulkus dekubitus pada bayi berat badan lahir rendah.

- 2) Penelitian yang dilakukan Pertiwi, Idriansari, dan Kusumaningrum (2017) dengan judul pengaruh aromaterapi *rosemary* terhadap penurunan tingkat kecemasan akibat hospitalisasi pada anak usia prasekolah di IRNA Anak RSUD Kayuagung OKI. Aromaterapi *rosemary* diberikan secara inhalasi dengan frekuensi 3 kali dalam satu hari yaitu pagi, siang dan sore, sebanyak 1 tetes selama 4 menit setiap perlakuan. Data yang didapatkan dari hasil penelitian menunjukkan intervensi berupa aromaterapi *rosemary* memberikan pengaruh terhadap kecemasan anak yang mengalami hospitalisasi. Hal tersebut terbukti dari hasil uji statistik *paired t-test* yaitu didapatkan *p-value* 0,00 ( $p < \alpha$ ,  $\alpha = 0,05$ ) yang berarti bahwa  $H_0$  ditolak dan  $H_1$

diterima. Artinya terdapat perbedaan skor kecemasan sebelum dan setelah diberikan aromaterapi *rosemary*.

- 3) Penelitian yang dilakukan Toshiko dan Yosep (2016) dengan judul pengaruh aromaterapi terhadap atensi. Penelitian ini menggunakan metode eksperimental murni. Sampel penelitian adalah mahasiswa Fakultas Kedokteran Undip (n=20) yang diukur atensinya menggunakan software Attention Network Test sebelum dan sesudah diberikan paparan aromaterapi *Rosemary* selama  $\pm 30$  menit. Ditemukan rerata peningkatan atensi pada fungsi *alerting* subjek penelitian yang diberikan paparan aromaterapi *rosemary* selama  $\pm 30$  menit dari  $47,77 \pm 21,77$  ms menjadi  $29,00 \pm 6,14$  ms dengan  $p = 0,001$  ( $p < 0,05$ ).
- c. Keunggulan minyak atsiri dalam Rosemary Dengan Minyak yang lainnya

Kandungan lemak essensial dan banyaknya unsur aktif lainnya dalam kandungan minyak jinten hitam seperti minyak asiri, saponin, thimoquinone, minyak padat, nigellone, minyak lemak, dan alkaloid yang berfungsi untuk anti bakteri, mengatasi diabetes, meningkatkan sistem kekebalan tubuh, mengatasi sakit perut, mengatasi masalah pencernaan, Neurodermatitis, regenerasi sel dan antioksi dan sehingga minyak atsiri rosemary sering juga dimanfaatkan untuk pengobatan/perawatan kulit dan sebagai lotion / minyak untuk pijat kecantikan (Sayowan, 2013).

Sifat minyak rosemary yang tidak lengket dan lembut merupakan salah satu alasan orang menggunakan minyak jinten hitam dibanding dengan minyak lainnya sebagai minyak untuk massage dan perawatan kulit. minyak atsiri dari Rosemary juga sangat mudah didapatkan di toko-toko herbal, apotik maupun toko online dengan harga yang cukup murah menjadi salah satu alasan minyak jinten hitam lebih direkomendasikan daripada minyak yang lainnya dan yang utama bagi seorang muslim minyak jinten hitam adalah salah satu obat segala macam penyakit yang beberapa kali disebutkan dalam hadis nabi sehingga secara agama maupun ilmiah dapat dipertanggung jawabkan kegunaan/manfaatnya (Hussain, 2009).

Kandungan asam lemak esensial pada minyak atsiri rosemary dapat meningkatkan hidrasi dan elastisitas kulit sehingga integritas dan elastisitas kulit tetap terjaga, selain itu minyak atsiri rosemary dapat melindungi kulit terhadap *shear* dan *friction* serta dapat menurunkan hiperproliferasi pertumbuhan kulit yang mengarah pada terbentuknya ulkus dekubitus atau luka tekan pada pasien *bed rest* di Rumah Sakit (Utomo, 2012).

## **B. Konsep Dasar Proses Keperawatan.**

Menurut Yektiningtyastuti (2017) Keperawatan adalah pelayanan yang tidak hanya berdasarkan ilmu pengetahuan, tetapi juga penggabungan seni dan kiat. Akhir-akhir ini, rumah sakit juga dituntut untuk mampu

menggabungkan terapi medis dengan terapi komplementer, distraksi, relaksasi. Terapi keperawatan ini, menggunakan suatu metode yang sistematis dan ilmiah yang digunakan perawat dalam mencapai atau mempertahankan keadaan bio-psiko-sosio-spiritual yang optimal melalui tahap pengkajian, identifikasi diagnosis keperawatan, penentuan rencana keperawatan, implementasi tindakan keperawatan, serta evaluasi. Langkah/ komponen proses keperawatan :

#### 1. Pengkajian.

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pada tahap ini, semua data dikumpulkan secara sistematis guna menentukan status kesehatan klien saat ini. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual klien.

Tujuan pengkajian adalah untuk mengumpulkan informasi dan membuat data dasar klien. Pengkajian dilakukan saat klien masuk institusi layanan kesehatan. Data yang diperoleh sangat berguna untuk menentukan tahap selanjutnya dalam proses keperawatan. Kegiatan utama dalam tahap pengkajian ini adalah pengumpulan data, pengelompokan data, dan analisis data guna perumusan diagnosis keperawatan. Pengumpulan data merupakan aktivitas perawat dalam mengumpulkan informasi yang sistemik tentang klien. Pengumpulan data ditujukan untuk mengidentifikasi dan mendapatkan data yang penting dan akurat tentang klien.

Dalam melakukan pengumpulan data, ada beberapa hal yang harus diketahui oleh perawat, di antaranya :

- a. Tujuan pengumpulan data.
- b. Informasi atau data yang diperlukan.
- c. Sumber-sumber yang dapat digunakan untuk memperoleh data.
- d. Bagaimana sumber-sumber tersebut dapat memberikan informasi yang baik.
- e. Bagaimana mengorganisasi dan menggunakan informasi yang telah dikumpulkan.

Metode utama yang dapat digunakan dalam pengumpulan data adalah wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik serta diagnostik. Setelah terkumpul, data kemudian dikelompokkan ke dalam data objektif dan data subjektif. Data yang telah dikumpulkan harus dianalisis untuk membantu menentukan masalah klien. Proses analisa ini merupakan proses intelektual yang mencakup interpretasi data dan dilanjutkan dengan diagnosis keperawatan.

## 2. Diagnosa keperawatan.

Menurut Nursalam, (2012) perawat profesional dalam memberikan pelayanan keperawatan di masa depan adalah harus dapat berkomunikasi secara lengkap, adekuat dan cepat. Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang dibuat oleh perawat professional yang memberi gambaran tentang masalah atau status kesehatan klien, baik aktual maupun potensial, yang ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data hasil pengkajian.

Pernyataan diagnosis keperawatan harus jelas, singkat dan lugas terkait masalah kesehatan klien berikut penyebabnya yang dapat diatasi melalui tindakan keperawatan. Penetapan diagnosis keperawatan berlangsung dalam tiga fase, yaitu:

- a. Memproses data (mengorganisasi data, membandingkan data dengan standar nilai normal, mengelompokkan data).
- b. Menentukan masalah keperawatan klien.
- c. Menyusun diagnosis keperawatan.

Diagnosis keperawatan berfungsi untuk mengidentifikasi, memfokuskan, dan memecahkan masalah keperawatan klien secara spesifik. Diagnosis keperawatan harus betul-betul akurat sebab ini akan menjadi patokan dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Komponen-komponen dalam pernyataan diagnosis keperawatan meliputi masalah (*problem*), penyebab (*etiology*), dan data (*sign and symptom*).

### 3. Perencanaan.

Tahap perencanaan memberi kesempatan kepada perawat, klien, keluarga, dan orang yang terdekat klien untuk merumuskan rencana tindakan keperawatan guna mengatasi masalah yang dialami klien. Perencanaan ini merupakan suatu petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat rencana tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosis keperawatan.

Tahap perencanaan dapat disebut sebagai inti atau pokok dari proses keperawatan sebab perencanaan merupakan keputusan awal yang

memberi arah bagi tujuan yang ingin dicapai, hal yang akan dilakukan, termasuk bagaimana, kapan dan siapa yang akan melakukan tindakan keperawatan. Karenanya, dalam menyusun rencana tindakan keperawatan untuk klien, keluarga dan orang terdekat perlu dilibatkan secara maksimal.

Tahap perencanaan ini memiliki beberapa tujuan penting, diantaranya sebagai alat komunikasi antara sesama perawat dan tim kesehatan lainnya, meningkatkan kesinambungan asuhan keperawatan bagi klien, serta mendokumentasikan proses dan kriteria hasil asuhan keperawatan yang ingin dicapai. Unsur terpenting pada tahap perencanaan ini adalah membuat prioritas urutan diagnosis keperawatan, merumuskan tujuan, merumuskan kriteria evaluasi, dan merumuskan intervensi keperawatan.

Dignosa keperawatan yang mungkin ada pada pasien microcephalus dapat dijabarkan dengan mengacu pada rencana tindakan yang mengacu pada NANDA, NOC dan NIC tahun 2017 sebagai berikut (Doengos, 2012 dan Carpenito, 2013):

- a. Ketidakefektifan pola nafas
- b. Nyeri Akut
- c. Hypertermia
- d. Risiko infeksi
- e. Gangguan perfusi jaringan cerebral
- f. Gangguan komunikasi verbal



- g. Hambatan mobilitas fisik
- h. Kesiapan meningkatkan proses keluarga
- i. Keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan
- j. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan

Tabel 2.3 Diagnosa Keperawatan dan Rencana Tindakan

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
1	<p><b>Ketidakefektifan Pola Napas (00032)</b></p> <p><b>Definisi :</b> Inspirasi dan/ atau ekspirasi yang tidak memberi ventilasi adekuat.</p> <p><b>Batasan Karakteristik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Bradipnea.</li> <li>b. Dispnea.</li> <li>c. Fase ekspirasi memanjang.</li> <li>d. Ortopnea.</li> <li>e. Penggunaan otot bantu pernapasan.</li> </ul> <p><b>Faktor yang Berhubungan :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ansietas.</li> <li>b. Cedera medula spinalis</li> <li>c. Deformitas dinding dada.</li> <li>d. Disfungsi neuromuskuler.</li> <li>e. Gangguan muskuloskeletal</li> <li>f. Gangguan neurologis (mis., EEG positif, trauma kepala, gangguan kejang).</li> <li>g. Hiperventilasi.</li> <li>h. Imaturitas neurologis.</li> <li>i. Kelelahan.</li> <li>j. Kelelahan otot pernapasan.</li> </ul>	<p><b>Status Pernapasan ventilasi (0403)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x...jam, diharapkan ketidakefektifan pola nafas teratasi dengan indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Frekuensi pernapasan.</li> <li>b. Irama pernapasan.</li> <li>c. Penggunaan otot bantu nafas.</li> <li>d. kepatenan jalan nafas.</li> <li>e. Retraksi dinding dada.</li> <li>f. Saturasi oksigen.</li> </ul> <p>Keterangan skala :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 : Deviasi berat dari kisaran normal.</li> <li>2 : Deviasi cukup berat dari kisaran normal.</li> <li>3 : Deviasi sedang dari kisaran normal.</li> <li>4 : Deviasi ringan dari kisaran normal.</li> <li>5 : Tidak ada deviasi dari kisaran normal.</li> </ul>	<p><b>Monitor Pernapasan (3350)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernapas.</li> <li>b. Catat pergerakan dada, ketidaksimetrisan, penggunaan otot-otot bantu napas, dan retraksi pada otot supraclavicular dan interkosta.</li> <li>c. Monitor suara napas tambahan, seperti ngorok atau mengi.</li> <li>d. Monitor pola napas (misalnya, bradipnea, takipnea).</li> <li>e. Monitor saturasi oksigen.</li> <li>f. Kaji perlunya penyedotan pada jalan napas dengan auskultasi suara nafas ronkhi di paru.</li> <li>g. Auskultasi suara napas setelah tindakan, untuk dicatat.</li> <li>h. Berikan bantuan resusitasi jika diperlukan.</li> <li>i. Berikan bantuan terapi napas jika diperlukan (misalnya, nebulizer).</li> </ul> <p><b>Terapi Oksigen (3320)</b></p>

	<p>k. Nyeri.</p> <p>l. Obesitas.</p> <p>m. Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru.</p> <p>n. Sindrom hipoventilasi.</p>		<p>j. Pertahankan kepatenan jalan napas.</p> <p>k. Berikan oksigen tambahan sesuai insruksi.</p> <p>l. Monitor aliran oksigen.</p> <p>m. Monitor posisi perangkat pemberian oksigen.</p> <p>n. Periksa perangkat alat pemberian oksigen secara berkala untuk memastikan bahwa konsentrasi yang telah ditentukan sedang diberikan.</p> <p>o. Monitor efektifitas terapi oksigen.</p>
2.	<p><b>Nyeri akut (00132).</b></p> <p><b>Definisi :</b></p> <p>Pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan, awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi.</p> <p><b>Batasan Karakteristik :</b></p> <p>a. Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkan-nya (mis., <i>Neonatal Infant Pain Scale, Pain Assessment Checklist for Senior with Limited Ability to Communicate</i>).</p> <p>b. Diaphoresis</p> <p>c. Dilatasi pupil</p> <p>d. Ekspresi wajah nyeri</p>	<p><b>Tingkat Nyeri (2102)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama....x....jam, nyeri akut dapat berkurang/teratasi dengan indikator:</p> <p>a. Ekspresi nyeri wajah.</p> <p>b. Tidak bisa beristirahat.</p> <p>c. Iritabilitas.</p> <p>Keterangan skala :</p> <p>1 : Berat</p> <p>2 : Cukup berat</p> <p>3 : Sedang</p> <p>4 : Ringan</p> <p>5 : Tidak ada</p> <p>a. Frekuensi nafas</p> <p>b. Denyut nadi radial</p>	<p><b>Manajemen Nyeri (1400)</b></p> <p>a. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus.</p> <p>b. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan.</p> <p>c. Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan (misalnya, suhu ruangan, pencahayaan, suara bising).</p> <p>d. Kurangi atau eliminasi faktor-faktor yang dapat mencetuskan atau meningkatkan nyeri (misalnya, kelelahan).</p> <p>e. Ajarkan tentang tehnik nonfarmakologi</p> <p>f. Gunakan tindakan</p>

	<p>e. Fokus menyempit</p> <p>f. Fokus pada diri sendiri</p> <p>g. Keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri (mis., skala <i>Wong Baker FACES</i>, skala analog visual, skala penilaian numerik)</p> <p>h. Keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan standar instrumen nyeri (mis., <i>McGill Pain Questionnaire</i>, <i>Brief Pain Inventory</i>)</p> <p>i. Laporan tentang perilaku nyeri/perubahan aktivitas (mis., anggota keluarga, pemberi asuhan).</p> <p>j. Mengekspresikan perilaku (mis., gelisah, merengek, menangis, waspada)</p> <p>k. Perilaku distraksi</p> <p>l. Perubahan pada parameter fisiologis (mis. tekanan darah, frekuensi jantung, frekuensi pernapasan, saturasi oksigen, dan <i>end tidal</i> karbondioksida (CO<sub>2</sub>))</p> <p>m. Perubahan posisi untuk menghindari nyeri</p> <p>n. Perubahan selera makan</p> <p>o. Putus asa</p> <p>p. Sikap melindungi area nyeri</p> <p><b>Faktor yang berhubungan :</b></p> <p>a. Agen cedera biologis (mis., infeksi, iskemia, neoplasma)</p> <p>b. Agen cedera fisik (mis., abses, amputasi, luka bakar, terpotong,</p>		<p>pengontrol nyeri sebelum nyeri bertambah berat.</p> <p>g. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri.</p> <p>h. Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri.</p>
--	---	--	--

	<p>mengangkat berat, prosedur bedah, trauma, olahraga berlebihan)</p> <p>c. Agen cedera kimiawi (mis., luka bakar, kapsaisin, metilen klorida, agens mustard)</p>		
3.	<p>Hypertermia (000047).</p> <p>Definisi :</p> <p>Suhu inti tubuh di atas kisaran normal karena kegagalan termoregulasi.</p> <p>Batasan Karakteristik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Apnes</li> <li>Bayi tidak dapat</li> <li>Gelisah</li> <li>Hipotensi</li> <li>Kejang</li> <li>Koma</li> <li>Kulit kemerahan</li> <li>Kulit terasa hangat</li> <li>Takikardia</li> </ol> <p>Faktor yang berhubungan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Agen farmaseutikal</li> <li>Aktivitas berlebihan</li> <li>Iskemia</li> <li>Pakaian yang tidak sesuai</li> <li>Peningkatan laju metabolisme</li> <li>Penurunan perspirasi</li> <li>Penyakit</li> <li>Sepsis</li> <li>Suhu lingkungan tinggi</li> <li>Trauma</li> </ol>	<p>Termoregulasi (0800).</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama....x....jam, Termoregulasi bayi normal, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Melaporkan kenyamanan suhu tidak terganggu .</li> <li>Berkeringat saat panas.</li> </ol> <p>Indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Sangat terganggu.</li> <li>Banyak terganggu.</li> <li>Cukup terganggu.</li> <li>Sedikit terganggu.</li> <li>Tidak terganggu.</li> </ol>	<p>Perawatan Demam (3740).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya.</li> <li>Monitor warna kulit dan suhu.</li> <li>Beri obat cairan IV (misalnya antipiretik, agen bakteri dan agen anti menggigil).</li> <li>Tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan.</li> <li>Fasilitasi istirahat, terapkan pembatasan aktivitas, jika diperlukan.</li> <li>Beri oksigen</li> <li>Monitor asupan dan keluaran cairan.</li> <li>Dorong konsumsi cairan.</li> <li>Tingkatkan sirkulasi udara.</li> <li>Pantau komplikasi yang berhubungan demam.</li> <li>Pastikan tanda lain dari infeksi yang terpantau.</li> <li>Lembabkan bibir dan mukosa hidung yang kering.</li> </ol>

<p><b>4.</b></p>	<p><b>Risiko infeksi (00004)</b></p> <p><b>Definisi :</b></p> <p>Rentan mengalami invasi dan multiplikasi organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan.</p> <p><b>Faktor Risiko :</b></p> <p>a. Kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan pathogen</p> <p>b. Malnutrisi</p> <p>c. Obesitas</p> <p>d. Penyakit kronis</p> <p>e. Prosedur invasif</p> <p>Pertahanan Tubuh Primer Tidak Adekuat</p> <p>a. Gangguan integritas kulit</p> <p>b. Gangguan peristalsis</p> <p>c. Merokok</p> <p>d. Pecah ketuban dini</p> <p>e. Pecah ketuban lambat</p> <p>f. Penurunan kerja siliaris</p> <p>g. Perubahan pH sekresi</p> <p>h. Stasis cairan tubuh</p> <p>Pertahanan Tubuh Sekunder Tidak Adekuat</p> <p>a. Imunosupresi</p> <p>b. Leukopenia</p> <p>c. Penurunan hemoglobin</p> <p>d. Supresi respons inflamasi (mis., interleukin 6 (IL-6), C-reactive protein (CRP))</p> <p>e. Vaksinasi tidak adekuat.</p> <p>Pemajanan Terhadap Patogen Lingkungan Meningkatkan</p> <p>Terpapar pada wabah</p>	<p><b>Kontrol Risiko : Proses Infeksi (1924)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama....x....jam, risiko infeksi tidak menjadi aktual dengan indikator:</p> <p>a. Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi</p> <p>b. Mencuci tangan</p> <p>c. Mempertahankan lingkungan yang bersih</p> <p>Keterangan skala :</p> <p>1 : Tidak pernah menunjukkan</p> <p>2 : Jarang menunjukkan</p> <p>3 : Kadang-kadang menunjukkan</p> <p>4 : Sering menunjukkan</p> <p>5 : Secara konsisten menunjukkan</p>	<p><b>Kontrol Infeksi (6540)</b></p> <p>a. Cuci tangan sebelum dan sesudah kegiatan perawatan pasien.</p> <p>b. Gunakan sabun antimikroba untuk cuci tangan yang sesuai.</p> <p>c. Anjurkan pengunjung untuk mencuci tangan pada saat memasuki dan meninggalkan ruangan pasien.</p> <p>d. Batasi jumlah pengunjung</p> <p>e. Bersihkan lingkungan dengan baik setelah digunakan untuk setiap pasien.</p> <p>f. Ganti peralatan perawatan per pasien sesuai protokol institusi.</p> <p>g. Pakai sarung tangan steril dengan tepat.</p> <p>h. Gosok kulit pasien dengan agen antibakteri yang sesuai.</p> <p>i. Ganti iv periver dan tempat saluran penghubung serta balutannya sesuai dengan pedoman CDC saat ini.</p> <p>j. Pastikan penanganan aseptik dari semua saluran iv.</p> <p>k. Pastikan teknik perawatan luka yang tepat.</p> <p>l. Tingkatkan intake nutrisi yang adekuat.</p> <p>m. Berikan terapi antibiotik yang sesuai.</p> <p>n. Ajarkan anggota keluarga mengenai bagaimana menghindari infeksi.</p>
------------------	--	--	---

5	<p>Gangguan perfusi Jaringan Cerebral berhubungan dengan gangguan sistem saraf pusat</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, tidak terjadi gangguan komunikasi verbal dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pusing</li> <li>2. Berbicara</li> <li>3. Kekuatan Otot</li> </ol> <p>Indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sangat Terganggu</li> <li>2. Banyak Terganggu</li> <li>3. Cukup Terganggu</li> <li>4. Sedikit Terganggu</li> <li>5. Tidak Terganggu</li> </ol>	<p><b>Monitor Neurologi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor tingkat kesadaran.</li> <li>b. Monitor tingkat orientasi.</li> <li>c. Monitor tanda-tanda vital: suhu, tekanan darah, denyut nadi, dan respirasi.</li> <li>d. Hindari kegiatan yang bisa meningkatkan tekanan intracranial.</li> </ol> <p><b>Intracranial Pressure Monitoring</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Catat respon pasien terhadap stimulasi</li> <li>b. Monitor TIK pasien dan respon neurology pasien terhadap aktivitas</li> <li>c. Monitor intake dan output cairan</li> <li>d. Restrain pasien jika perlu</li> <li>e. Monitor suhu dan angka WBC</li> <li>f. Kolaborasi pemberian antibiotic</li> <li>g. Minimalkan stimuli dari lingkungan</li> <li>h. Tentukan faktor-faktor yang berhubungan dengan penyebab</li> <li>i. Pantau status neurologis sesering mungkin dan bandingkan dengan keadaan normal</li> <li>j. Pantau TTV</li> <li>k. Evaluasi pupil, catat ukuran, bentuk, kesamaan dan reaksi terhadap cahaya</li> <li>l. Letakkan kepala pada posisi agak ditinggikan dan dalam posisi anatomis</li> <li>m. Pertahankan keadaan tirah baring</li> </ol>
---	--	---	---

			<p>n. Catat perubahan dalam penglihatan, seperti adanya kebutaan, kesamaan, gangguan lapang pandang/ kedalaman persepsi</p> <p>o. Kaji rigiditas, kedutan, kegelisahan yang meningkat, peka rangsang dan serangan kejang</p> <p>p. Beri obat sesuai medikasi</p> <p>q. Pantau pemeriksaan laboratorium sesuai indikasi, seperti massa protrombin dan kadar dilantin</p> <p><b>Manajemen Edema Serebral</b></p> <p>a. Monitor adanya kebingungan, perubahan pikiran, keluhan pusing, pingsan.</p> <p>b. Monitor status neurologi dengan ketat dan bandingkan dengan nilai normal.</p> <p>c. Monitor intake dan output.</p> <p>d. Posisikan tinggi kepala tempat tidur 30 derajat atau lebih</p> <p>e. Dorong keluarga/ orang yang penting untuk bicara pada pasien</p>
--	--	--	---

6	<p>Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan perubahan sistem saraf pusat</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, tidak terjadi gangguan komunikasi verbal dengan indikator:</p> <p>a. Komunikasi: penerimaan, intepretasi dan ekspresi pesan lisan, tulisan, dan non verbal meningkat</p> <p>b. Komunikasi ekspresif (kesulitan berbicara) : ekspresi pesan verbal dan atau non verbal yang bermakna</p> <p>c. Komunikasi reseptif (kesulitan mendengar) : penerimaan komunikasi dan intepretasi pesan verbal dan/atau non verbal</p> <p>d. Gerakan Terkoordinasi : mampu mengkoordinasi gerakan dalam menggunakan isyarat</p> <p>e. Pengolahan informasi : klien mampu untuk memperoleh, mengatur, dan menggunakan informasi</p> <p>f. Mampu mengontrol respon ketakutan dan kecemasan terhadap ketidakmampuan berbicara</p>	<p><b>Communication Enhancement : Speech Deficit</b></p> <p>a. Gunakan penerjemah , jika diperlukan</p> <p>b. Beri satu kalimat simple setiap bertemu, jika diperlukan</p> <p>c. Konsultasikan dengan dokter kebutuhan terapi bicara</p> <p>d. Dorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan dan untuk mengulangi permintaan</p> <p>e. Dengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>f. Berdiri didepan pasien ketika berbicara</p> <p>g. Gunakan kartu baca, kertas, pensil, bahasa tubuh, gambar, daftar kosakata bahasa asing, computer, dan lain-lain untuk memfasilitasi komunikasi dua arah yang optimal</p> <p>h. Ajarkan bicara dari esophagus, jika diperlukan</p> <p>i. Beri anjuran kepada pasien dan keluarga tentang penggunaan alat bantu bicara (misalnya, prostesi trakeoesofagus dan laring buatan</p> <p>j. Berikan pujian positive jika diperlukan</p> <p>k. Anjurkan pada pertemuan kelompok</p>
---	---	---	--



		<p>g. Mampu memajemen kemampuan fisik yang di miliki</p> <p>h. Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dengan lingkungan sosial</p> <p>Keterangan skala :</p> <p>1 : Tidak pernah menunjukkan</p> <p>2 : Jarang menunjukkan</p> <p>3 : Kadang-kadang menunjukkan</p> <p>4 : Sering menunjukkan</p> <p>5 : Secara konsisten menunjukkan</p>	<p>l. Anjurkan kunjungan keluarga secara teratur untuk memberi stimulus komunikasi</p> <p>m. Anjurkan ekspresi diri dengan cara lain dalam menyampaikan informasi (bahasa isyarat)</p>
7	<p>Hambatan Mobilitas Fisik</p> <p>Definisi : Keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah.</p> <p>Batasan Karakteristik :</p> <p>a. Penurunan waktu reaksi</p> <p>b. Kesulitan membolak-balik posisi</p> <p>c. Melakukan aktivitas lain sebagai pengganti pergerakan (mis.,meningkatkan perhatian pada aktivitas orang lain, mengendalikan perilaku, focus pada ketunadayaan/aktivitas sebelum sakit)</p> <p>d. Dispnea setelah beraktivitas</p> <p>e. Perubahan cara berjalan</p> <p>f. Gerakan bergetar</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama .. x .. jam, tidak terjadi gangguan komunikasi verbal dengan indikator:</p> <p>a. Klien meningkat dalam aktivitas fisik</p> <p>a. Mengerti tujuan dan peningkatan mobilitas</p> <p>b. Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah</p> <p>c. Memperagakan penggunaan alat</p> <p>d. Bantu untuk mobilisasi (walker)</p> <p>Keterangan skala :</p> <p>1 : Tidak pernah menunjukkan</p> <p>2 : Jarang menunjukkan</p> <p>3 : Kadang-kadang menunjukkan</p>	<p><b>Exercise therapy : ambulation</b></p> <p>a. Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan</p> <p>b. Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan</p> <p>c. Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera</p> <p>d. Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi</p> <p>e. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</p> <p>f. Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs</p>

<p>g. Keterbatasan kemampuan melakukan keterampilan motorik halus dan kasar</p> <p>h. Keterbatasan rentang pergerakan sendi</p> <p>i. Tremor akibat pergerakan</p> <p>j. Ketidakstabilan postur</p> <p>k. Pergerakan lambat</p> <p>l. Pergerakan tidak terkoordinasi</p> <p>Faktor Yang Berhubungan :</p> <p>a. Intoleransi aktivitas</p> <p>b. Perubahan metabolisme selular</p> <p>c. Ansietas</p> <p>d. Gangguan kognitif</p> <p>e. Konstraktur</p> <p>f. Fisik tidak bugar</p> <p>g. Penurunan ketahanan tubuh</p> <p>h. Penurunan kendali otot</p> <p>i. Penurunan massa otot</p> <p>j. Malnutrisi</p> <p>k. Gangguan muskuloskeletal</p> <p>l. Gangguan neuromuskular, Nyeri</p> <p>m. Agens obat</p> <p>n. Penurunan kekuatan otot</p> <p>o. Kurang pengetahuan tentang aktivitas fisik</p> <p>p. Keadaan mood</p>	<p>4 : Sering menunjukkan</p> <p>5 : Secara</p>	<p>secara mandiri sesuai kemampuan</p> <p>g. Dampingi dan Bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs pasien.</p> <p>h. Berikan alat bantu jika klien memerlukan.</p> <p>i. Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.</p>
---	---	---

	<p>depresif</p> <p>q. Keterlambatan perkembangan</p> <p>r. Keterbatasan ketahanan kardiovaskular</p> <p>s. Kerusakan integritas struktur tulang</p> <p>t. Program pembatasan gerak</p>		
8.	<p>Kesiapan meningkatkan proses keluarga berhubungan dengan perubahan kesehatan anggota keluarga.</p>	<p><b>Partisipasi keluarga dalam perawatan profesional (2605)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, kesiapan meningkatkan proses keluarga dapat terpenuhi dengan indicator:</p> <p>a. Berpartisipasi dalam perencanaan perawatan dipertahankan pada 3 ditingkatkan 4.</p> <p>b. Mengidentifikasi kebutuhan dan masalah yang relevan untuk perawatan dipertahankan pada 3 ditingkatkan 4.</p> <p>c. Bekerja sama dalam menentukan perawatan dipertahankan pada 3 ditingkatkan 4.</p> <p>d. Berpartisipasi dalam tujuan bekerjasama terkait dengan perawatan dipertahankan pada 3 ditingkatkan 5.</p> <p>Keterangan skala :</p> <p>1. : Tidak pernah menunjukkan.</p> <p>2. : Jarang menunjukkan.</p>	<p><b>Peningkatan koping (5230)</b></p> <p>3.1 Bantu keluarga pasien dalam mengidentifikasi tujuan jangka pendek dan jangka panjang yang tepat.</p> <p>3.2 Bantu keluarga pasien dalam memeriksa sumber-sumber yang tersedia untuk memenuhi tujuannya.</p> <p>3.3 Dukung keluarga pasien untuk mengidentifikasi deskripsi yang realistis terhadap adanya perubahan peran.</p> <p>3.4 Berikan penilaian mengenai pemahaman keluarga pasien terhadap proses penyakit.</p> <p>3.5 Gunakan pendekatan yang tenang dan memberikan jaminan.</p>

		<p>3. : Kadang-kadang menunjukkan.</p> <p>4. : Sering menunjukkan.</p> <p>5. : Secara konsisten menunjukkan.</p>	
9.	Keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan	<p><b>Growth and Development, Delayed</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, tidak terjadi keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan dengan indikator:</p> <p>a. Anak berfungsi optimal sesuai tingkatannya</p> <p>b. Keluarga dan anak mampu menggunakan coping terhadap tantangan karena adanya ketidakmampuan</p> <p>c. Keluarga mampu mendapatkan sumber-sumber sarana komunitas</p> <p>d. Kematangan fisik : wanita : perubahan fisik normal pada wanita yang terjadi dengan transisi dan masa kanak-kanak ke dewasa</p> <p>e. Kematangan fisik : pria perubahan fisik normal pada wanita yang terjadi dengan transisi dari masa kanak-kanak ke dewasa</p> <p>f. Status nutrisi seimbang</p> <p>g. Berat badan</p>	<p><b>Peningkatan perkembangan anak dan remaja</b></p> <p>1.1. Kaji faktor penyebab gangguan perkembangan anak</p> <p>1.2. Identifikasi dan gunakan sumber pendidikan untuk memfasilitasi perkembangan anak yang optimal</p> <p>1.3. Berikan perawatan yang konsisten</p> <p>1.4. Tingkatkan komunikasi verbal dan stimulasi taktil</p> <p>1.5. Berikan instruksi berulang dan sederhana</p> <p>1.6. Berikan reinforcement positif atas hasil yang dicapai anak</p> <p>1.7. Dorong anak melakukan perawatan sendiri</p> <p>1.8. Manajemen perilaku anak yang sulit</p> <p>1.9. Dorong anak melakukan sosialisasi dengan kelompok</p> <p>1.10. Ciptakan lingkungan yang aman.</p> <p><b>Nutritional Management :</b></p> <p>1.1. Kaji keadeguan asupan nutrisi</p>

		<p>Keterangan skala :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. : Tidak pernah menunjukkan.</li> <li>2. : Jarang menunjukkan.</li> <li>3. : Kadang-kadang menunjukkan.</li> <li>4. : Sering menunjukkan.</li> <li>5. : Secara konsisten menunjukkan.</li> </ol>	<p>(misalnya kalori, zat gizi)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.2. Tentukan makanan yang disukai anak</li> <li>1.3. Pantau kecenderungan kenaikan dan penurunan berat badan.</li> </ol> <p><b>Nutrition Therapy :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Menyelesaikan penilaian gizi, sesuai</li> <li>1.2. Memantau makanan / cairan tertelan dan menghitung asupan kalori harian, sesuai</li> <li>1.3. Memantau kesesuaian perintah diet untuk memenuhi kebutuhan gizi sehari-hari, sesuai</li> <li>1.4. Kolaborasi dengan ahli gizi, jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi persyaratan gizi yang sesuai</li> <li>1.5. Pilih suplemen gizi, sesuai</li> <li>1.6. Dorong pasien untuk memilih makanan semisolid, jika kurangnya air liur menghalangi menelan</li> <li>1.7. Mendorong asupan makanan tinggi kalsium, sesuai</li> <li>1.8. Mendorong asupan makanan dan cairan tinggi kalium, yang sesuai</li> <li>1.9. Pastikan bahwa diet termasuk makanan tinggi kandungan serat untuk mencegah konstipasi</li> </ol>
--	--	---	---

			<p><b>1.10.</b> Memberikan pasien dengan tinggi protein, tinggi kalori, makanan dan minuman bergizi yang dapat mudah dikonsumsi, sesuai .Administer menyusui enterai, sesuai</p>
10	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama .. x .. jam, tidak terjadi gangguan ketidakseimbangan nutrisi dengan indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan</li> <li>a. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan</li> <li>b. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi</li> <li>c. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi</li> <li>d. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dan menelan</li> <li>e. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti</li> </ul> <p>Keterangan skala :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. : Tidak pernah menunjukkan.</li> <li>2. : Jarang menunjukkan.</li> <li>3. : Kadang-kadang</li> </ul>	<p><b>Nutrition Management</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kaji adanya alergi makanan</li> <li>b. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.</li> <li>c. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe</li> <li>d. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C</li> <li>e. Berikan substansi gula</li> <li>f. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>g. Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)</li> <li>h. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian.</li> <li>i. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori</li> <li>j. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi</li> <li>k. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan</li> </ul> <p><b>Nutrition Monitoring</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. BB pasien dalam</li> </ul>

		<p>menunjukkan.</p> <p>4. : Sering menunjukkan.</p> <p>5. : Secara konsisten menunjukkan.</p>	<p>batas normal</p> <p>b. Monitor adanya penurunan berat badan</p> <p>c. Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan</p> <p>d. Monitor interaksi anak atau orangtua selama makan</p> <p>e. Monitor lingkungan selama makan</p> <p>f. Jadwalkan pengobatan dan perubahan pigmentasi</p> <p>g. Monitor turgor kulit</p> <p>h. Monitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah</p> <p>i. Monitor mual dan muntah</p> <p>j. Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht</p> <p>k. Monitor pertumbuhan dan perkembangan</p> <p>l. Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva</p> <p>m. Monitor kalori dan intake nutrisi</p> <p>n. Catat adanya edema, hiperemik, hipertonic papila lidah dan cavitas oral.</p> <p>o. Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet</p>
--	--	---	--

#### 4. Implementasi.

Menurut Asmadi (2014), implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang

telah ditetapkan. Kemampuan yang harus dimiliki perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan hubungan saling percaya dan saling bantu, kemampuan melakukan teknik psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistematis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi, dan kemampuan evaluasi.

Intervensi keperawatan berlangsung dalam tiga tahap. Fase pertama merupakan fase persiapan yang mencakup pengetahuan tentang validasi rencana, implementasi rencana, persiapan klien dan keluarga. Fase kedua merupakan puncak implementasi keperawatan yang berorientasi pada tujuan. Pada fase ini, perawat berusaha menyimpulkan data yang dihubungkan dengan reaksi klien. Fase ketiga merupakan terminasi perawat-klien setelah implementasi keperawatan selesai dilakukan. Langkah selanjutnya adalah menyimpulkan hasil pelaksanaan intervensi keperawatan tersebut.

Implementasi tindakan keperawatan dibedakan menjadi tiga kategori, yaitu :

- a. *Independent*, yaitu suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya. Lingkup tindakan keperawatan independen, antara lain:

- 1) Mengkaji klien atau keluarga melalui riwayat keperawatan dan pemeriksaan fisik untuk mengetahui status kesehatan klien.



- 2) Merumuskan diagnosa keperawatan sesuai respons klien yang memerlukan intervensi keperawatan.
  - 3) Mengidentifikasi tindakan keperawatan untuk mempertahankan atau memulihkan kesehatan klien.
  - 4) Mengevaluasi respons klien terhadap tindakan keperawatan dan medis.
- b. *Interdependent*, yaitu suatu kegiatan yang memerlukan kerjasama dari tenaga kesehatan lain (mis., ahli gizi, fisioterapi, dan dokter).
- c. *Dependen*, berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis/ instruksi dari tenaga medis.

Hal lain yang tidak kalah penting pada tahap implementasi ini adalah mengevaluasi respons atau hasil dari tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap klien serta mendokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan berikut respons atau hasilnya.

## 5. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses suatu keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil proses akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan suatu keperawatan. Evaluasi dilakukan secara bersinambungan dengan melibatkan keluarga pasien dan tenaga kesehatan yang lainnya. Pada tahap evaluasi, perawat dapat mengetahui seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan telah tercapai. Meskipun

tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan tetapi tahap ini merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan.

### C. Intervensi Inovasi *Massage Punggung* dengan aromaterapi Rosemary

No.	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
	<p><b>Risiko Infeksi</b></p>	<p><b>Kontrol Risiko : Proses Infeksi (1924)</b>            Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x...jam, risiko infeksi tidak menjadi aktual dengan indikator:            a. Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi            b. Mencuci tangan            c. Mempertahankan lingkungan yang bersih            Keterangan skala :            1 : Tidak pernah menunjukkan            2 : Jarang menunjukkan            3 : Kadang-kadang menunjukkan            4 : Sering menunjukkan            5 : Secara konsisten menunjukkan</p>	<p><b>Kontrol Infeksi (6540)</b>            a. Cuci tangan sebelum dan sesudah kegiatan perawatan pasien.            b. Gunakan sabun antimikroba untuk cuci tangan yang sesuai.            c. Anjurkan pengunjung untuk mencuci tangan pada saat memasuki dan meninggalkan ruangan pasien.            d. Batasi jumlah pengunjung            e. Bersihkan lingkungan dengan baik setelah digunakan untuk setiap pasien.            f. Ganti peralatan perawatan per pasien sesuai protokol institusi.            g. Pakai sarung tangan steril dengan tepat.            h. <b>Gosok kulit/ massae dengan menggunakan aroaterapi rosemary pasien</b>            1) Beri tahu pasien bahwa tindakan akan segera dimulai            2) Cek alat-alat yang akan digunakan            3) Dekatkan alat ke sisi tempat tidur pasien            4) Posisikan pasien nyaman</p>

			<p>5) mungkin Periksa keadaan kulit dan tekanan darah sebelum memulai massage punggung</p> <p>6) Bantu pasien melepas baju</p> <p>7) Bantu pasien merubah posisi sesuai kondisi (miring atau pronasi/telungkup)</p> <p>8) Buka punggung pasien, bahu, lengan atas tutup sisanya dengan selimut mandi</p> <p>9) Aplikasikan aromaterapi rosemary pada bahu dan punggung</p> <p>10) Meletakkan kedua tangan pada sisi kanan dan kiri tulang belakang pasien. Memulai massage dengan gerakan <i>effleuraugge</i>, yaitu massage dengan gerakan sirkuler dan lembut secara perlahan ke atas menuju bahu dan kembali ke bawah hingga ke bokong. Menjaga tangan tanpa tetap menyentuh kulit.</p> <p>11) Selanjutnya meremas kulit dengan mengankat jaringan di antara ibu jari dan jari tangan (<i>petrissage</i>). Meremas ke atas sepanjang di kedua sisi tulang belakang dari bokong ke</p>
--	--	--	--

			<p>bahu dan sekitar leher bagian bawah dan usap ke bawah kearah Sacrum</p> <p>12) Akhiri gerakan dengan massage memanjang ke bawah</p> <p>13) Bersihkan sisa lotion pada punggung dengan handuk</p> <p>14) Bantu klien memakai baju kembali</p> <p>15) Bantu klien ke posisi semula</p> <p>16) Beritahu bahwa tindakan sudah selesai</p> <p>i. Ganti iv periver dan tempat saluran penghubung serta balutannya sesuai dengan pedoman CDC saat ini.</p> <p>j. Pastikan penanganan aseptik dari semua saluran iv.</p> <p>k. Pastikan teknik perawatan luka yang tepat.</p> <p>l. Tingkatkan intake nutrisi yang adekuat.</p> <p>m. Berikan terapi antibiotik yang sesuai.</p> <p>n. Ajarkan anggota keluarga mengenai bagaimana menghindari infeksi.</p>
--	--	--	--

### **BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA**

A. Pengkajian Kasus .....	80
B. Data Khusus .....	81
1. Primary Survey / Pengkajian awal .....	81
2. Secondary Survey / Pengkajian Lanjutan .....	82
C. Pemeriksaan Pola Gordon .....	83
D. Pemeriksaan Penunjang .....	86
E. Terapi .....	87
F. Analisa Data .....	87
G. Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas .....	89
H. Rencana Keperawatan .....	89
I. Intervensi Inovasi .....	94
J. Implementasi Keperawatan .....	96
K. Evaluasi Tindakan .....	103

### **BAB IV ANALISA SITUASI**

A. Profil Rumah Sakit RSUD Wahab Sjahranie Samarinda.....	108
B. Analisa Masalah Keperawatan .....	109
C. Analisis intervensi inovasi dengan konsep dan penelitian Terkait .....	112
D. Alternatif Pemecahan Yang Dapat Dilakukan .....	118

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS**

**MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

## BAB V

### PENUTUP

#### A. Kesimpulan

1. Anak M masuk Ruang PICU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dengan diagnosa *Mikrocephalus* dengan *Melena*. Masalah keperawatan yang didapatkan adalah ketidakefektifan pola nafas, kerusakan jaringan integritas kulit, resiko infeksi dengan faktor resiko prosedur invasive dan gangguan perfusi jaringan. Setelah dilakukan implementasi selama tiga hari didapat hasil evaluasi yaitu masalah ketidakefektifan pola jalan nafas teratasi sebagian, kerusakan jaringan kulit teratasi sebagian, masalah risiko infeksi teratasi sebagian dan gangguan perfusi jaringan belum teratasi.

Diagnosa yang tidak ada pada teori namun penulis angkat menjadi diagnosa keperawatan adalah gangguan integritas kulit dan resiko infeksi. Diagnosa tersebut diangkat berkaitan dengan kondisi mobiltas anak M yang terbatas dan detrest selama sebelum di rawat di rumah sakit. Adanya luka pada bagian kepala dan punggung memungkinkan diangkat diagnosa kerusakan jaringan integritas kulit. Sedangkan diagnosa risiko infeksi berkaitan dengan adanya luka dan tindakan invasive yang diberikan pada anak M selama di rawat di rumah sakit yakni pemasangan infus dan pemasangan selang kencing.

2. Intervensi inovasi yang dilakukan pada klien adalah dengan pemberian terapi *massage* dengan *rosemary* untuk mengurangi resiko dekubitus dan

mengurangi derajat dekubitus pada, ditunjukkan dengan penurunan stage dekubitus, yaitu :

- a. Hari I : dari stage II tetap dalam stage II meliputi luka di bagian sacrum
- b. Hari II : dari stage II tetap dalam stage II meliputi luka dibagian sacrum.
- c. Hari III : dari stage II pada bagian sacrum sudah mengalami perkembangan dan pertumbuhan jaringan.

## **B. Saran**

### 1. Bagi pelayanan keperawatan

Perawat dapat menerapkan terapi *massage* dengan menggunakan *rosemary* dalam membantu mengurangi dan mencegah luka dekubitus. Terapi *massage* dengan menggunakan *rosemary* dapat diterapkan dengan melibatkan keluarga sebagai pendekatan perawatan berpusat pada keluarga. Keluarga terutam ibu sebagai orang terdekat dapat berperan serta dalam meningkatkan derajat kesehatan anak yang sedang dirawat di ruang perawatan kritis sehingga mampu melanjutkannya di rumah.

### 2. Ilmu Pendidikan Keperawatan

Hasil penulisan karya ilmiah ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan ajaran dan memasukan ke dalam sub pokok bahasan materi tentang metode menurunkan derajat dekubitus dan mencegah dekubitus pada pasien yang *bedrest*, disamping metode lain yang sudah dikenal sebelumnya. Selain itu dengan adanya hasil karya tulis ini diharapkan perawat lebih

dapat memberikan pelayanan secara maksimal sehingga mampu meningkatkan kualitas hidup klien, memberikan pendidikan kesehatan serta motivasi sehingga berdampak positif terhadap klien dan keluarga

### 3. Penelitian keperawatan

Penulis menyarankan untuk melakukan penelitian lebih lanjut tentang pengaruh *massage* dengan menggunakan *rosemary* terhadap penurunan skala dekubitus dengan mempertimbangkan jenis penyakit anak seperti pada anak dengan penyakit akut, dengan menggunakan variasi aroma terapi lainnya sehingga dapat diperkaya sumber terapi komplementer yang dapat dilakukan perawat secara mandiri dalam mendukung pengelolaan asuhan keperawatan yang baik pada klien.



## DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi. (2008). *Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep Dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika.
- Aini, S. H. (2010). *Panduan Praktis Aromatherapy untuk Pemula*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama, 8-10.
- Anggit P.M, 2011, *Efektifitas Pemberian Massage Punggung Terhadap Pencegahan Dekubitus pada Pasien Tirah Baring di RSUD Kajen Kab. Pekalongan*, J. Keperawatan dan Kebidanan (JIKK) Vol. 1 No.4, Juni 2011 : 196-204. <https://ojs.uph.edu/index.php/NCJK/article/view/1105>. Diakses tanggal 15 Desember 2018.
- Butler, C.T. (2008). Pediatric skin care: guidelines for assessment, prevention, and treatment. *Dermatology nursing*/Oktober2008/Vol.19/No.5.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18286861>. Diakses tanggal 10 Desember 2018.
- Carpenito, L. J. (2013). *Diagnosa Keperawatan : Aplikasi pada Praktek Klinik (Terjemahan)*. Edisi 6. Jakarta: EGC.
- Doenges, E. M. (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan (Terjemahan)*. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Dharma, A. &Andryanto, M., (2010) *Pengantar Psikologi*. Jakarta: Erlangga.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure ulcer advisory panel.(2009). *prevention of pressureulcer: Quick reference guide*. Vol 108 no 4.<http://www.nursingtimes.net/Journals/2012/01/19/i/q/p/210124-Discguy>. Diakses tanggal 10 Desember 2018.
- Gaware, V. M., Nagare, R., Dhamak, K. B., Khadse, A. N., Kotade, K. B., Kashid, V. A., & Laware, R. B. (2013). *Aromatherapy: Art or Science*. *International Journal of Biomedical Research*.
- Groeneveld, A., et al. (2015). The prevalence of pressure ulcers in a tertiary care pediatric and adulthospital. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2014;31(3): 108-120.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15867739>. Diakses tanggal 22 Desember 2018.
- Gunarsa, D. S. (2016). *Psikologi Praktis: Dari Anak Sampai Usia Lanjut*, Jakarta: PT. BPK Gunung Mulia.

- Henny Syapitri1, Henny; Siregar, Laura, Mariati dan Dan Ginting, Daniel. (2017). Metode pencegahan luka decubitus pada pasien bedrest total melalui perawatan kulit. *Idea Nursing Journal*, Vol. VIII No. 2 201. <http://www.jurnal.unsyiah.ac.id/INJ/article/viewFile/8827/7423>. Diakses tanggal 02 Januari 2019.
- Hidayat, A. A. (2015). Pengantar ilmu keperawatan anak. Jakarta: Salemba Medika.
- Hockenbery, & Wilson (2014), Wong's esensial pediatric nursing. Eighth edition. St. Lois Mosby Elsevier
- Hussain, A.I., (2009). Characterization and Biological Activities of Essential Oil of Some Species of Lamiaceae, Thesis, Department of Chemistry & Biochemistry Faculty of Sciences University of Agriculture, Pakistan Jaelani. (2009). Aroma Terapi. Jakarta: Pustaka Populer Obor.
- Jones, I., Tweed, C., et al. (2010). Pressure area care in infants and children: Nimbus paediatrics system. *British Journal of Nursing* 2010;10(12): 789-795. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11972123>. Diakses tanggal 10 Desember 2018.
- Iqbal, Mohammad (2017). Pengaruh manajemen model asuhan keperawatan profesional tim terhadap kualitas pelayanan keperawatan di bangsal pria RSUD. Datoe Binangkang. *Jurnal Keperawatan*. 5 (2). 46- 68.
- Kardinan, A., (2007). Daya Tolak Ekstrak Tanaman Rosemary (*Rosmarinus officinalis*) Terhadap Lalat (*Musca domestica*). *Bul. Litro*, 18 no.2, 170 – 176. <http://ejurnal.litbang.pertanian.go.id/index.php/bultro/article/view/1938/5465>. Diakses tanggal 15 Desember 2018.
- Koensomardiyah. (2009). A-Z Aromaterapi untuk Kesehatan, Kebugaran, dan Kecantikan. Yogyakarta: Lily Publisher.
- Maklebust, J. & Sieggreen, M. (2010). *Pressure ulcers*. USA: Sprighthouse. Suheri. (2005). *Gambaran lama hari rawat dalam terjadinya luka dekubitus pada pasien immobilisasi di RSUP Haji Adam Malik Medan. USU* <http://www.usu.ac.id/bitstream/123456789/>. diakses tanggal 10 November 2018.
- M, Carolina dan Margareth asirait. (2013). *Pengaruh Merubah Posisi dan Massage Kulit pada Pasien Stroke terhadap terjadinya Luka Dekubitus*, *Jurnal Keperawatan*. 117-125. <http://eprints.ums.ac.id/52285/4/KARYA%20TULIS%20ILMIAH.pdf>. Diakses tanggal 10 Desember 2018.
- Muchtaridi, & Moelyono. (2015). Aromaterapi. Yogyakarta: Graha Ilmu.

- Nanda Internasional. (2016). *Diagnosa Keperawatan 2015-2017*. Jakarta : EGC.
- Pertiwi, Annis; Idriansari, Antarini dan Kusumaningrum, Arie (2018). pengaruh aromaterapi *rosemary* terhadap penurunan tingkat kecemasan akibat hospitalisasi pada anak usia prasekolah di IRNA Anak RSUD Kayuagung OKI. <https://ejournal2.unsri.ac.id>. diakses tanggal 10 Desember 2018.
- Potter, P.A, Perry, A.G. (2014). Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 4. Volume 2. Alih Bahasa : Renata Komalasari, dkk. Jakarta: EGC.
- Potter., Patricia, A. & Anne, G., Perry. (2011). Fundamental keperawatan Buku 1. Ed. 7. Jakarta: Salemba Medika
- Pupung. (2009). *Efek Massage pada Peredaran Darah, Limpa, Kulit dan Jaringan Otot*.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2013). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI Tahun (2010).
- RNAO. (2005). *Risk assessment & prevention of pressure ulcers, RNAO*.
- Roesli, Utami. (2008). Pedomannya Pijat Bayi Edisi 6. Jakarta : Trubus Agriwidya
- Sari, Wyssie Ika dan Widyastuti, Hesti, Agustima. (2016). Pengaruh *Aromatherapy Message Rosemary* terhadap pencegahan *Ulkus Dekubitus* pada Bayi Berat Badan Lahir Rendah. [https://stikeswch-malang.ac.id/wp-content/uploads/2017/08/No.-5-April-2016\\_3.pdf](https://stikeswch-malang.ac.id/wp-content/uploads/2017/08/No.-5-April-2016_3.pdf). Diakses tanggal 10 Desember 2018.
- Satyanegara, (2012). *Ilmu Bedah Syaraf*, Penerbit PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Sayorwan W. (2013). Effects of Inhaled Rosemary Oil on Subjective Feelings and Activities of the Nervous System. *Sci Pharm*. 2013;81(2):531-542. doi:10.3797/scipharm.1209-05.
- Schindler (2011). Skin Integrity in critically ill and injured Children. *American Journal of Critical care*. Novemver 2011, volume 16.n0.6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17962501>. Diakses tanggal 10 Desember 2018.
- Soetjiningsih. (2010). *Tumbuh Kembang Anak*, Jakarta: EGC.
- Suheri. (2010). Gambaran lama hari rawat dalam terjadinya luka dekubitus pada pasien immobilisasi di RSUP Haji Adam Malik Medan. [Skripsis]. [http://repository.usu.ac.id/handle/12345\\_6789/17133.3](http://repository.usu.ac.id/handle/12345_6789/17133.3). Diakses tanggal 10 Desember 2018.
- Suriadi. (2004). *Perawatan Luka. Cetakan 1*. Jakarta: Sagung Seto

- Sue, Moorhead,dkk. (2013).*Nursing Outcomes Classification (NOC)*edisibahasaIndonesia.:Elsever.
- Sylvia, M, Lorraine. (2015). Patofisiologi konsep klinis proses proses penyakit. Edisi 6, Volume 2. Jakarta: EGC.
- Tan, L. (2014). Efek Aromaterapi Minyak Esensial Rosemary (*Rosmarinus officinalis*) terhadap memori jangka pendek pada wanita dewasa
- Wasisto. (2012), *Efektifitas Minyak Astiri Rosmery Oil UntukMencegah TerjadinyaUlkusDekubitus Pada Pasien Tirah Baring Lama*. Jurnal Ners Indonesia, Vol. 2, No. 2, Maret 2012. <https://ejournal.unri.ac.id/index.php/JNI/article/view/2025>. Diakses tanggal 10 Desember 2018.
- Willock, J & Maylor, M. (2009). Pressure Ulcers in infant and children Nursing Standart, Vol 18/no/24/2009. <https://www.o-wm.com/article/pressure-ulcer-risk-and-prevention-practices-pediatric-patients-secondary-analysis-data>. Diakses tanggal 10 Desember 2018.
- Wong, L. Donna. (2009). Buku Ajar Keperawatan Pediatrik. Vol. 1. Edisi 6. . Jakarta : EGC.
- Yoshiko, Ciwi ,&Purwoko, Yosep. (2016). Pengaruh Aromaterapi *Rosemary* TerhadapAtensi. Jurnal Kedokteran Diponegoro,Volume 5, Nomor 4, Oktober 2016.<http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/medico>. Diakses tanggal 12 Desember 2018.
- Yusuf, S., (2009). Psikologi Perkembangan Anak& Remaja.Bandung : PT Remaja Rosdakarya.