

**EFEKTIFITAS PENERAPAN KOMPRES *ALOE VERA* TERHADAP
PENURUNAN SKALA NYERI FLEBITIS AKIBAT TERAPI
INTRAVENA PADA ANAK DIRUANG MELATI RSUD
ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

2019



**EFEKTIFITAS PENERAPAN KOMPRES *ALOE VERA* TERHADAP
PENURUNAN SKALA NYERI FLEBITIS AKIBAT TERAPI
INTRAVENA PADA ANAK DIRUANG MELATI RSUD
ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Untuk Memenuhi Sebagai Persyaratan Mencapai Derajat Ners Pada Program
Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda



Di susun Oleh:

RISKI ARIANI,S.Kep

NIM : P180741

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

2019

HALAMAN PENGESAHAN
EFEKTIVITAS PENERAPAN KOMPRES *ALOE VERA* TERHADAP PENURUNAN
SKALA NYERI FLEBITIS AKIBAT TERAPI INTRAVENA PADA ANAK
DI RUANG MELATI RSUD ABDUL WAHAB
SJAHRANIE SAMARINDA

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

RISKI ARIANI

NIM: P10741

Telah dipertahankan dalam ujian
Pada tanggal 18 Desember 2019

PENGUJI KLINIK

Ns. Ellv Fadly, S.Kep

NIK. 19890414.201208.2.C2.37

PENGUJI AKADEMIK

Ns. Sumiati Sinaga, S.Kep., M.Kep

NIK. 113072.82.06.009



Mengetahui,

Ketua
STIKES Wiyata Husada Samarinda



Ns. Edy Muliono, S.Pd., S.Kep., M.Kep
NIK: 113072.74.13.045

Ketua Program Studi
Ilmu Keperawatan
STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep
NIK: 113072.86.13.071

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Riski Ariani
Nim : P180741
Program studi : Program Studi Profesi Ners STIKES
Wiyata Husada Samarinda
Judul karya ilmiah akhir ners : Efektifitas penerapan kompres *aloe vera*
terhadap penurunan skala nyeri phlebitis
akibat terapi intravena pada anak usia sekolah
diruang melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie
Samarinda.

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya ilmiah akhir ners yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa karya ilmiah akhir ners ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Samarinda, 18 Desember 2018

Yang membuat pernyataan,

Riski Ariani,S.Kep

NIM: P180741

KATA PENGANTAR

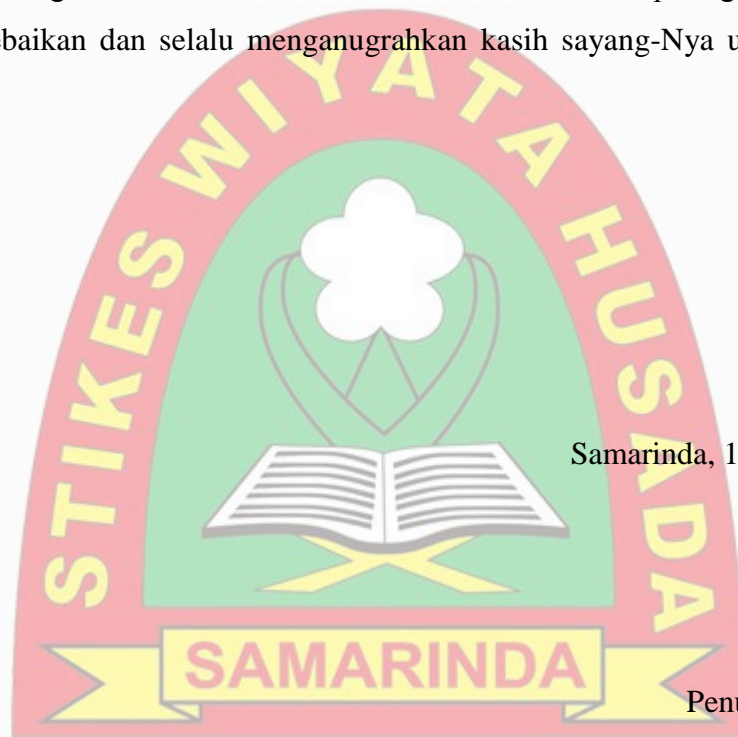
Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT berkat rahmat dan bimbinganNya saya dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul “Efektifitas penerapan kompres *aloe vera* terhadap penurunan skala nyeri flebitis akibat terapi intravena pada anak diruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”. Bersamaan ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ns. Edy Mulyono, S.Kep, S.Pd, M.Kep, selaku Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda.
2. Ibu Iswanti, selaku Kepala Ruang Melati yang telah berkenan membimbing dan memberi
3. Ns. Rusdi, S.Kep, M.Kep, selaku Ketua Program Studi Profesi Ners.
4. Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, M. Kep., Sp. Kep.MB, selaku koordinator Stase Peminatan.
5. Ns. Sumiati Sinaga, S.Kep, M.Kep, selaku Pembimbing Akademik.
6. Ns. Elly Fadly, S.Kep selaku pembimbing klinik dalam karya tulis ilmiah ini
7. Semua preseptor stase peminatan di Ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang telah banyak membimbing hingga terselesaikan laporan ini.
8. Seluruh pegawai ruang Melati yang telah banyak memberikan saya masukan serta bimbingannya dalam melaksanakan dinas, yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu namanya
9. Orang tua dan seluruh keluarga tercinta yang selalu memberikan motivasi dan doa agar yang telah banyak member motivasi dan dukunganya.
10. Rekan-rekan Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda

yang telah banyak memberi motivasi dan dukungannya.

11. Teman – teman seperjuangan peminatan di Ruang Melati telah membantu dalam mengerjakan Karya Ilmiah Akhir Ners ini dengan penuh semangat dan kerjasama.

Dan semua pihak yang telah membantu penyelesaian Karya Ilmiah Akhir Ners ini. Mohon maaf atas kesalahan dan ketidaksopanan yang mungkin telah saya perbuat. Semoga Allah Ta`ala senantiasa memudahkan setiap langkah- langkah kita menuju kebaikan dan selalu menganugrahkan kasih sayang-Nya untuk kita semua. Aamiin



LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Riski Ariani

NIM : P180741

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada STIKES Wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Efektivitas Penerapan Kompres Aloe Vera Terhadap Penurunan Skala Nyeri Flebitis Akibat Terapi Intravena Pada Anak Di Ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, STIKES Wiyata Husada berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (databases), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Samarinda, 18 Desember 2019

Yang menyatakan

(Riski Ariani,S.Kep)

ABSTRAK

EFEKTIFITAS PENERAPAN KOMPRES *ALOE VERA* TERHADAP PENURUNAN SKALA NYERI FLEBITIS AKIBAT TERAPI INTRAVENA PADA ANAK DIRUANG MELATI RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA

Riski Ariani¹ , Sumiati Sinaga² , Elly Fadly³

Latar Belakang : Flebitis merupakan suatu reaksi inflamasi yang terjadi pada pembuluh darah vena yang dapat ditandai dengan nyeri, kemerahan, bengkak, dan panas pada daerah tusukan dan pengerasan sepanjang pembuluh darah vena. **Tujuan :** untuk menurunkan skala nyeri flebitis pada pasien yang sedang menjalani terapi intravena dengan melakukan kompres *aloe vera*. **Metode :** penelitian ini dilakukan pada bulan November – Desember 2019 di ruang keperawatan anak melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dengan jumlah sampel sebanyak 4 orang pasien yang dipilih menggunakan teknik purposive sampling. **Hasil :** dari pemberian kompres *aloe vera* terhadap penurunan skala nyeri flebitis pada anak yang menjalani terapi intravena sangatlah efektif dimana sebelum dilakukan kompres *aloe vera* skala nyeri berada pada skala 4 dan setelah dilakukan kompres turun menjadi skala 2. **Kesimpulan :** kompres *aloe vera* efektif untuk menurunkan skala nyeri flebitis pada anak yang sedang menjalani terapi intravena.

Kata Kunci : Aloe Vera, Nyeri Flebitis, Pemasangan Terapi Intravena.

¹ Mahasiswa program studi profesi ners , STIKES Wiyata Husada Samarinda

² Dosen program studi profesi ners, STIKES Wiyata Husada Samarinda

³ Praktisi, RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

ABSTRACT

THE EFFECTIVENESS OF THE APPLICATION OF ALOE VERA COMPRESSES TO THE DECREASE OF THE FLEBITIS PAIN SCIENCE DUE TO THERAPY INTRAVENA IN CHILDREN IN THE ROOM OF MELATI RSUD ABDUL WAHAB SJHRANIE SAMARINDA

Riski Ariani¹, Sumiati Sinaga², Elly Fadly³

Background: Phlebitis is an inflammatory reaction that occurs in veins that can be characterized by pain, redness, swelling, and heat in the puncture and venous areas along the veins. **Objective:** to reduce the phlebitis pain scale in patients undergoing intravenous therapy by compressing aloe vera. **Method:** this research was conducted in November - December 2019 in the jasmine nursery children's room Abdul Wahab Sjahranie Hospital Samarinda with a total sample of 4 patients selected using purposive sampling technique. **Results:** from giving aloe vera compresses to decrease phlebitis pain scale in children undergoing intravenous therapy is very effective where before compressing aloe vera the pain scale is on a scale of 4 and after compressing down to scale 2. **Conclusion:** aloe vera compresses are effective for lowering the scale phlebitis pain in children undergoing intravenous therapy.

Keywords: Aloe Vera, Phlebitis Pain, Intravenous Therapy Installation.

¹ Nursing profession study program student, STIKES Wiyata Husada Samarinda

² Nurse professional lecturer, STIKES Wiyata Husada Samarinda

³ Practitioner, Abdul Wahab Sjahranie Hospital Samarinda

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR BAGAN	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penelitian.....	5
D. Manfaat Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Konsep Anak	7
B. Konsep Dasar Flebitis.....	16
C. Konsep Terapi Intravena.....	27
D. Konsep Lidah Buaya.....	37
E. Konsep Akut <i>Limfoblastic Leukimia</i>	43
F. Integrasi Model Dorothea E. Oream.....	46
G. Proses Keperawatan Menurut Model Dorothe E. Oream	49
H. Kerangka Teori	51
I. Pathway Kompres <i>Aloe Vera</i>	52
BAB III TINJAUAN KASUS	53
A. Kasus Kelolaan Utama	53
B. Kasus Kelolaan Resume	56
C. Analisa EBN (<i>Evidence Based Nursing</i>).....	64
BAB IV PEMBAHASAN.....	70
A. Pengkajian.....	70
B. Diagnosa Keperawatan	76
C. Intervensi Keperawatan	80
D. Implementasi Keperawatan.....	84
E. Evaluasi.....	88
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	89
A. Kesimpulan	89
B. Saran	90

DAFTAR PUSTAKA
DAFTAR RIWAYAT HIDUP
LAMPIRAN



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Lokasi Pemasangan Infus	29
Gambar 2.2 Tumbuhan Lidah Buaya	38
Gambar 2.3 Jenis – Jenis Tanaman Lidah Buaya	39



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 <i>Visual Infusio Phlebitis Score</i>	21
Tabel 2.2 Karakteristik Tiga Jenis Tanaman Lidah Buaya	42
Tabel 4.1 Pemberian Implementasi	86



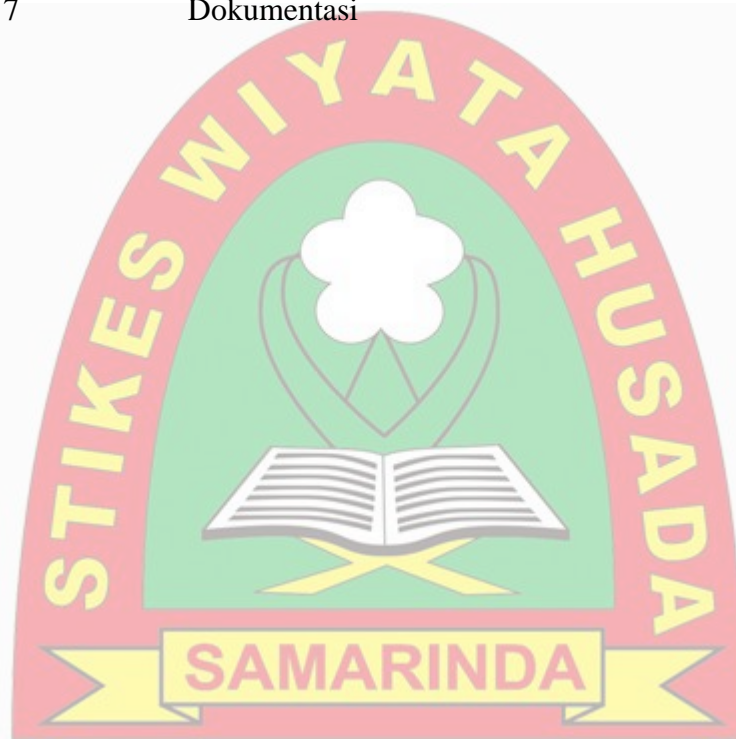
DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Kerangka Teori	51
Bagan 2.2 Pathway Kompres <i>Aloe Vera</i>	52
Bagan 3.1 Alur Penelitian Kompres <i>Aloe Vera</i>	67



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Penjelasan Penelitian
Lampiran 2	Inform Consent
Lampiran 3	Lembar Observai
Lampiran 4	Standar Operasional Prosedur
Lampiran 5	Timeline Program Profesi Ners Stase Peminatan
Lampiran 6	Asuhan Keperawatan Pasien Kelolaan Utama
Lampiran 7	Dokumentasi



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pasien yang menjalani rawat inap di rumah sakit perlu mendapatkan penanganan oleh tim kesehatan. Penanganan yang diberikan salah satunya berupa pemasangan infus atau terapi intravena (Wahyuni & Nurhidayat, 2008). Terapi infus adalah salah satu teknologi yang paling sering digunakan dalam pelayanan kesehatan di seluruh dunia. Lebih dari 60% pasien yang masuk ke rumah sakit mendapat terapi melalui infus (Hinley, 2004).

Terapi intravena merupakan jenis terapi yang banyak diberikan pada anak saat dirawat terutama di ruang rawat intensif. Sekitar 80% pasien anak mendapatkan terapi infus di rumah sakit (Zheng, et al., 2014). Terapi ini bertujuan untuk mengganti cairan yang hilang, koreksi elektrolit, transfusi darah, atau untuk medikasi (Lavery & Ingram, 2008; & Riris & Kuntarti, 2014).

Pemberian terapi intravena apalagi dalam jangka waktu yang lama dapat menimbulkan komplikasi. Salah satu komplikasi yang paling banyak terjadi adalah flebitis. Flebitis merupakan inflamasi pada tunika intima vena yang disebabkan oleh faktor kimia, mekanis, bakteri, dan post infusion yang menimbulkan efek nyeri, eritema, bengkak dan hangat pada bagian penusukan, pembentukan lapisan, dan pengerasan sepanjang vena (Alexander, et al., 2010; Foster, Wallis, Paterson, & James, 2002; Saini, Agnihotri, Gupta, & Walia, 2011). Jenis terapi intravena, kualitas kateter intravena dan teknik pemasangan, serta status penyakit merupakan penyebab flebitis (Premji, 2007).

Flebitis dapat terjadi akibat prosedur pemasangan yang kurang tepat, posisi yang salah, serta kegagalan menembus vena dan dapat juga menimbulkan ketidaknyamanan pasien salah satunya menimbulkan nyeri flebitis. Dampak yang terjadi dari plebitis bagi pasien menimbulkan dampak yang nyata yaitu

ketidaknyamanan pasien, pergantian kanul infus baru, menambah lama perawatan dan akan menambah biaya perawatan di rumah sakit.

Kejadian flebitis meningkat sejalan dengan lamanya kanulasi atau waktu pemasangan Seperti yang dikemukakan oleh Gabriel,et al, 2005 dalam *Royal College of Nursing (RCN) 2015* yang mengatakan bahwa angka kejadian flebitis meningkat 12% menjadi 34% pada 24 jam pertama setelah hari pemasangan infus, diikuti oleh peningkatan angka dari 35% menjadi 65% setelah 48 jam pemasangan infus (Alexander,et al., 2010).

WHO menunjukkan bahwa sekitar 8,7% dari 55 rumah sakit dari 14 negara yang berasal dari Eropa, Timur Tengah, Asia Tenggara, dan Pasifik menunjukkan adanya infeksi nosokomial Hospital Acquired Infection (HAIs) dan untuk Asia Tenggara sebanyak 10,0% (Rimba Putri, 2016). Angka kejadian infeksi nosokomial juga telah dijadikan salah satu tolak ukur mutu pelayanan di rumah sakit. Infeksi nosokomial merupakan infeksi yang terjadi pada pasien ketika berada di rumah sakit atau ketika berada di fasilitas kesehatan lainnya. Dari sekian banyak jenis infeksi nosokomial, flebitis menempati peringkat pertama dibanding dengan infeksi lainnya (Depkes RI, 2013)

Di Indonesia angka kejadian nosokimial berupa flebitis sebanyak 53,11% dan di rumah sakit swasta 32,770% (Kemenkes, 2016). Data di Jawa Barat angka kejadian flebitis berkisar antara 52%-55% (Dinkes Jabar, 2016). Sedangkan data di Kabupaten Garut angka kejadian plebitis berkisar antara 51%-54% (Dinkes Garut, 2016).

Anak merupakan kelompok umur yang rentan mengalami kejadian flebitis. Data dari salah satu penelitian di rumah sakit anak di Afganistan menunjukkan bahwa 69,9% anak yang dirawat mengalami flebitis. Risiko flebitis akan meningkat setelah 24 jam pemasangan dan dilaporkan risikonya meningkat di ruang rawat intensif (Premji, 2007). Penelitian yang dilakukan di ruang rawat anak salah satu RS di Jakarta mengidentifikasi jenis terapi intravena sebagai salah satu faktor yang berkontribusi terhadap kejadian flebitis pada anak.

Skala penilaian flebitis yang banyak di pakai untuk penelitian antara lain Visual Infusion Phlebitis (VIP), Infusion Nurses Society (INS), Maddox, Baxter, Lipman atau Dinley. Secara umum penilaian terhadap flebitis pada skala tersebut dilakukan berdasarkan observasi. Skala VIP dan INS merupakan skala yang banyak digunakan tetapi sampai saat ini belum ada skala penilaian flebitis yang memiliki nilai validitas dan reliabilitas sangat baik (RayBarruel, et al., 2014).

Penatalaksanaan keperawatan untuk mengatasi flebitis ini telah banyak diupayakan seperti menggunakan kompres alkohol 75%, MgSO₄ 33-50%, dan larutan garam 0,9%, namun belum ada yang efektif (Kolcaba, 2004, dalam Wayunah, 2011). Penelitian lain mencoba untuk menggunakan terapi nonfarmakologis dengan tanaman tradisional, salah satunya Aloe vera atau dikenal sebagai lidah buaya. Penelitian yang dilakukan di China oleh Zhang, et al. (2014) membuktikan bahwa Aloe vera bermanfaat untuk pencegahan dan penatalaksanaan flebitis.

Di masyarakat penggunaan terapi tradisional untuk menanggulangi radang kulit adalah dengan menggunakan lidah buaya (*aloe vera*). Banyak peneliti yang menyebutkan daun lidah buaya dapat berfungsi sebagai anti-inflamasi, anti jamur, anti bakteri dan regenerasi sel (Furnawanthi, 2002). Penelitian ekperimental laboratoris di laboratorium Fitokimia Fakultas Farmasi Unair juga menyimpulkan bahwa penggunaan gel aloe vera dengan peningkatan konsentrasi 50% sampai dengan 90% bersifat toksik yang cukup rendah terhadap sel fibroblas atau dapat dikatakan tidak toksik terhadap sel fibroblas sehingga aman untuk digunakan dalam rongga mulut (Hidayah, 2006).

Pemakaian Aloe vera memiliki keunggulan, antara lain mudah didapat dan tidak menimbulkan ekstrasvasasi karena tidak memiliki elektrolit dalam konsentrasi tinggi. Aloe vera mengandung 20 jenis asam amino dan asam salisilat yang bersifat anti inflamasi dan anti bakteri. Kandungan lignin pada Aloe vera memudahkan penetrasi zat-zat tersebut ke dalam kulit. Selain itu, kandungan Aloe vera lebih sedikit menimbulkan efek alergi pada kulit yang

masih sensitif (Suzanna, Souza, & Malarvizhi, 2014). Pemberian Aloe vera dianggap lebih aman diberikan semua orang mengingat Aloe vera tidak mengandung elektrolit yang dapat menimbulkan ekstrasvasi pada pembuluh darah (Zheng, *et al* 2014). Penelitian Awlini bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh pemberian *aloe vera* terhadap derajat flebitis pada seseorang.

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara yang telah dilakukan langsung oleh peneliti pada tanggal 11 November 2019 pada ke 5 orang tua yang anaknya mengalami flebitis akibat terapi intravena 3 dari orang tua mengatakan tidak tahu jelas mengapa tangan anaknya bisa bengkak akibat di infus dan orang tua tersebut juga mengatakan bahwa sedih apabila melihat anaknya selalu di cucuk-cucuk kembali untuk pemasangan infus. Berdasarkan data dan pemahaman yang telah didapatkan oleh penulis dengan demikian penulis tertarik untuk melakukan penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners yang berjudul Efektifitas penerapan kompres *aloe vera* terhadap penurunan skala nyeri flebitis akibat terapi intravena pada anak diruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

B. Rumusan Masalah

Pasien dengan keluhan flebitis terutama pasien anak sangatlah sering terjadi, sehingga akan menimbulkan kerusakan integritas kulit dan dapat menambah lama rawat anak karena luka yang diakibatkan karena flebitis . Mengingat pentingnya mengajarkan keluarga terutama orang tua tentang bagaimana cara menangani phlebitis pada anak, maka penulis merumuskan masalah “Efektifitas penerapan kompres *aloe vera* terhadap penurunan skala nyeri flebitis akibat terapi intravena pada anak diruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mendeskripsikan penerapan efektifitas kompres *aloe vera* terhadap penurunan skala nyeri flebitis akibat terapi intravena pada anak di ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahrane Samarinda.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi pengkajian pada yang mengalami flebitis .
- b. Mengidentifikasi masalah keperawatan yang muncul pada pasien yang mengalami flebitis.
- c. Mengidentifikasi intervensi pada pasien yang mengalami flebitis.
- d. Mengidentifikasi evaluasi pada pasien yang mengalami flebitis.
- e. Mengidentifikasikan pengaruh dari kompres *aloe vera* terhadap penurunan derajat flebitis pada anak akibat terapi intra vena.

D. Manfaat Penulis

1. Pasien

Dapat menjadi terapi non farmakologi untuk mengatasi flebitis pada anak yang sedang menjalani terapi intravena dan dapat dilakukan secara mandiri oleh keluarga terutama orang tua pasien.

2. Perawat/Tenaga Kesehatan

Dapat mengaplikasikan tindakan keperawatan mandiri tentang terapi non farmakologi untuk mengatasi flebitis pada anak yang sedang menjalani terapi intravena.

3. Manfaat Bagi Keilmuan Keperawatan

- a. Manfaat bagi penulis

Menambah wawasan penulis tentang pengaruh pemberian intervensi inovasi kompres *aloe vera* untuk mengurangi skala nyeri flebitis akibat terapi intravena pada anak di Ruang Melati RSUD Abdul Wahab

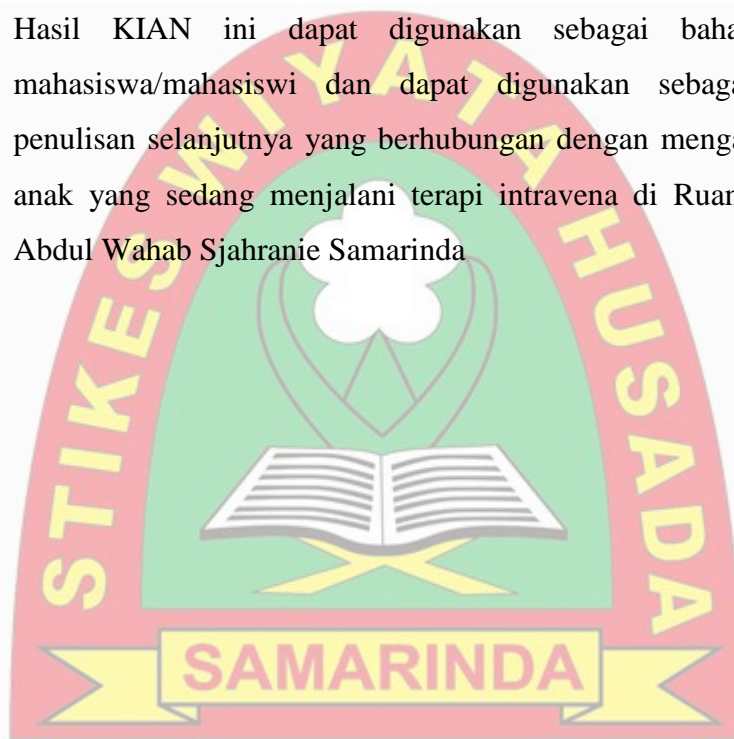
Sjahanie Samarinda dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh perawat.

b. Manfaat bagi Rumah Sakit

Diharapkan hasil KIAN ini dapat bermanfaat dalam meningkatkan praktek pelayanan keperawatan khususnya pada pasien yang mengalami flebitis akibat terapi intravena di Ruang Melati

c. Manfaat bagi Pendidikan

Hasil KIAN ini dapat digunakan sebagai bahan bacaan bagi mahasiswa/mahasiswi dan dapat digunakan sebagai acuan dalam penulisan selanjutnya yang berhubungan dengan mengatasi flebitis pada anak yang sedang menjalani terapi intravena di Ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahanie Samarinda



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Anak

1. Pengertian Anak

Anak merupakan individu yang berusia 0-18 tahun secara bertahap anak akan mengalami tumbuh kembang yang dimulai dari bayi sampai remaja (Hartini, 2015). Anak merupakan individu yang sedang dalam proses tumbuh kembang dan mempunyai kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual yang berbeda dengan orang dewasa. Apabila kebutuhan tersebut terpenuhi, maka anak akan mampu beradaptasi dan kesehatannya terjaga. Bila anak sakit, maka pertumbuhan dan perkembangan fisik, psikologis, intelektual, sosial dan spiritualnya juga dapat terganggu (Supartini, 2009).

Tumbuh kembang anak pada dasarnya merupakan dua peristiwa yang berlainan akan tetapi keduanya saling berkaitan. Pertumbuhan (*growth*) merupakan perubahan dalam ukuran besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu yang bisa diukur berat dengan menggunakan (gram/kilogram), ukuran panjang(cm,meter).Perkembangan (*development*) merupakan bertambahnya kemampuan/keterampilan dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks sebagai hasil dari proses pematangan. Pertumbuhan dan perkembangan merupakan kaitan yang tidak bisa dipisahkan (Ridha, 2014).

Dalam tahap tumbuh kembang anak dapat dikelompokkan kedalam dua kelompok besar yakni kelompok usia 0-6 minggu yang terbagi menjadi tahap prenatal yang terdiri dari masa embrio 9mulai konsepsi sampai 8 minggu) dan masa fetus (9 minggu sampai lahir), tahap post natal yang terdiri dari masa neonates (0-28 hari) dan masa bayi (29 hari sampai 1 tahun), tahap prasekolah (3-6 tahun) dan kelompok usia 6 tahun keatas yang terbagi dalam

masa praremaja (6-10 tahun) dan masa remaja (10-18/20 tahun) (Hidayat, 2009).

2. Tahap Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Menurut Wong (2009) tahap-tahap pertumbuhan dan perkembangan, antara lain:

- a. Masa Pranatal atau Masa Intra Uterin (masa janin masih didalam kandungan).

Masa ini dibagi menjadi 2 periode, antara lain:

- 1) Masa embrio ialah sejak konsepsi sampai umur kehamilan 8 minggu.
- 2) Masa fetus ialah sejak umur 9 minggu sampai kelahiran. Masa ini terdiri dari dua periode:
 - a) Masa fetus dini, sejak usia 9 minggu sampai dengan trimester kedua kehidupan intra uterin, terjadi percepatan pertumbuhan, pembentukan jasad manusia sempurna dan alat tubuh telah terbentuk dan mulai berfungsi.
 - b) Masa fetus lanjut, pada trimester akhir pertumbuhan berlangsung pesat dan adanya perkembangan fungsi-fungsi. Pada masa ini terjadi transfer imunoglobulin G (IgG) dari darah ibu melalui plasenta.

- b. Masa Postnatal atau masa setelah lahir. Masa ini terdiri dari lima periode, antara lain:

- 1) Masa Neonatal (0-28 hari)

Terjadi adaptasi terhadap lingkungan dan terjadi perubahan sirkulasi darah, serta mulainya berfungsi organ-organ tubuh lainnya. Pertumbuhan dan perkembangan setelah lahir diawali

dengan neonates yakni masa kehidupan baru dalam ekstra uteri, dengan proses adaptasi semua organ tubuh, dimulai dari aktivitas pernapasan yang disertai pertukaran gas dengan frekuensi pernapasan antara 35-50 x/menit, dengan ukuran jantung lebih besar apabila dibandingkan dengan rongga dada (Wong, 2009).

Terjadi pergerakan bayi untuk memenuhi kebutuhan gizi seperti menangis, memutar-mutar kepala, menghisap dan menelan. Kemudian terjadi pengeluaran tinja dalam 24 jam yang terdapat mekonium, yang dilanjutkan proses defekasi, frekuensi antara 3-5 kali seminggu. Perubahan pada fungsi ginjal belum sempurna, urine masih mengandung sedikit protein dan minggu pertama dijumpai urine warna merah muda (Wong, 2009).

Terjadi peningkatan kadar leukosit \pm 25.000-30.000/ μ l dan setelah umur satu minggu akan terjadi penurunan hingga < 14.000/ μ l. Keadaan hati masih imatur dalam memproduksi faktor pembekuan karena belum terbentuk flora usus.

Perkembangan motoric, bahasa dan adaptasi sosial. Perkembangan motoric kasar diawali tanda gerakan seimbang pada tubuh, mulai mengangkat kepala. Perkembangan motoric halus: mampu mengikuti garis tengah bila kita memberikan respon terhadap gerakan jari atau tangan. Perkembangan adaptasi sosial: mampu tersenyum dan menatap muka untuk mengenali seseorang

2) Masa bayi (28 hari – 1 tahun) menurut Wong (2009)

Pertumbuhan dan perkembangan pada tahap ini dikelompokkan menjadi 3 tahap, yaitu :

a) Umur 1-4 bulan

Terjadi perubahan berat badan, bila gizi anak baik berat badan akan mencapai 700-1.000 gram/bulan, pertumbuhan tinggi

badan agak stabil. Perkembangan motoric, bahasa dan adaptasi sosial sebagai berikut :

- (1) Perkembangan motorik kasar: mampu mengangkat kepala saat telungkup, mencoba duduk sebentar dengan ditopang, duduk dengan kepala tegak, jatuh terduduk di oangkuan ketika disokong pada posisi berdiri, kontrol kepala sempurna, mengangkat kepala sambil berbaring telentang, berguling dari telentang ke miring, posisi lengan dan tungkai kurang fleksi dan berusaha untuk merangkak.
- (2) Perkembangan motorik halus: mampu memegang satu objek, mengikuti objek dari sisi ke sisi, mencoba memegang benda ke mulut, memegang benda tetapi terlepas, memperhatikan tangan dan kaki, memegang benda dengan kedua tangan, menahan benda di tangan walaupun hanya sebentar.
- (3) Perkembangan bahasa: mampu bersuara dan tersenyum, dapat berbunyi hurif, berceloteh, mulai mampu mengucapkan kata “ooh/aah”, tertawa dan berteriak.
- (4) Perkembangan adaptasi sosial: mengamati tengannya, tersenyum spontan dan membalas senyum bila diajak senyum, mengenal ibunya dengan penglihatan, penciuaman, pendengaran dan kontak, waktu tidur dalam sehari lebih sedikit dari pada waktu terjaga, membentuk siklus tidur bangun, menangis menjadi sesuatu yang berbeda, senang menatap orang yang dikenalnya, diam apabila melihat atau ada orang asing.

b) Umur 4-8 bulan

Pertumbuhan berat badan dapat terjadi 2 kali berat badan pada waktu lahir dan rata-rata kenaikan 500-600

gram/bulan apabila mendapatkan gizi yang baik. Sedangkan tinggi badan tidak mengalami kecepatan dan terjadi kestabilan berdasarkan pertumbuhan umur. Perkembangan motorik, bahasa dan adaptasi sosial:

(1) Perkembangan motorik kasar awal bulan ini terjadi perubahan dalam aktivitas seperti posisi telungkup pada alas dan sudah mulai mengangkat kepala dengan melakukan gerakan menekan kedua tangannya dan pada bulan keempat sudah mampu memalingkan ke kanan dan ke kiri dan sudah mulai terjadi kemampuan dalam duduk dengan kepala tegak, sudah mampu memperbaiki badan, bangkit dengan kepala tegak, menumpu beban pada kaki dan dada terangkat dan menumpu pada lengan, berguling dari telentang ke tengkurap dan dapat duduk dengan bantuan selama waktu singkat.

(2) Perkembangan motorik halus: sudah mulai mengamati benda, mulai menggunakan ibu jari dan jari telunjuk untuk memegang, mengeksplorasi benda yang sedang dipegang, mengambil onjek dengan tangan tertangkup, mampu menahan kedua benda di kedua tangan secara simultan dan lain-lain.

(3) Perkembangan bahasa: menirukan bunyi/kata0kata, menoleh ke arah suara, tertawa, menjerit, menggunakan vokalisasi semakin banyak, membuat dua bunyi vocal yang bersamaan, contoh “ba-ba”.

c) Umur 8-12 bulan

Pertumbuhan berat badan mencapai 3 kali berat badan lahir apabila mencapai usia 1 tahun dan pada pertambahan berat badan perbulan sekitar 350-450 gram pada usia 7-9

bulan dan 250-350 gram/bulan pada usia 10-12 bulan apabila dalam pemenuhan gizi baik dan pertumbuhan tinggi sekitar 1,5 kali TB pada saat lahir. Perkembangan bayi pada tahun pertama yakni peningkatan beberapa organ fisik. Perkembangan motorik, bahasa dan adaptasi sosial.

Perkembangan motorik kasar: duduk tanpa pegangan, berdiri dengan pegangan, bangkit terus berdiri. Motorik halus: meraih benda kecil, bila diberi kubus mampu memindahkannya, membenturkannya dan mampu menaruh ke tempat semula, Bahasa: mengatakan “papa mama” yang belum spesifik, mengoceh hingga mengatakan spesifik, dapat mengucapkan 12 kata, Adaptasi sosial: bertepuk tangan, menyatakan keinginan, mulai minum dengan cangkir, menirukan kegiatan orang, main-main bola dengan orang.

Masa antara usia 1 bulan – 1 tahun disebut periode vital, artinya bahwa periode ini mempunyai makna mempertahankan kehidupannya untuk dapat melaksanakan perkembangan selanjutnya. Beberapa kemampuan, yaitu instink, reflek dan kemampuan belajar.

- (a) Instink merupakan kemampuan yang telah ada sejak lahir, sifatnya psikofisis untuk dapat bereaksi terhadap lingkungan melalui rangsangan-rangsangan tertentu dengan cara khas, tanpa bekerja atau berfikir lebih dahulu. Contohnya: reaksi senyum bila ibu mengajak bayi berbicara walaupun belum mengerti kata-kata yang diucapkan, bayi bereaksi ketakutan bila ada orang yang mendekati dengan sikap marah .
- (b) Reflek merupakan suatu gerakan yang terjadi secara otomatis atau spontan tanpa disadari, pada bayi normal.

Macam-macam reflek pada usia bayi

- *Tonic neck reflek*

Gerakan spontan otot kuduk bayi normal. Bila bayi ditengkurapkan maka secara spontan akan memiringkan kepalanya

- *Rooting reflek*

Bila menyentuh daerah bibir maka akan segera membuka mulut dan memiringkan kepala kearah tersebut. Bila menyentuhkan dot atau puting susu ke ujung mulutnya, gerakan ini kemudian diikuti dengan gerakan menghisap.

- *Grasp reflek*

Bila jari kita menyentuh telapak tangan bayi, maka jari-jarinya akan langsung menggenggam dengan kuat.

- *Moro reflek*

Sering disebut sebagai reflek emosional. Bila bayi diangkat seolah-olah menyambut dan mendepak orang yang mengangkatnya tersebut. Bila bayi diangkat secara kasar maka dia akan menangis dengan kuat.

- *Startle reflek*

Reaksi emosional beberapa hentakan dan gerakan seperti mengejang pada lengan dan tangan dan sering diikuti dengan tangis yang menunjukkan rasa takut. Bisa disebabkan suara-suara yang keras dengan tiba-tiba, cahaya yang kuat atau perubahan suhu mendadak

- *Stapping reflek*

Suatu reflek kaki spontan apabila bayi diangkat tegak dan kakinya satu persatu disentuh pada suatu dasar maka bayi akan melakukan gerakan melangkah, bersifat reflek seolah belajar berjalan.

- *Doll's eyes reflek*

Bila kepala bayi dimiringkan maka mata juga akan bergerak miring mengikuti, seperti mata boneka.

c. Masa Anak 1-2 Tahun

Pertumbuhan dan perkembangan tahun kedua pada anak akan mengalami beberapa perlambatan dalam pertumbuhan fisik kemudian pertumbuhan otak juga akan mengalami perlambatan yakni lingkaran kepala hanya 2 cm, pertumbuhan gigi terdapat tambahan 8 buah gigi palsu termasuk gigi geraham pertama, dan gigi taring sehingga berjumlah 14-16 buah.

- a) Perkembangan motorik kasar: mampu melangkah dan berjalan dengan tegak, 18 bulan anak mampu menaiki tangga dengan cara dipegang dan pada akhir tahun kedua mampu berlari-lari kecil, menendang bola dan mencoba melompat.
- b) Perkembangan motorik halus: mencoba menyusun menara pada kubus.
- c) Perkembangan bahasa: mampu memiliki 10 perbendaharaan kata, meniru dan mengenal secara responsive terhadap orang lain, menunjukkan 2 gambar, mengombinasikan kata-kata, menunjukkan lambaian anggota badan.

d. Masa Prasekolah (3-6 tahun) menurut Wong (2009)

Pada saat ini pertumbuhan berlangsung dengan stabil, terjadi perkembangan dengan aktifitas jasmani yang bertambah dan

meningkatnya keterampilan dan proses berpikir. Pada masa ini, pertumbuhan fisik khususnya berat badan mengalami kenaikan rata-rata pertahun 2 kg, kelihatan kurus tetapi aktivitas motorik tinggi seperti berjalan dan melompat. Masa prasekolah anak mengalami perubahan dalam pola makan, masa inilah anak mulai-mulai menunjukkan perkembangan kognitif, sedangkan perkembangan psikososial anak menunjukkan rasa inisiatif, konsep diri yang positif serta mampu mengidentifikasi diri.

- a) Motorik kasar: berdiri dengan satu kaki selama 1-5 detik, melompat dengan 1 kaki, berjalan dengan tumit ke jari kaki, membuat posisi merangkak dan berjalan dengan bantuan.
 - b) Perkembangan motorik halus: menggoyangkan jari kaki, menggambar 2/3 bagian, memilih garis yang lebih panjang, melambaikan tangan.
 - c) Perkembangan bahasa: mampu menyebutkan hingga 4 gambar, menyebutkan 1 hingga 2 warna, menggunakan bunyi untuk mengidentifikasi objek, memahami arti larangan, berespon terhadap panggilan keluarga.
- e. Masa Sekolah (6-12 tahun) menurut Wong 2009

Pada umur 10-12 tahun penambahan berat badan pertahun 2,5 kg dan ukuran panjang badan sampai 5 cm pertahun. Aktivitas fisik semakin tinggi dan memperkuat kemampuan motorik. Pertumbuhan jaringan limfatik semakin besar bahkan melebihi jumlahnya organ dewasa.

Anak mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan, dalam menghadapi kegagalan anak sering marah, gelisah. Pada masa ini anak banyak mengembangkan kemampuan interaksi sosial, belajar nilai moral dari lingkungan keluarga, perkembangan spiritual, keterampilan membaca, menulis dan berhitung serta belajar menghargai di sekolah.

f. Masa Remaja Menurut Wong (2009)

Masa remaja terjadi kematangan dalam identitas seksual dengan berkembangnya organ reproduksi, masa kritis identitas dimana anak memasuki perkembangan dewasa yang akan meninggalkan masa kanak-kanak dalam pencapaian tugas berkembangnya, membutuhkan fasilitas dari orang tua. Hal ini yang sangat penting pada masa ini adalah masa pubertas masa menuju proses dewasa dan anak ingin mencoba bahwa dirinya sudah mampu sendiri, masalah yang dijumpai yakni perubahan bentuk tubuh.

B. Konsep Dasar Flebitis

1. Pengertian Flebitis

Infusion Nursing Society (INS 2010), Flebitis merupakan peradangan pada tunika intima pembuluh darah vena, yang sering dilaporkan sebagai komplikasi pemberian terapi infus. Peradangan didapatkan dari mekanisme iritasi yang terjadi pada endothelium tunika intima vena, dan perlekatan trombosit pada area tersebut. Flebitis adalah komplikasi dari pemberian terapi intra vena, yang disebabkan oleh iritasi kimia, mekanik maupun bakteri dan post infus. Flebitis ditandai dengan adanya satu atau lebih dari tanda-tanda flebitis yaitu daerah yang merah, nyeri, indurasi, teraba hangat atau panas, dan pembengkakan di daerah penusukan. Peradangan Flebitis didapatkan dari mekanisme iritasi yang terjadi pada endothelium tunika intima vena dan perlekatan trombosit pada area tersebut.

Flebitis adalah reaksi inflamasi yang terjadi pada pembuluh darah vena yang ditandai dengan nyeri, kemerahan, bengkak, panas, indurasi (pengerasan) pada daerah tusukan dan pengerasan sepanjang pembuluh darah vena (Alexander, et al, 2010). Menurut Philips (2005) dalam Wayunah (2011)

Flebitis adalah inflamasi lapisan vena dimana sel endothelia dinding vena mengalami iritasi dan permukaan sel menjadi kasar, sehingga

memungkinkan platelet menempel dan kecenderungan terjadi inflamasi penyebab phlebitis (Wayunah, 2011).

2. Tanda dan Gejala Flebitis

Pasien yang dipasang infus dapat dikatakan mengalami flebitis jika pada daerah sekitar tempat penusukan kanula ditemukan tanda-tanda berikut: (INS/*Infusion Nursing Society*, 2010.)

a. Rubor (*Hyperemia*)

Kemerahan atau rubor biasanya merupakan kejadian pertama yang ditemukan di daerah yang mengalami peradangan. Pada reaksi peradangan arteriola yang mensuplai darah tersebut mengalami pelebaran sehingga darah yang mengalir ke mikrosirkulasi lokal lebih banyak.

b. Kalor (*Hipertermi*)

Kalor terjadi bersamaan dengan kemerahan pada reaksi peradangan. Daerah sekitar peradangan menjadi lebih panas, karena darah yang disalurkan ke daerah tersebut lebih besar dibandingkan daerah lainnya yang normal

c. Tumor (*Oedem*)

Pembengkakan lokal terjadi karena pengiriman cairan dan sel-sel dari sirkulasi ke jaringan intrerstitiel, campuran antara sel yang tertimbun didaerah peradangan disebut eksudat. Pada keadaan ini reaksi peradangan eksudatnya adalah cairan

d. Nyeri (*Dolor*)

Rasa nyeri pada daerah peradangan dapat disebabkan oleh perubahan pH lokal ataupun konsentrasi ion-ion tertentu yang merangsang ujung saraf selain itu juga pembengkakan yang terjadi dapat juga menyebabkan peningkatan tekanan lokal yang dapat merangsang sakit.

3. Klasifikasi Flebitis

Pengklasifikasian phlebitis didasarkan pada faktor penyebabnya. Ada empat kategori penyebab terjadinya phlebitis yaitu kimia, mekanik, agen infeksi, dan post infus (INS, 2006).

a. *Chemical Phlebitis* (Phlebitis kimia)

Kejadian phlebitis ini dihubungkan dengan bentuk respon yang terjadi pada tunika intima vena dengan bahan kimia yang menyebabkan reaksi peradangan. Reaksi peradangan dapat terjadi akibat dari jenis cairan yang diberikan atau bahan material kateter yang digunakan.

PH darah normal terletak antara 7,35 – 7,45 dan cenderung basa. PH cairan yang diperlukan dalam pemberian terapi adalah 7 yang berarti adalah netral. Ada kalanya suatu larutan diperlukan konsentrasi yang lebih asam untuk mencegah terjadinya karamelisasi dekstroza dalam proses sterilisasi autoclaf, jadi larutan yang mengandung glukosa, asam amino, dan lipid yang biasa digunakan dalam nutrisi parenteral lebih bersifat flebitogenik.

Osmolalitas diartikan sebagai konsentrasi sebuah larutan atau jumlah partikel yang larut dalam suatu larutan. Pada orang sehat, konsentrasi plasma manusia adalah 285 ± 10 mOsm/kg H₂O (INS, 2010). Larutan sering dikategorikan sebagai larutan isotonik, hipotonik atau hipertonik, sesuai dengan osmolalitas total larutan tersebut dibanding dengan osmolalitas plasma. Larutan isotonik adalah larutan yang memiliki osmolalitas total sebesar 280 – 310 mOsm/L, larutan yang memiliki osmolalitas kurang dari itu disebut hipotonik, sedangkan yang melebihi disebut larutan hipertonik.

Tonisitas suatu larutan tidak hanya berpengaruh terhadap status fisik klien akan tetapi juga berpengaruh terhadap tunika intima pembuluh darah. Dinding tunika intima akan mengalami trauma pada pemberian larutan hiperosmoler yang mempunyai osmolalitas lebih dari

600 mOsm/L. Terlebih lagi pada saat pemberian dengan tetesan cepat pada pembuluh vena yang kecil. Cairan isototonik akan menjadi lebih hiperosmoler apabila ditambah dengan obat, elektrolit maupun nutrisi (INS, 2006). Menurut Imam Subekti vena perifer dapat menerima osmolalitas larutan sampai dengan 900 mOsm/L. Semakin tinggi osmolalitas (makin hipertonis) makin mudah terjadi kerusakan pada dinding vena perifer seperti phlebitis, tromboflebitis, dan tromboemboli.

Pada pemberian jangka lama harus diberikan melalui vena sentral, karena larutan yang bersifat hipertonis dengan osmolalitas > 900 mOsm/L, melalui vena sentral aliran darah menjadi cepat sehingga tidak merusak dinding. Partikel materi yang terbentuk dari cairan atau campuran obat yang tidak sempurna diduga juga bisa menyebabkan resiko terjadinya phlebitis. Penggunaan filter dengan ukuran 1 sampai dengan 5 mikron pada infus set, akan menurunkan atau meminimalkan resiko phlebitis akibat partikel materi yang terbentuk tersebut. (Darmawan, 2008).

b. ***Mechanical Phlebitis (phlebitis mekanik)***

Phlebitis mekanikal sering dihubungkan dengan pemasangan atau penempatan kateter intravena. Penempatan kateter pada area fleksi lebih sering menimbulkan kejadian phlebitis, oleh karena pada saat ekstremitas digerakkan kateter yang terpasang ikut bergerak dan menyebabkan trauma pada dinding vena. Penggunaan ukuran kateter yang besar pada vena yang kecil juga dapat mengiritasi dinding vena. (INS, 2010)

c. ***Bacterial Phlebitis (Phlebitis Bakteri)***

Phlebitis bacterial adalah peradangan vena yang berhubungan dengan adanya kolonisasi bakteri. Berdasarkan laporan dari The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) tahun 2002 dalam artikel intravaskuler catheter – related infection in adult and pediatric kuman yang sering dijumpai pada pemasangan katheter infus adalah staphylococcus dan bakteri gram negative.

d. ***Post Infus Phlebitis***

Phlebitis post infus juga sering di laporkan kejadiannya sebagai akibat pemasangan infus. Phlebitis post infus adalah peradangan pada vena yang didapatkan 48 – 96 jam setelah pelepasan infus. Faktor yang berperan dengan kejadian phlebitis post infus, antara lain :

- 1) Tehnik pemasangan catheter yang tidak baik.
- 2) Pada pasien dengan retardasi mental.
- 3) Kondisi vena yang baik.
- 4) Pemberian cairan yang hipertonik atau terlalu asam.
- 5) Ukuran katheter terlalu besar pada vena yang kecil.

4. Bahaya Akibat Flebitis

Flebitis dapat menyebabkan trombus yang selanjutnya menjadi tromboflebitis, perjalanan penyakit ini biasanya jinak, tapi walaupun demikian jika trombus terlepas dan kemudian diangkut ke aliran darah dan masuk jantung maka dapat menimbulkan seperti katup bola yang menyumbat atrioventikular secara mendadak dan menimbulkan kematian. Hal ini menjadikan flebitis sebagai salah satu permasalahan yang penting untuk dibahas di samping flebitis juga sering ditemukan dalam proses keperawatan (Hidayat, 2006).

5. Skala Flebitis

Menurut Dougherty, dkk (2010), skala flebitis dibagi menjadi enam seperti terlihat dalam tabel 2.1 :

Tabel 2.1
Visual Infusio Phlebitis Score

<i>Skor Visual Flebitis</i>	<i>VIP Score</i>	<i>Visual Infusion Phlebitis Score</i>
Tempak suntikan tampak sehat	0	Tidak ada tanda flebitis Observasi kanula
Salah satu dari berikut jelas: 1. Nyeri pada tempat suntikan 2. Eritema pada tempat suntikan	1	Mungkin tanda dini flebitis : Observasi kanula
Dua dari berikut jelas : 1. Nyeri 2. Eritema 3. Pembengkakan	2	Stadium dini flebitis : Ganti tempat kanula
Semua dari berikut jelas : 1. Nyeri sepanjang kanula 2. Eritema 3. Indurasi	3	Stadium moderat flebitis : 1. Ganti kanula 2. Pikirkan terapi
Semua dari berikut jelas : 1. Nyeri sepanjang kanula 2. Eritema 3. Indurasi 4. Venous cord teraba	4	Stadium lanjut atau awal tromboflebitis : 1. Ganti kanula 2. Pikirkan terapi
Semua dari berikut jelas : 1. Nyeri sepanjang kanula 2. Eritema 3. Indurasi 4. Venous cord teraba 5. Demam	5	Stadium lanjut tromboflebitis : 1. Lakukan 2. Ganti kanula

Sumber : Dougherty, dkk (2010)

5. Penyebab Flebitis

Menurut Darmawan (2008), penyebab flebitis adalah flebitis kimia, flebitis mekanis dan bakterial.

a. Flebitis Kimia

a) Jenis cairan infus

pH dan osmolaritas cairan infus yang ekstrem selalu diikuti risiko flebitis tinggi. pH larutan dekstroza berkisar antara 3-5, di mana

keasaman diperlukan untuk mencegah karamelisasi dekstrosa selama proses sterilisasi autoklaf, jadi larutan yang mengandung glukosa, asam amino dan lipid yang digunakan dalam nutrisi parenteral bersifat lebih flebitogenik dibandingkan normal saline.

b) Jenis obat yang dimasukkan melalui infus

Obat suntik yang bisa menyebabkan peradangan vena yang hebat, antara lain *Kalium Klorida, Vancomycin, Amphotrecin B, Cephalosporins, Diazepam, Midazolam* dan banyak obat kemoterapi. Larutan infus dengan osmolaritas > 900 mOsm/L harus diberikan melalui vena sentral. Mikropartikel yang terbentuk bila partikel obat tidak larut sempurna dalam pencampuran juga merupakan faktor kontribusi terhadap flebitis. Jadi, jika diberikan obat intravena masalah bisa diatasi dengan penggunaan filter sampai $5 \mu\text{m}$.

Jenis obat – obatan yang bisa di berikan melalui infus antara lain seperti: Golongan antibiotik (Ampicicilin, amoxicicilin, clorampenicol, dll) ,anti diuretic (furosemid, lasix dll) anti histamin atau setingkatnya (Adrenalin, dexamethasone ,dypenhydramin). Karena kadar puncak obat dalam darah perlu segera dicapai, sehingga diberikan melalui injeksi bolus (suntikan langsung ke pembuluh balik/vena). Peningkatan cepat konsentrasi obat dalam darah tercapai. Misalnya pada orang yang mengalami hipoglikemia berat dan mengancam nyawa, pada penderita diabetes mellitus. Alasan ini juga sering digunakan untuk pemberian antibiotika melalui infus/suntikan, namun perlu diingat bahwa banyak antibiotika memiliki bioavalaibilitas oral yang baik, dan mampu mencapai kadar adekuat dalam darah untuk membunuh bakteri.

Dalam pemberian antibiotik melalui IV perlu diperhatikan dalam pencampuran serbuk antibiotik tersebut, hal ini untuk menghindari terjadinya komplikasi seperti tromboplebitis karena kepekatan dan tidak tercampurnya obat secara baik. Biasanya untuk mencampur serbuk antibiotik / obat-obat yang lain yang diberikan secara IV adalah cairan aquades dengan perbandingan 4cc larutan aquades berbanding 1 vial antibiotik atau 6cc larutan aquades berbanding 1 vial serbuk antibiotik. Bila pencampuran obat terlalu pekat maka aliran dalam infus terhambat dan dapat menyebabkan flebitis (Hankins, 2001)

c) Jenis kateter infus

Kateter yang terbuat dari silikon dan poliuretan kurang bersifat iritasi dibanding *politetrafluoroetilen* (teflon) karena permukaan lebih halus, lebih termoplastik dan lentur. Risiko tertinggi untuk flebitis dimiliki kateter yang terbuat dari polivinil klorida atau polietilen.

b. Flebitis mekanis

a) Lokasi pemasangan infus

Penempatan kanula pada vena proksimal (kubiti atau lengan bawah) sangat dianjurkan untuk larutan infus dengan osmolaritas > 500 mOsm/L. Misalnya *Dextrose 5%*, *NaCl 0,9%*, produk darah, dan albumin. Hindarkan vena pada punggung tangan jika mungkin, terutama pada pasien usia lanjut, karena akan mengganggu kemandirian lansia.

b) Ukuran kanula

Flebitis mekanis dikaitkan dengan penempatan kanula. Kanula yang dimasukkan pada daerah lekukan sering menghasilkan

flebitis mekanis. Ukuran kanula harus dipilih sesuai dengan ukuran vena dan difiksasi dengan baik.

c. Flebitis bacterial

a) Teknik pencucian tangan yang buruk

Infeksi di rumah sakit dapat disebabkan oleh mikroorganisme yang didapat dari orang lain (*cross infection*) atau disebabkan oleh flora normal dari pasien itu sendiri (*endogenous infection*). Oleh karena itu perlu usaha pencegahan dan pengendalian penyakit infeksi di yaitu dengan meningkatkan perilaku cuci tangan yang baik.

b) Teknik aseptik tidak baik

Faktor yang paling dominan menimbulkan kejadian plebitis adalah perawat pada saat melaksanakan pemasangan infus tidak melaksanakan tindakan aseptik dengan baik dan sesuai dengan standar operasional prosedur

c) Teknik pemasangan kanula yang buruk

Tindakan penatalaksanaan infus yang buruk, pasien akan terpapar pada resiko terkena infeksi nosokomial berupa flebitis.

d) Lama pemasangan kanula

Kontaminasi infus dapat terjadi selama pemasangan kateter intravena sebagai akibat dari cara kerja yang tidak sesuai prosedur serta pemakaian yang terlalu lama. *The Center for Disease Control and Prevention* menganjurkan penggantian kateter setiap 72-96 jam untuk membatasi potensi infeksi.

e) Perawatan infus

Perawatan infus bertujuan untuk mempertahankan tehnik steril, mencegah masuknya bakteri ke dalam aliran darah, pencegahan/meminimalkan timbulnya infeksi, dan memantau area insersi sehingga dapat mengurangi kejadian flebitis.

f) Faktor pasien

Faktor pasien yang dapat mempengaruhi angka flebitis mencakup usia, jenis kelamin dan kondisi dasar (yaitu diabetes melitus, infeksi, luka bakar).

6. Pencegahan Flebitis

Menurut Darmawan (2008), pencegahan flebitis adalah :

- a. Mencegah flebitis bakterial : Pedoman ini menekankan kebersihan tangan, teknik aseptik, perawatan daerah infus serta antisepsis kulit. Walaupun lebih disukai sediaan *Chlorhexidine 2%*, *Tinctura Yodium*, *Iodofor* atau alkohol 70% juga bisa digunakan.
- b. Selalu waspada dan jangan meremehkan teknik aseptik : *Stopcock* sekalipun (yang digunakan untuk penyuntikan obat atau pemberian infus IV, dan pengambilan sampel darah) merupakan jalan masuk kuman yang potensial ke dalam tubuh. Pencemaran stopcock lazim dijumpai dan terjadi kira-kira 45-50% dalam serangkaian besar kajian
- c. Rotasi kanula : Mengganti tempat (rotasi) kanula ke lengan kontralateral setiap hari ada 15 pasien menyebabkan bebas flebitis. Namun, dalam uji kontrol acak kateter bisa dibiarkan aman di tempatnya lebih dari 72 jam jika tidak ada kontra indikasi. *The Center for Disease Control and Prevention* menganjurkan penggantian kateter setiap 72-96 jam untuk membatasi potensi infeksi, namun rekomendasi ini tidak didasarkan atas bukti yang cukup.
- d. *Aseptic dressing* :Dianjurkan *aseptic dressing* untuk mencegah flebitis. Kasa steril diganti setiap 24 jam.
- e. Laju pemberian :Para ahli umumnya sepakat bahwa makin lambat infus larutan hipertonik diberikan makin rendah risiko flebitis. Namun,

ada paradigma berbeda untuk pemberian infus obat injeksi dengan osmolaritas tinggi. Osmolaritas boleh mencapai 1000 mOsm/L jika durasi hanya beberapa jam. Durasi sebaiknya kurang dari tiga jam untuk mengurangi waktu kontak campuran yang iritatif dengan dinding vena. Ini membutuhkan kecepatan pemberian tinggi (150-330 mL/jam). Vena perifer yang paling besar dan kateter yang sekecil dan sependek mungkin dianjurkan untuk mencapai laju infus yang diinginkan, dengan filter 0,45 mm. Kanula harus diangkat bila terlihat tanda dini nyeri atau kemerahan. Infus relatif cepat ini lebih relevan dalam pemberian infus jaga sebagai jalan masuk obat, bukan terapi cairan *maintenance* atau nutrisi parenteral

- f. *Titratable acidity* : *Titratable acidity* dari suatu larutan infus tidak pernah dipertimbangkan dalam kejadian flebitis. *Titratable acidity* mengukur jumlah alkali yang dibutuhkan untuk menetralkan pH larutan infus. Potensi flebitis dari larutan infus tidak bisa ditaksir hanya berdasarkan pH atau *titratable acidity* sendiri. Bahkan pada pH 4,0 larutan glukosa 10% jarang menyebabkan perubahan karena *titratable acidity* sangat rendah (0,16 mEq/L). Dengan demikian makin rendah *titratable acidity* larutan infus makin rendah risiko flebitisnya.
- g. *Heparin dan hidrokortison* : Heparin sodium, bila ditambahkan cairan infus sampai kadar akhir 1 unitt/mL, mengurangi masalah dan menambah waktu pasang kateter. Risiko flebitis yang berhubungan dengan pemberian cairan tertentu (misal : *Kalium Klorida, Lidocaine*, dan *antimikrobia*) juga dapat dikurangi dengan pemberian aditif intravena tertentu seperti hidrokortison. Pada uji klinis dengan pasien penyakit koroner, hidrokortison secara bermakna mengurangi kekerapan flebitis pada vena yang diinfus *lidokain, kalium klorida* atau antimikrobia. Pada dua uji acak lain, heparin sendiri atau dikombinasi dengan hidrokortison telah mengurangi kekerapan flebitis, tetapi

penggunaan heparin pada larutan yang mengandung lipid dapat disertai dengan pembentukan endapan kalsium.

- h. *In-line Filter* : In-line Filter dapat mengurangi kekerapan flebitis tetapi tidak ada data yang mendukung efektivitasnya dalam mencegah infeksi yang terkait dengan alat intravaskular dan sistem infus.

C. Konsep Terapi Intra Vena

1. Pengertian

Terapi Intravena adalah salah satu cara atau bagian dari pengobatan untuk memasukkan obat atau vitamin ke dalam tubuh pasien (Darmawan, 2008). Sementara itu menurut Lukman (2007), terapi intravena adalah memasukkan jarum atau kanula ke dalam vena (pembuluh balik) untuk dilewati cairan infus / pengobatan, dengan tujuan agar sejumlah cairan atau obat dapat masuk ke dalam tubuh melalui vena dalam jangka waktu tertentu. Tindakan ini sering merupakan tindakan *life saving* seperti pada kehilangan cairan yang banyak, dehidrasi dan syok, karena itu keberhasilan terapi dan cara pemberian yang aman diperlukan pengetahuan dasar tentang keseimbangan cairan dan elektrolit serta asam basa.

2. Tujuan Utama Terapi Intravena

Menurut Hidayat (2008), tujuan utama terapi intravena adalah mempertahankan atau mengganti cairan tubuh yang mengandung air, elektrolit, vitamin, protein, lemak dan kalori yang tidak dapat dipertahankan melalui oral, mengoreksi dan mencegah gangguan cairan dan elektrolit, memperbaiki keseimbangan asam basa, memberikan tranfusi darah, menyediakan medium untuk pemberian obat intravena, dan membantu pemberian nutrisi parenteral.

3. Keuntungan dan Kerugian

Menurut Dougerty (2010), keuntungan dan kerugian terapi intravena adalah :

a. Keuntungan

Keuntungan terapi intravena antara lain : Efek terapeutik segera dapat tercapai karena penghantaran obat ke tempat target berlangsung cepat,, absorpsi total memungkinkan dosis obat lebih tepat dan terapi lebih dapat diandalkan, kecepatan pemberian dapat dikontrol sehingga efek terapeutik dapat dipertahankan maupun dimodifikasi, rasa sakit dan iritasi obat-obat tertentu jika diberikan intramuskular atau subkutan dapat dihindari, sesuai untuk obat yang tidak dapat diabsorpsi dengan rute lain karena molekul yang besar, iritasi atau ketidakstabilan dalam traktus gastrointestinalis.

b. Kerugian

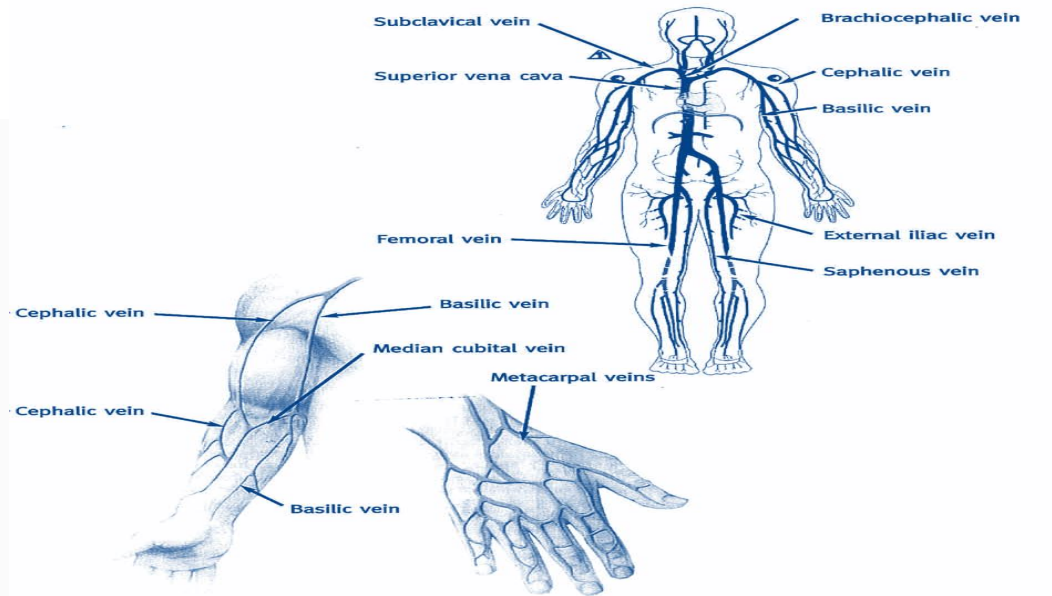
Kerugian terapi intravena adalah : tidak bisa dilakukan “*drug recall*” dan mengubah aksi obat tersebut sehingga resiko toksisitas dan sensitivitas tinggi, kontrol pemberian yang tidak baik bisa menyebabkan “*speed shock*” dan komplikasi tambahan dapat timbul, yaitu : kontaminasi mikroba melalui titik akses ke sirkulasi dalam periode tertentu, iritasi vascular, misalnya flebitis kimia, dan inkompabilitas obat dan interaksi dari berbagai obat tambahan.

4. Lokasi Pemasangan Terapi intravena

Menurut Dougerty (2010), tempat atau lokasi vena perifer yang sering digunakan pada pemasangan infus adalah vena supervisial atau perifer kutan terletak di dalam fasia subcutan dan merupakan akses paling mudah untuk terapi intravena. Daerah tempat infus yang memungkinkan adalah permukaan dorsal tangan (*vena supervisial dorsalis*, *vena basilika*, *vena sefalika*), lengan bagian dalam (*vena basilika*, *vena sefalika*, *vena*

kubital median, vena median lengan bawah, dan vena radialis), permukaan dorsal (vena safena magna, ramus dorsalis). Gambar 2.1 menunjukkan lokasi tempat pemasangan infus.

Gambar 2.1 Lokasi Pemasangan Infus
Sumber : Dougherty, dkk (2010)



Menurut Dougherty, dkk, (2010), Pemilihan lokasi pemasangan terapi intravena mempertimbangkan beberapa faktor yaitu :

- a. Umur pasien :

Misalnya pada anak kecil, pemilihan sisi adalah sangat penting dan mempengaruhi berapa lama intravena terakhir.

- b. Prosedur yang diantisipasi :

Misalnya jika pasien harus menerima jenis terapi tertentu atau mengalami beberapa prosedur seperti pembedahan, pilih sisi yang tidak terpengaruh oleh apapun

- c. Aktivitas pasien :

Misalnya gelisah, bergerak, tak bergerak, perubahan tingkat kesadaran.

d. Jenis intravena:

Jenis larutan dan obat-obatan yang akan diberikan sering memaksa tempat-tempat yang optimum (misalnya hiperalimentasi adalah sangat mengiritasi vena-venaperifer)

e. Durasi terapi intravena:

Terapi jangka panjang memerlukan pengukuran untuk memelihara vena; pilih vena yang akurat dan baik, rotasi sisi dengan hati-hati, rotasi sisi pungsi dari distal ke proksimal (misalnya mulai di tangan dan pindah ke lengan)

f. Ketersediaan vena perifer bila sangat sedikit vena yang ada, pemilihan sisi dan rotasi yang berhati-hati menjadi sangat penting ; jika sedikit vena pengganti.

g. Terapi intravena sebelumnya :

Flebitis sebelumnya membuat vena menjadi tidak baik untuk di gunakan, kemoterapi sering membuat vena menjadi buruk (misalnya mudah pecah atau sklerosis)

h. Pembedahan sebelumnya :

Jangan gunakan ekstremitas yang terkena pada pasien dengan kelenjar limfe yang telah di angkat (misalnya pasien mastektomi) tanpa izin dari dokter .

i. Sakit sebelumnya :

Jangan gunakan ekstremitas yang sakit pada pasien dengan stroke

j. Kesukaan pasien :

Jika mungkin, pertimbangkan kesukaan alami pasien untuk sebelah kiri atau kanan dan juga sisi.

5. Jenis cairan intravena

Berdasarkan osmolalitasnya, menurut Dougerty (2010) cairan intravena (infus) dibagi menjadi 3, yaitu :

- a. Cairan bersifat isotonis : osmolaritas (tingkat kepekatan) cairannya mendekati serum (bagian cair dari komponen darah), sehingga terus berada di dalam pembuluh darah. Bermanfaat pada pasien yang mengalami hipovolemi (kekurangan cairan tubuh, sehingga tekanan darah terus menurun). Memiliki risiko terjadinya overload (kelebihan cairan), khususnya pada penyakit gagal jantung kongestif dan hipertensi. Contohnya adalah cairan Ringer-Laktat (RL), dan normal saline/larutan garam fisiologis (NaCl 0,9%).
- b. Cairan bersifat hipotonis: osmolaritasnya lebih rendah dibandingkan serum (konsentrasi ion Na⁺ lebih rendah dibandingkan serum), sehingga larut dalam serum, dan menurunkan osmolaritas serum. Maka cairan ditarik dari dalam pembuluh darah keluar ke jaringan sekitarnya (prinsip cairan berpindah dari osmolaritas rendah ke osmolaritas tinggi), sampai akhirnya mengisi sel-sel yang dituju. Digunakan pada keadaan sel mengalami dehidrasi, misalnya pada pasien cuci darah (dialisis) dalam terapi diuretik, juga pada pasien hiperglikemia (kadar gula darah tinggi) dengan ketoasidosis diabetik. Komplikasi yang membahayakan adalah perpindahan tiba-tiba cairan dari dalam pembuluh darah ke sel, menyebabkan kolaps kardiovaskular dan peningkatan tekanan intrakranial (dalam otak) pada beberapa orang. Contohnya adalah NaCl 45% dan *Dekstrosa* 2,5%.
- c. Cairan bersifat hipertonis : osmolaritasnya lebih tinggi dibandingkan serum, sehingga menarik cairan dan elektrolit dari jaringan dan sel ke dalam pembuluh darah. Mampu menstabilkan tekanan darah, meningkatkan produksi urin, dan mengurangi edema (bengkak).

Penggunaannya kontradiktif dengan cairan hipotonik. Misalnya Dextrose 5%, NaCl 45% hipertonik, *Dextrose 5%+Ringer-Lactate*.

6. Standar Operasional Prosedur Pemasangan Terapi Intravena (Infus)

Menurut Dougerty (2010) pemasangan infus yang benar dapat mengurangi flebitis. Prosedur pemasangan terapi intravena yaitu :

- a. Tentukan lokasi pemasangan, sesuaikan dengan keperluan rencana pengobatan, punggung tangan kanan / kiri, kaki kanan / kiri, 1 hari / 2 hari
- b. Lakukan tindakan aseptik dan antiseptik
- c. Lencangkan kulit dengan memegang tangan / kaki dengan tangan kiri, siapkan intravena kateter di tangan kanan
- d. Tusukkan jarum sedistal mungkin dari pembuluh vena dengan lubang jarum menghadap keatas, sudut tusukan 30-40 derajat arah jarum sejajar arah vena, lalu dorong
- e. Bila jarum masuk ke dalam pembuluh vena, darah akan tampak masuk kedalam bagian reservoir jarum
- f. Pisahkan bagian jarum dari bagian kanul dengan memutar bagian jarum sedikit. Lanjutkan mendorong kanul kedalam vena secara perlahan sambil diputar sampai seluruh kanul masuk
- g. Cabut bagian jarum seluruhnya perhatikan apakah darah keluar dari kanul, tahan bagian kanul dengan ibu jari kiri
- h. Hubungkan kanula dengan *transfusion set*. Buka saluran infus perhatikan apakah tetesan lancar. Perhatikan apakah lokasi penusukan membengkak, menandakan elestravasasi cairan sehingga penusukan harus diulang dari awal
- i. Bila tetesan lancar, tak ada ekstravasasi lakukan fiksasi dengan plester dan pada bayi / balita diperkuat dengan spalk
- j. Kompres dengan kasa betadine pada lokasi penusukan

- k. Atur tetesan infus sesuai instruksi
- l. Laksanakan proses administrasi, lengkapi berita acara pemberian infus, catat jumlah cairan masuk dan keluar, catat balance cairan selama 24 jam setiap harinya, catat dalam perincian harian ruangan. Bila sudah tidak diperlukan lagi, pemasangan infus dihentikan.

7. Perawatan Intravena (Infus)

Perawatan infus merupakan tindakan yang dilakukan dengan mengganti balutan/plester pada area insersi Dougerty (2010). Frekuensi penggantian balutan ditentukan oleh kebijakan institusi. Dahulu penggantian balutan dilakukan setiap hari, tapi saat ini telah dikurangi menjadi setiap 48 sampai 72 jam sekali, yakni bersamaan dengan penggantian daerah pemasangan IV (Gardner, 2006). Tujuan perawatan infus yaitu mempertahankan tehnik steril, mencegah masuknya bakteri ke dalam aliran darah, pencegahan/meminimalkan timbulnya infeksi, dan memantau area insersi. Menurut Dougerty (2010), prosedur perawatan infus yaitu :

- a. Pakai sarung tangan sekali pakai
- b. Lepaskan balutan trasparan searah dengan arah pertumbuhan rambut klien atau lepaskan plester dan kasa balutan yang lama selapis demi selapis. Untuk kedua balutan trasparan dan balutan kasa, biarkan plester memfiksasi jarum IV atau kateter tetap di tempat.
- c. Hentikan infus jika terjadi flebitis, infiltrasi, bekuan, atau ada instruksi dokter untuk melepas
- d. Apabila infus mengalir dengan baik, lepaskan plester yang memfiksasi jarum dan kateter. Stabilkan jarum dengan satu tangan
- e. Gunakan pinset dan kasa untuk membersihkan dan mengangkat sisa plester.

- f. Bersihkan tempat insersi dengan gerakan memutar dari dalam kearah luar dengan menggunakan *yodium povidon*.
- g. Pasang plester untuk fiksasi
- h. Oleskan salep atau *yodium povidon* di tempat insersi infus
- i. Letakkan kasa kecil diatas salep/*yodium povidon*.
- j. Tutup kasa dengan plester
- k. Tulis tanggal dan waktu penggantian balutan
- l. Bereskan alat-alat yang telah digunakan
- m. Lepas sarung tangan dan cuci tangan
- n. Kaji kembali fungsi dan kepatenan infus
- o. Kaji respon klien
- p. Dokumentasikan waktu penggantian balutan, tipe balutan, kepatenan sistem IV, kondisi daerah vena, respon klien.

8. **Komplikasi Pemasangan Terapi Intravena**

Terapi intravena diberikan secara terus-menerus dan dalam jangka waktu yang lama tentunya akan meningkatkan kemungkinan terjadinya komplikasi. Komplikasi dari pemasangan infus yaitu flebitis, hematoma, infiltrasi, tromboflebitis, emboli udara (Hinlay, 2006).

a. Flebitis

Inflamasi vena yang disebabkan oleh iritasi kimia maupun mekanik. Kondisi ini dikarakteristikan dengan adanya daerah yang memerah dan hangat di sekitar daerah insersi/penusukan atau sepanjang vena, nyeri atau rasa lunak pada area insersi atau sepanjang vena, dan pembengkakan.

b. Infiltrasi

Infiltrasi terjadi ketika cairan IV memasuki ruang subkutan di sekeliling tempat pungsi vena. Infiltrasi ditunjukkan dengan adanya pembengkakan (akibat peningkatan cairan di jaringan), palor

(disebabkan oleh sirkulasi yang menurun) di sekitar area insersi, ketidaknyamanan dan penurunan kecepatan aliran secara nyata. Infiltrasi mudah dikenali jika tempat penusukan lebih besar daripada tempat yang sama di ekstremitas yang berlawanan. Suatu cara yang lebih dipercaya untuk memastikan infiltrasi adalah dengan memasang torniket di atas atau di daerah proksimal dari tempat pemasangan infus dan mengencangkan torniket tersebut secukupnya untuk menghentikan aliran vena. Jika infus tetap menetes meskipun ada obstruksi vena, berarti terjadi infiltrasi.

c. Iritasi vena

Kondisi ini ditandai dengan nyeri selama diinfus, kemerahan pada kulit di atas area insersi. Iritasi vena bisa terjadi karena cairan dengan pH tinggi, pH rendah atau osmolaritas yang tinggi (misal: *phenytoin*, *vancomycin*, *eritromycin*, dan *nafcillin*)

d. Hematoma

Hematoma terjadi sebagai akibat kebocoran darah ke jaringan di sekitar area insersi. Hal ini disebabkan oleh pecahnya dinding vena yang berlawanan selama penusukan vena, jarum keluar vena, dan tekanan yang tidak sesuai yang diberikan ke tempat penusukan setelah jarum atau kateter dilepaskan. Tanda dan gejala hematoma yaitu ekimosis, pembengkakan segera pada tempat penusukan, dan kebocoran darah pada tempat penusukan.

e. *Tromboflebitis*

Tromboflebitis menggambarkan adanya bekuan ditambah peradangan dalam vena. Karakteristik tromboflebitis adalah adanya nyeri yang terlokalisasi, kemerahan, rasa hangat, dan pembengkakan di sekitar area insersi atau sepanjang vena, immobilisasi ekstremitas karena adanya rasa tidak nyaman dan pembengkakan, kecepatan aliran yang tersendat, demam, malaise, dan leukositosis.

f. Trombosis

Trombosis ditandai dengan nyeri, kemerahan, bengkak pada vena, dan aliran infus berhenti. Trombosis disebabkan oleh injuri sel endotel dinding vena, pelekatan platelet.

g. *Occlusion*

Occlusion ditandai dengan tidak adanya penambahan aliran ketika botol dinaikkan, aliran balik darah di selang infus, dan tidak nyaman pada area pemasangan/insersi. *Occlusion* disebabkan oleh gangguan aliran IV, aliran balik darah ketika pasien berjalan, dan selang diklem terlalu lama.

h. Spasme vena

Kondisi ini ditandai dengan nyeri sepanjang vena, kulit pucat di sekitar vena, aliran berhenti meskipun klem sudah dibuka maksimal. Spasme vena bisa disebabkan oleh pemberian darah atau cairan yang dingin, iritasi vena oleh obat atau cairan yang mudah mengiritasi vena dan aliran yang terlalu cepat.

i. Reaksi vasovagal

Digambarkan dengan klien tiba-tiba terjadi kollaps pada vena, dingin, berkeringat, pingsan, pusing, mual dan penurunan tekanan darah. Reaksi vasovagal bisa disebabkan oleh nyeri atau kecemasan

j. Kerusakan syaraf, tendon dan ligament

Kondisi ini ditandai oleh nyeri ekstrem, kebas/mati rasa, dan kontraksi otot. Efek lambat yang bisa muncul adalah paralysis, mati rasa dan deformitas. Kondisi ini disebabkan oleh tehnik pemasangan yang tidak tepat sehingga menimbulkan injuri di sekitar syaraf, tendon dan ligament.

9. Pencegahan Komplikasi Pemasangan Terapi Intravena.

Menurut Hidayat (2008), selama proses pemasangan infus perlu memperhatikan hal-hal untuk mencegah komplikasi yaitu :

- a. Ganti lokasi tusukan setiap 48-72 jam dan gunakan set infus baru
- b. Ganti kasa steril penutup luka setiap 24-48 jam dan evaluasi tanda infeksi
- c. Observasi tanda / reaksi alergi terhadap infus atau komplikasi lain
- d. Jika infus tidak diperlukan lagi, buka fiksasi pada lokasi penusukan
- e. Kencangkan klem infus sehingga tidak mengalir
- f. Tekan lokasi penusukan menggunakan kasa steril, lalu cabut jarum infus perlahan, periksa ujung kateter terhadap adanya embolus.
- g. Bersihkan lokasi penusukan dengan anti septik. Bekas-bekas plester dibersihkan memakai kapal alkohol atau bensin (jika perlu).
- h. Gunakan alat-alat yang steril saat pemasangan, dan gunakan tehnik sterilisasi dalam pemasangan infus.
- i. Hindarkan memasang infus pada daerah-daerah yang infeksi, vena yang telah rusak, vena pada daerah fleksi dan vena yang tidak stabil.
- j. Mengatur ketepatan aliran dan regulasi infus dengan tepat. Penghitungan cairan yang sering digunakan adalah penghitungan millimeter perjam (ml/h) dan penghitungan tetes permenit.

D. Konsep Lidah Buaya (*Aloe Vera*)

1. Definisi

Lidah buaya (*Aloe vera*) adalah sejenis tumbuhan yang sudah dikenal sejak ribuan tahun silam dan digunakan sebagai penyubur rambut, penyembuh luka, dan untuk perawatan kulit. Tumbuhan ini dapat ditemukan dengan mudah di kawasan kering di Afrika. Seiring dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, manfaat tanaman

lidah buaya berkembang sebagai bahan baku industry farmasi dan kosmetik, serta sebagai bahan makanan dan minuman kesehatan.

Secara umum, lidah buaya merupakan satu dari 10 jenis tanaman terlaris di dunia yang mempunyai potensi untuk dikembangkan sebagai tanaman obat dan bahan baku industry. Berdasarkan hasil penelitian, tanaman ini kaya akan kandungan zat-zat seperti enzim, asam amino, mineral, vitamin, polisakarida, dan kompetensi lain yang sangat bermanfaat bagi kesehatan.

Gambar 2.2
Gambar Tumbuhan Lidah Buaya (*Aloe Vera*)



2. Klasifikasi Lidah Buaya (*Aloe Vera*)

- Kingdom : Plantae
 Devisi : Angiospermae
 Kelas : Monocotyledoneae
 Bangsa : Liliales
 Famili : *Liliaceae*
 Marga : *Aloe*
 Jenis : *Aloe Vera*

(Sumber : Nuzantry, 2015)

3. Jenis dan Varietas Lidah Buaya

Lidah buaya merupakan tanaman serbaguna untuk kesehatan yang mudah ditanam dan tumbuh didaerah berhawa panas (tropik). Tanaman ini mendapat julukan the miracle plant atau tanaman ajaib karena memiliki banyak manfaat dan khasiat bagi kehidupan manusia. Disamping itu, karena mampu menyembuhkan luka dan meredam rasa sakit atau panas di kulit yang terbakar (Arifin, 2014).

Terdapat lebih dari 350 jenis lidah buaya yang termasuk dalam suku *liiaceae*, sebagian diantaranya sudah disilangkan. Ada tiga jenis lidah buaya yang dibudidayakan secara komersial di dunia, yakni curacao aloe atau Aloe Barbadensis Miller, cape aloe atau Aloe Ferox Miller, dan socotrine aloe yang salah satunya adalah Aloe Perryi Baker (Hayati, 2009).

Dari ketiga jenis tersebut banyak yang dimanfaatkan adalah spesies Aloe Barbadensis Miller karena jenis ini mempunyai banyak keunggulan yaitu: tahan hama, ukurannya dapat mencapai 121 cm, berat per batangnya bisa mencapai 4 kg, mengandung 75 nutrisi serta aman dikonsumsi. Perbedaan ketiga jenis tanaman lidah buaya dapat dilihat pada Gambar 2.3 (Istanto, 2014).

Gambar 2.3 Jenis-jenis Tanaman Lidah Buaya.

- a) Aloe Barbadensis Miller
- b) Aloe Ferox Miller
- c) Aloe Perryi Baker



4. Morfologi Lidah Buaya

1) Akar

Tanaman lidah buaya memiliki akar yang menyebar pada batang di bagian bawah tanaman. Akar tidak tumbuh ke bawah seperti akar tunjang, tetapi akar lidah buaya tumbuh kesamping. Hal ini menyebabkan tanaman lidah buaya dapat mudah roboh karena perakarannya yang tidak cukup kuat menahan beban daun dan pelepah lidah buaya yang cukup berat.

2) Batang

Batang lidah buaya tidak terlalu besar dan relative pendek berukuran sekitar 10 cm. Batang lidah buaya dikelilingi daun-daun tebal dengan ujung-ujung runcing megarah ke atas.

3) Daun

Letak daun lidah buaya berhadap-hadapan dan mempunyai bentuk yang sama. Daun lidah buaya tebal dan berbentuk *roset* dengan ujung yang meruncing mengarah ke atas dan tepi daun yang memiliki duri.

Daun *Aloe vera* terdiri dari tiga lapisan, yaitu :

a. Lapisan luar daun

Terdiri dari 15-20 sel tebal pelindung sintesis karbohidrat dan protein. Mengandung turunan dari hidroksiantrasena, antrakuinon, dan glikosida A dan B. Bahan aktif lainnya dari *Aloe* yaitu hidroksanton, aloemodin-antron 10-C glikosida dan *chrone*.

b. Lapisan tengah daun

Mengandung antrakuinon dan glikosida. Jaringan parenkim pada lapisan tengah daun mengandung protein, lipid, asam amino, vitamin, enzim, senyawa anorganik dan organik.

c. Lapisan dalam daun

Lapisan paling dalam daun *Aloe vera* mengandung air hingga 99%, selain itu terdapat *glucomannans*, asam amino, lipid, sterol dan

vitamin (vitamin B1, B2, B6 dan C). Bahan aktif lainnya yaitu enzim, mineral, gula, lignin, saponin, asam salisilat, monosakarida, polisakarida, niasinamid, kolin, enzim (asam dan alkali fosfatase, amylase, laktat dehydrogenase, lipase, senyawa anorganik dan senyawa organik (aloin, barbaloin, dan emodin).

5. Gel

Gel adalah bagian daun terdalam yang berlendir, bersifat mendinginkan dan mudah rusak karena oksidasi, sehingga dibutuhkan proses pengolahan lebih lanjut agar diperoleh gel yang stabil dan tahan lama (Wahjono & Koesnandar, 2002)

Penelitian dari Hoshi University Jepang menunjukkan lidah buaya mengandung senyawa antioksidan yang mampu menyingkirkan radikal bebas akibat radiasi, serta melindungi dua komponen penyembuh luka yang secara alami ada di dalam tubuh, yaitu superoksida dismutase (enzim antoksidan) dan glutathione (asam amino yang menstimulasi sistem kekebalan tubuh) (Arifin, 2014).

6. Eksudat

Eksudat adalah getah yang keluar dari daun saat dilakukan pemotongan. Eksudat berbentuk cair, berwarna kekuningan yang mengandung aloin dan cairan bening seperti jeli yang rasanya pahit. Cairan kuning yang mengandung aloin ini berasal dari lateks yang terdapat pada bagian luar kuit lidah buaya dan menimbulkan bau menyengat. Kandungan zat aloin didalam lidah buaya berfungsi untuk mengobatisakit perut, sakit kepala, gatal, kerontokanrambut, untuk perawatan kulit, dan luka bakar (Noormindhawati, 2013).

Tabel 2.2
Karakteristik Tiga Jenis Tanaman Lidah Buaya

No.	Karakteristik	Aloe barbadensis Miller	Aloe ferox Miller	Aloe perryi Baker
1.	Batang	Tidak terlihat jelas	Terlihat jelas (tinggi 3-5 m atau lebih)	Tidak terlihat Jelas (lebih kurang 0,5 m)
2.	Bentuk daun	Lebar dibagian bawah, dengan pelepah bagian atas cembung	Lebar di bagian bawah	Lebar di bagian bawah
3.	Lebar daun	6-13 cm	10-15 cm	5-8 cm
4.	Lapisan lilin pada Daun	Tebal	Tebal	Tipis
5.	Duri	Di bagian pinggir daun	Di bagian pinggir dan bawah daun	Di bagian pinggir daun
6.	Tinggi bunga (mm)	25-30 (tinggi tangkai bunga 60-100 cm)	35-40	25-30
7.	Warna bunga	Kuning	Merah tua hingga jingga	Merah terang

Sumber : Arifin, 2014

7. Bunga

Bunga lidah buaya memiliki warna yang bervariasi, berada di ujung atas pada tangkai yang keluar dari ketiak daun dan bercabang. Bunga pada lidah buaya mampu bertahan 1-2 minggu. Setelah itu, bunga akan mengalami perontokan dan tangkai pada Bungan akan mongering.

Bunga Aloe vera berwarna kuning kemerahan, berbentuk lonceng yang mengumpul diujung atas suatu tangkai yang keluar dari ketiak daun. Panjang tangkai bias mencapai 1 meter dan cukup kokoh sehingga tidak mudah patah, bunga biasanya muncul bila ditanam di pegunungan, sedangkan di daratan rendah tanaman jarang berbunga (Arifin, 2014).

E. Konsep Akut *Limfoblastic leukemia*

1. Pengertian Leukemia

Leukemia merupakan sekumpulan penyakit neoplastik yang beragam, ditandai dengan produksi atau transformasi maligna dari sel-sel pembentuk darah di sumsum tulang dan jaringan limfoid yang abnormal (sel leukemia). Produksi sel leukemia yang bertambah banyak menyebabkan sel leukemia keluar dari sumsum. Sel leukemia dapat ditemukan di dalam darah perifer atau darah tepi yang kemudian mempengaruhi hematopoiesis atau proses pembentukan sel darah normal dan sistem imunitas tubuh sehingga dapat menimbulkan gejala klinis pada tubuh penderita (Yayan, 2010).

Leukemia limfositik akut adalah suatu penyakit ganas yang progresif pada organ pembentuk darah, yang ditandai perubahan proliferasi dan perkembangan leukosit serta prekursornya dalam darah dan sumsum tulang Dorland (2006) dalam Cahyono (2012).

Acute limfoblastic leukemia adalah bentuk akut dari leukemia yang diklasifikasikan menurut cell yang lebih banyak dalam sumsum tulang yaitu berupa lymphoblast. Pada keadaan leukemia terjadi proliferasi sel leukosit yang abnormal, ganas, sering disertai bentuk leukosit yang lain dari pada normal, jumlahnya berlebihan dan dapat menyebabkan anemia, trombositopenia, dan diakhiri dengan kematian (Arief Mansjoer, dkk 2012).

2. Klasifikasi Akut *Limfoblastik Leukimia*

Menurut (Wong, *et al* 2008) klasifikasi *Akut Limfoblastik Leukimia* yaitu:

- a. ALL-L1 dengan sel limfoblas kecil-kecil sebanyak 84%
- b. ALL-L2 sel lebih besar, inti regular, kromatin bergumpal, nekleoli prominen dan sitiplasma agak banyak sebanyak 14%.
- c. ALL-L3 sitoplasma basophil dengan banyak vocoula, hanya merupakan 1%.

3. Etiologi

Penyebab leukemia sampai saat ini belum diketahui secara pasti, akan tetapi menurut penelitian yang sudah dilakukan sebelumnya ada beberapa faktor risiko tertentu yang diduga dapat meningkatkan risiko terjadinya leukemia Chandrayai S,(2010), yaitu :

- a. Faktor Internal Faktor internal meliputi, usia anak saat terdiagnosis, jenis kelamin anak, urutan kelahiran anak, berat anak lahir, usia ibu saat mengandung anak, usia ayah ketika ibu mengandung anak, riwayat keguguran ibu, dan riwayat pemberian ASI kepada anak
- b. Faktor Lingkungan Faktor lingkungan meliputi, paparan radiasi, paparan insektisida rumah tangga, dan perilaku merokok orang.

4. Mekanisme Akut Limfoblastik Leukimia

Komponen sel darah terdiri atas eritrosit atau sel darah merah *Red blood cell* (RBC) dan leukosit atau sel darah putih *white blood cell* (WBC) serta trombosit atau platelet. Seluruh sel darah normal diperoleh dari sel batang tunggal yang terdapat pada seluruh sumsum tulang. Sel batang dapat dibagi ke dalam lymphoid dan sel batang darah (myeloid), dimana pada kebalikannya menjadi cikal bakal sel yang terbagi sepanjang jalur tunggal khusus. Proses ini dikenal sebagai hematopoiesis dan terjadi di dalam sumsum tulang tengkorak, tulang belakang, panggul, tulang dada, dan pada proximal epifisis pada tulang-tulang yang panjang.

Peningkatan produksi leukosit juga melibatkan tempat-tempat ekstramedular sehingga anak-anak menderita pembesaran kelenjar limfe dan hepatosplenomegali. Sakit tulang juga sering dijumpai. Juga timbul serangan pada susunan saraf pusat, yaitu sakit kepala, muntah-muntah, "seizures" dan gangguan penglihatan. Sel kanker menghasilkan leukosit yang imatur/abnormal dalam jumlah yang berlebih. Leukosit imatur ini menyusup ke berbagai organ, termasuk sumsum tulang dan menggantikan unsur-unsur

sel yang normal. Limfosit imatur berproliferasi dalam sumsum tulang dan jaringan perifer sehingga mengganggu perkembangan sel normal.

Hal ini menyebabkan heemopoiesis normal terhambat, akibatnya terjadi penurunan jumlah leukosit, sel darah merah dan trombosit. Infiltrasi sel kanker ke berbagai organ menyebabkan pembesaran hati, limpa, limfadenopati, sakit kepala, muntah, dan nyeri tulang serta persendian. Penurunan jumlah eritrosit menimbulkan anemia, penurunan jumlah trombosit mempermudah terjadinya perdarahan (echimosis, perdarahan gusi, epistaksis dll). Adanya sel kanker juga mempengaruhi sistem retikuloendotelial yang dapat menyebabkan gangguan sistem pertahanan tubuh, sehingga mudah mengalami infeksi. Adanya sel kanker juga mengganggu metabolisme sehingga sel kekurangan makan (Smelzer *et al*, 2012)

5. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala leukemia limfositik akut (ALL) menyerupai AML. Tanda utama yaitu infeksi, perdarahan, dan anemia. Gejala yang tampak seperti malaise, demam, letargi, kehilangan berat badan karena nafsu makan berkurang, anoreksia, keringat pada malam hari, nyeri tulang dan artralgia (nyeri pada suatu sendi), dan pucat. Selain itu, terdapat lesi infeksi pada mulut dan tenggoroka, timbul perdarahan pada kulit (peteki, purpura, memar), gusi, atau visera. Ditemukan pembesaran kelenjar limfe dan pembesaran organ hati dan limpa atau hepatosplenomegali pada anak yang mengalami leukemia (Betz & Sowden, 2009).

F. Integrasi Model Dorothea E. Orem Dalam Proses Keperawatan

Pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah gangguan integritas kulit yang sedang menjalankan terapi intravena yang mengakibatkan flebitis dalam penulisan karya ilmiah ini menggunakan pendekatan teori keperawatan model perawatan diri. Model perawatan diri pertama kali dikembangkan oleh Dorothea Orem Model konsep Dorothea Orem terfokus pada *selfcare* dan kebutuhan perawatan diri klien untuk mempertahankan kehidupan, kesehatan, perkembangan, dan kesejahteraan. Ada tiga prinsip dalam keperawatan diri sendiri yaitu:

1. Perawatan diri yang bersifat holistik, seperti kebutuhan oksigen, air, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat.
2. Perawatan mandiri yang harus dilakukan sesuai dengan tumbuh kembang manusia.
3. Perawatan mandiri yang harus dilakukan karena adanya masalah kesehatan atau penyakit.

Dalam teori Orem (1991) ada 5 area aktifitas keperawatan yaitu:

1. Masuk kedalam dan memelihara hubungan antara perawat dengan pasien dengan individu, keluarga, kelompok, sampai pasien dapat melegitimasi rencana keperawatan.
2. Menentukan kapan dan bagaimana pasien dapat dibantu melalui keperawatan.
3. Bertanggung jawab atas permintaan pasien, keinginan dan kebutuhan untuk kontak dan dibantu perawat.
4. Menjelaskan, memberikan dan melindungi pasien secara langsung dalam bentuk keperawatan.
5. Mengkoordinasi dan mengintegrasikan keperawatan dengan kehidupan sehari-hari pasien atau perawatan kesehatan lain jika dibutuhkan serta pelayanan sosial dan edukasi yang dibutuhkan atau yang akan diterima.

1. Teori Self Care

Untuk memahami teori self care sangat penting terlebih dahulu memahami konsep self care, selfcare agency, basic conditioning factor dan kebutuhan self care therapeutik. Self care adalah performance atau praktek kegiatan individu untuk berinisiatif dan membentuk perilaku mereka dalam memelihara kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan. Jika self care dibentuk dengan efektif maka hal tersebut akan membantu membentuk integritas struktur dan fungsi manusiadan erat kaitannya dengan perkembangan manusia.

Self care agency adalah kemampuan manusia atau kekuatan untuk melakukan self care. Kemampuan individu untuk melakukan self care dipengaruhi oleh *basic conditioning factor* seperti; umur, jenis kelamin, status perkembangan, status kesehatan, orientasi sosialbudaya, sistem perawatan kesehatan (diagnostik, penatalaksanaan, modalitas), sistem keluarga, polakehidupan, lingkungan serta ketersediaan sumber. Kebutuhan self care therapeutik (*Therapeutic self care demand*) adalah merupakan totalitas dari tindakan *self care* yang diinisiatif dan dibentuk untuk memenuhi kebutuhan self care dengan menggunakan metode yang valid yang berhubungan dengan tindakan yang akan dilakukan.

Konsep lain yang berhubungan dengan teori *self care* adalah *self care requisite*. Orem mengidentifikasikan tiga katagori *self care requisite*:

- a. Universal meliputi: udara, air, makanan dan eliminasi, aktifitas dan istirahat, privasi, sosialisasi dan interaksi sosial, pencegahan resiko, peningkatan kesehatan, kesejahteraan dan potensi diri.
- b. Developmental, lebih khusus dari universal dihubungkan dengan kondisi yang meningkatkan proses pengembangan siklus kehidupan seperti; pekerjaan baru, perubahan struktur tubuh.

Perubahan kesehatan (*Health Deviation*) berhubungan dengan akibat

terjadinyaperubahan struktur normal dan kerusakan integritas individu untuk melakukan self care akibat suatu penyakit atau injury.

2. Teori *Self Care Deficit*

Merupakan hal utama dari teori general keperawatan menurut Orem. Dalam teori ini keperawatan diberikan jika seorang dewasa (atau pada kasus ketergantungan) tidak mampu atau terbatas dalam melakukan self care secara efektif. Keperawatan diberikan jika kemampuan merawat berkurang atau tidak dapat terpenuhi atau adanya ketergantungan. Orem mengidentifikasi lima metode yang dapat digunakan dalam membantu *self care*:

- a. Tindakan untuk atau lakukan untuk oranglain.
- b. Memberikan petunjuk dan pengarahan.
- c. Memberikan dukungan fisik dan psychologis.
- d. Memberikan dan memelihara lingkungan yang mendukung pengembangan personal.

Pendidikan perawat dapat membantu individu dengan menggunakan beberapa atau semua metode tersebut dalam memenuhi *self care*.

3. Teori *Nursing System*

Nursing system didesain oleh perawat didasarkan pada kebutuhan *self care* dan kemampuan pasien melakukan *self care*. Jika ada *self care defisit*, *self care agency* dan kebutuhan *self care therapeutik* maka keperawatan akan diberikan. *Nursing agency* adalah suatu properti atau atribut yang lengkap diberikan untuk orang-orang yang telah didik dan dilatih sebagai perawat yang dapat melakukan, mengetahui dan membantu orang lain untuk menemukan kebutuhan *selfcare* terapeutik mereka, melalui

pelatihan dan pengembangan *self care agency*. Orem mengidentifikasi tiga klasifikasi *nursing system* yaitu:

a. *Universal Compensatory system*

Suatu situasi dimana individu tidak dapat melakukan tindakan *self care*, dan menerima *selfcare* secara langsung serta ambulasi harus dikontrol dan pergerakan dimanipulatif atau adanya alasan- alasan medis tertentu. Ada tiga kondisi yang termasuk dalam kategori ini yaitu: tidak dapat melakukan tindakan *self care* misalnya koma, dapat membuat keputusan, observasi atau pilihan tentang *self care* tetapi tidak dapat melakukan ambulasi dan pergerakan manipulatif, tidak mampu membuat keputusan yang tepat tentang *self care*nya.

b. *Partly compensatory nursing system*

Suatu situasi dimana antara perawat dan klien melakukan perawatan atau tindakan lain dan perawat atau pasien mempunyai peran yang besar untuk mengukur kemampuan melakukan *selfcare*.

c. *Supportive educative system*

Pada sistem ini orang dapat membentuk atau dapat belajar membentuk internal atau external *self care* tetapi tidak dapat melakukannya tanpa bantuan. Hal ini juga dikenal dengan *supportive developmental system*.

G. Proses Keperawatan menurut Model Dorothea E. Orem (Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Intervensi, dan Evaluasi)

Model adaptasi Orem menuntun perawat mengaplikasikan Proses keperawatan. Element Proses keperawatan menurut Orem meliputi: pengkajian *self care*, diagnosa keperawatan, penetapan tujuan, intervensi dan evaluasi.

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian data dasar (nama, umur, sex, status kesehatan, status perkembangan, orientasi sosio-kultural, riwayat diagnostik dan pengobatan,

faktor sistem keluarga); Pola hidup; Faktor lingkungan. Dan dilakukan Observasi status kesehatan klien Untuk menemukan masalah keperawatan berdasarkan *self-care defisit*, maka perawat perlu melakukan pengkajian kepada klien melalui observasi berdasarkan klasifikasi tingkat ketergantungan klien yang terdiri dari *Minimal Care, Partial Care, Total Care*, Pengembangan teori Orem dengan masalah fisiologis yang terdiri dari pemenuhan kebutuhan oksigen, pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit,, gangguan mengunyah, gangguan menelan, pemenuhan kebutuhan eliminasi /pergerakan bowel, urinary, excrements, menstruasi, pemenuhan kebutuhan aktivitas dan istirahat.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan sesuai dengan self care defisit yang dialami oleh klien. Mengacu pada diagnosa keperawatan yang aktual, resiko tinggi dan kemungkinan. Teori Orem masih lebih berfokus pada masalah fisiologis, namun diagnosa dapat dikembangkan ke masalah lain sesuai hirarki kebutuhan dasar yang dikembangkan Maslow Serta diagnosa keperawatan yang digunakan melihat NANDA 2018-2020 sesuai dengan konsep Self care yang dinyatakan oleh Orem.

3. Intervensi

Dibuat sesuai dengan diagnosa keperawatan, berdasarkan self care demand dan meningkatkan kemampuan self care. Membuat nursing system : *universal compensatory, Partly compensatory*, atau *supportive- educative*. Membuat metode yang sesuai untuk membantu klien.

4. Implementasi

Keperawatan diberikan jika kemampuan merawat diri pada klien berkurang dari yang dibutuhkan untuk memenuhi *self care* yang sebenarnya sudah diketahui. Teori Orem mengidentifikasi beberapa metode bantuan, yaitu:

- a. Merumuskan, memberikan dan mengatur bantuan langsung pada klien dan orang-orang terdekat dalam bantuan keperawatan.

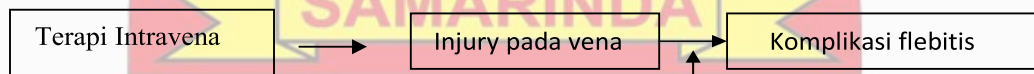
- b. Membimbing dan mengarahkan.
- c. Memberi dukungan fisik dan psikologis
- d. Memberikan dan mempertahankan lingkungan yang mendukung perkembangan individu
- e. Pendidikan
- f. Berespon terhadap permintaan, keinginan dan kebutuhan klien akan kontak bantuan
- g. Keperawatan
- h. Kolaborasi, pelimpahan wewenang
- i. Melibatkan anggota masyarakat dan lingkungan.

5. Evaluasi

Evaluasi dilakukan untuk mengetahui perkembangan pasien atas tindakan yang telah dilakukan sehingga dapat disimpulkan apakah tujuan asuhan keperawatan tercapai atau belum. Menilai keefektifan tindakan perawatan dalam: meningkatkan kemampuan self care, memenuhi kebutuhan *self care*, dan menurunkan *self care deficit*.

H. Kerangka Teori

Bagan 2.1 Kerangka Teo

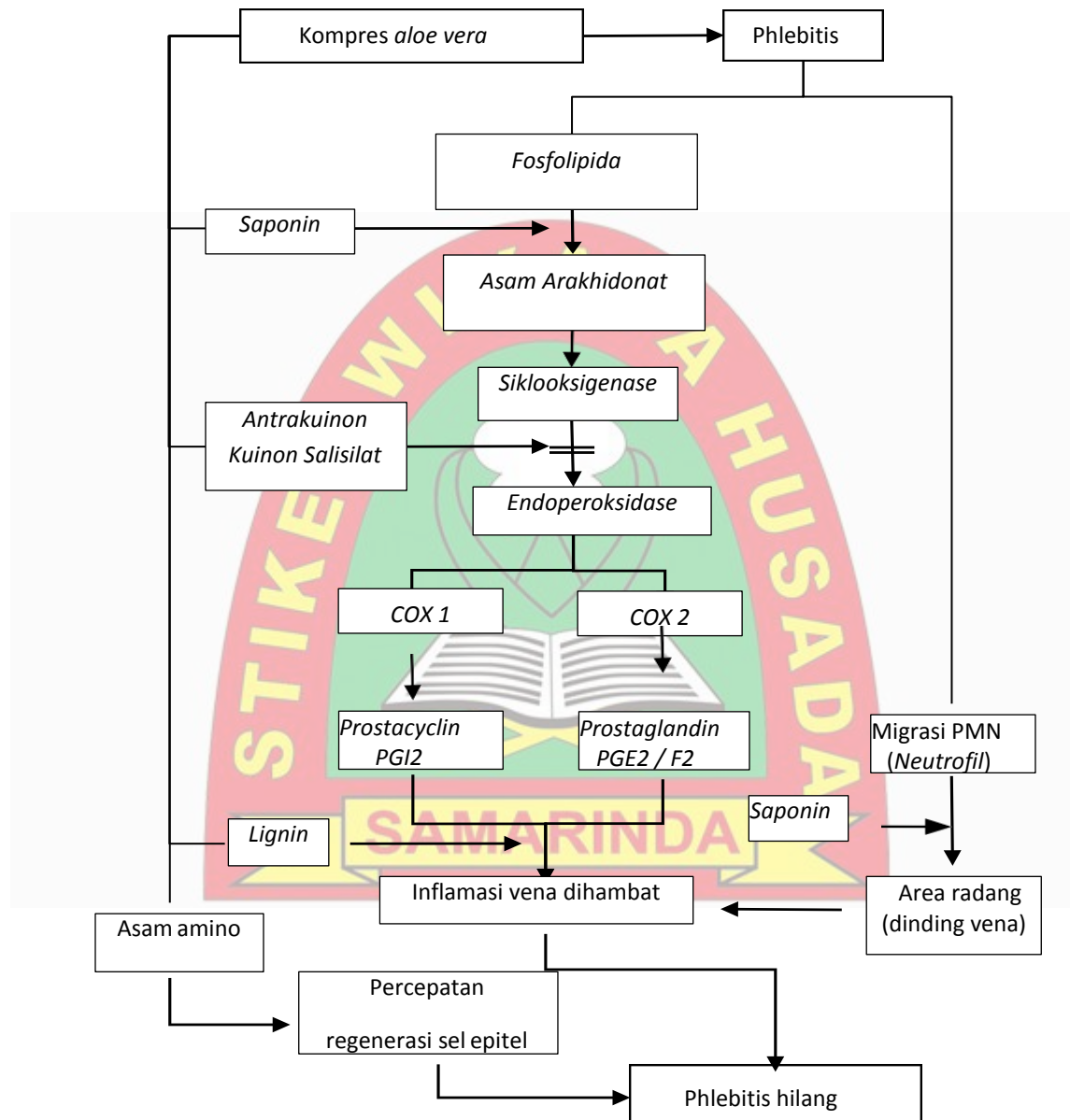


Faktor penyebab flebitis :

1. Flebitis kimia :
 - a. Jenis cairan infuse
 - b. Jenis obat yang dimasukkan melalui infus
 - c. Jenis kateter infus
2. Flebitis mekanis
 - a. Lokasi pemasangan infus
 - b. Ukuran kanula
3. Flebitis bakterial
 - a. Teknik cuci tangan yang buruk
 - b. Teknik aseptik tidak baik
 - c. Teknik pemasangan kanula yang buruk
 - d. Lama pemasangan infuse
 - e. Perawatan infuse
 - f. Faktor pasien (umur, jenis kelamin, dan kondisi pasien)

I. Pathway

Bagan 2.2 Pathway Kompres *Aloe Vera* Dapat Mengurangi Derajat Flebitis



Sumber : Rajin & Mukarromah (2008)

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Kasus Kelolaan Utama

Klien An.D masuk di Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda pada tanggal 14 November 2019 dengan keluhan muntah – muntah ± dalam waktu 1 minggu disertai dengan demam tinggi yang tak kunjung turun. Klien seorang laki-laki, berusia 11 tahun 1 bulan, lahir di Sanga – sanga pada tanggal 22 September 2008. Ayahnya bernama Tn.A berusia 43 tahun bekerja sebagai wiraswasta. Ibu klien bernama Ny.P berusia 41 tahun bekerja sebagai (IRT). Kedua orang tua klien dengan pendidikan terakhir SMA. Klien beragama islam, suku Jawa/Warga Negara Indonesia. Alamat tempat tinggal klien berada di Jalan Pemandian Sanga-Sanga Kabupaten Kutai Karta Negara. Klien menjalani perawatan di Ruang Melati sejak tanggal 14 November 2019 sampai dengan peneliti melakukan pengkajian di ruang melati pada tanggal 20 November 2019.

Keluhan utama yang dirasakan klien saat ini yaitu klien merasa mual setiap makan dan minum, demam yang tidak kunjung turun dan nyeri pada tangan sebelah kanan karena pemasangan terapi intravena yang mengalami flebitis. Pemeriksaan lebih lanjut dilakukan peneliti untuk mengetahui skala nyeri yang dikeluhkan klien, dan pada saat dilakukan pengkajian skala nyeri ternyata nyeri pasien berada pada skala 4, dan penyebab nyeri tersebut karena adanya flebitis derajat 1 pada daerah pemasangan terapi intravena. Ibu klien menjelaskan bahwa nyeri pada tangan kanan klien terasa mulai tadi malam pada saat klien dilakukan transfusi TC sebanyak 8 kantong.

Riwayat kesehatan masa lalu klien mulai dari klien dalam kandungan sampai klien dilahirkan, ibu klien tidak pernah mengalami permasalahan yang berarti, klien dilahirkan dengan normal dibantu dengan bidan di klinik dengan berat badan lahir 2800 gram dan panjang badan 50 cm. Riwayat penyakit masa lalu, ibu klien menjelaskan bahwa klien pada usia 1,8 tahun mengalami sakit

ginjal dan dilakukan operasi ginjal pada tahun 2010 di rumah sakit. Ibu klien juga menjelaskan bahwa klien tidak memiliki riwayat alergi baik alergi makanan ataupun alergi obat-obatan. Ibu klien menjelaskan bahwa klien dilakukan imunisasi secara lengkap sesuai dengan batas usia yang di tentukan di klinik bidan tempat dimana ibu klien dulunya rutin memeriksakan kandungannya.

Riwayat pertumbuhan dan perkembangan klien tidak terdapat masalah, dikarenakan klien dapat bertumbuh dan berkembang sesuai dengan tahapan usianya. Riwayat sosial saat ini klien di asuh oleh ibu kandungannya, klien dapat berinteraksi dan bersosialisasi dengan baik bersama dengan teman sebayanya dan seluruh anggota keluarganya. Status nutrisi saai ini klien tidak mengalami penurunan nafsu makan, klien selalu menghabiskan porsi makan yang diberikan dari rumah sakit dan minum dalam satu hari sekitar \pm air putih 850 cc dan susu 300 cc, jadi dalam satu hari klien mengkonsumsi cairan sebanyak \pm 1150 cc/ hari. Aktivitas dan istirahat klien saat ini klien lebih banyak beraktivitas di tempat tidur saja tetapi klien masih dapat ke toilet dengan berjalan walaupun di papah dengan ibunya.

Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik didapatkan hasil bahwa keadaan umum klien sedang, kesadaran composmentis dengan (E:4,V:5,M:6). Tanda – tanda vital didapatkan hasil TD: 110/60 mmHg, Nadi: 78 x/menit, Suhu: 38,2°C, RR: 23 x/menit, BB: 61 Kg, TB:158 cm, LK: 50 cm,dan LL: 28 cm. Berdasarkan perhitungan IMT didapatkan hasil bahwa nilai IMT An.D adalah 36 Kg, saat ini berat badan anak 60 Kg, jadi dapat disimpulkan bahwa berat badan anak saat ini lebih 24 Kg dalam batas normal IMT. Pada pemeriksaan diagnostik tanggal 22 November 2019 didapatkan hasil bahwa leukosit: 49.59, Eritrosit: 2.78, Hemoglobin: 7.0, Hematokrit: 20.9 dan PLT: 43. Program terapi dan cairan yang diberikan pada An.A yaitu cairan infus D5 ½ NS 1500cc/24 jam, obar oral atoporinol 1X100 Mg, terapi obat injeksi yang diberikan Paracetamol 1X600 Mg (Kalau Perlu), Cefotaxime 3X1 gram (IV), Omeprazole 1X20Mg(IV) dan Ondansentrom 1X4 Mg (IV) (Kalau Perlu). Pasien juga mendapatkan

hiperhidrasi D5 ½ NS 500cc/ 1 kolf di drip dengan meylon 1 flez/ 25 cc dengan kebutuhan cairan 3500 cc/hari.

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada An.D berdasarkan SDKI edisi 1, yaitu : 1) Nyeri akut 2) Hipertermi 3) Resiko infeksi . Tujuan yang ditetapkan pada An.D setelah dilakukan asuhan keperawatan berdasarkan SLKI yaitu, nyeri akut berkurang ditandai dengan jarang menunjukkan ekspresi wajah meringis, klien jarang mengeluh nyeri, klien tidak menunjukkan ekspresi wajah gelisah, hipertermi berkurang ditandai dengan kulit tampak tidak kemerahan,tidak menunjukkan wajah pucat dan suhu tubuh dalam batas normal,selanjutnya diagnosa keperawatan resiko infeksi berkurang di tandai dengan tidak adanya kulit kemerahan dan edema berkurang serta kemampuan keluarga untuk mengidentifikasi faktor resiko infeksi .

Intervensi keperawatan berdasarkan SIKI yang telah dilakukan untuk diagnose keperawatan nyeri akut yaitu melakukan manajemen nyeri dengan tindakan nonfarmakologi yaitu dengan melakukan kompres *aloe vera* pada bagian tangan klien yang mengalami nyeri akibat pemasangan terapi intravena. Nyeri yang dirasakan klien tersebut merupakan nyeri yang diakibatkan karena klien mengalami flebitis derajat 1 pada tangan sebelah kanan karena pemasangan terapi intravena. Kompres *aloe vera* dilakukan dengan cara menghaluskan *aloe vera* murni yang kemudian diletakkan di atas kasa dan kemudian di kompreskan pada bagian tangan klien yang mengalami flebitis, tindakan ini dilakukan selama 20 menit. Intervensi diagnose keperawatan hipertermi yang telah dilakukan yaitu memonitor suhu tubuh anak, memonitor komplikasi akibat hipertermi seperti kejang, dan memberi edukasi kepada orang tua untuk melakukan kompres hangat di bagian dahi dan lipatan – lipatan tubuh klien. Intervensi diagnosa keperawatan resiko infeksi yang telah dilakukan yaitu memberikan edukasi kepada keluarga terutama orang tua untuk membantu mengontrol resiko infeksi dengan selalu menjaga kebersihan sekitar area tempat tidur pasien, selalu mencuci tangan apabila sebelum dan sesudah melakukan aktivitas yang berkaitan dengan pasien

dan tidak lupa untuk menjelaskan kepada keluarga untuk meningkatkan asupan nutrisi anak dengan banyak memberikan makanan yang bergizi untuk anak agar daya tahan tubuh anak juga dapat meningkat.

Hasil evaluasi dilakukan 2 hari setelah kompres *aloe vera* diharapkan derajat flebitis pada anak dapat berkurang. Untuk membantu proses evaluasi peneliti menggunakan lembar observasi flebitis atau biasa disebut VIP (*Visual Infusion Phlebitis Score*) dan SOP pemberian kompres *aloe vera*. Pengukuran dilakukan sebelum melakukan kompres *aloe vera* dengan hasil derajat flebitis menunjukkan derajat 1 dengan skala nyeri 4, setelah itu klien diberikan kompres *aloe vera* selama 20 menit, satu hari dilakukan sebanyak 3 kali dengan jumlah waktu sebanyak 8 jam dalam satu hari, setelah derajat flebitis diukur kembali dan mendapatkan hasil bahwa derajat flebitis masih berada pada derajat 1 tetapi nyeri flebitis berkurang menjadi skala nyeri 2.

B. Kasus Kelolaan Resume

1. Kasus 1

Klien An. A berusia 5 tahun dengan diagnosa medis ALL. Ibu klien mengatakan klien terdiagnosa ALL sejak 2016 lalu hingga saat ini dan saat ini siklus kemoterapi klien mengulang kembali dari awal dikarenakan siklus yang pertama baru saja setengah perjalanan sudah terhenti di karenakan banyak faktor. Ibu klien juga mengatakan jika malam hari klien mengalami susah untuk tidur dan sering rewel. Saat ini klien masuk rumah sakit dikarenakan akan melakukan kemoterapi High Dose . Hasil pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum sedang , kesadaran composmentis (E:4,V:5,M:6) , pengukuran tanda-tanda vital di dapatkan RR: 31 x/menit, Nadi:100x/menit, suhu: 36°C, BB: 22 kg, TB: 100 cm, LL : 15 cm, LK: 51 cm, LD: 59 cm dan LP: 61 cm.

Pada musculoskeletal klien mengalami nyeri pada tangan sebelah kiri dikarenakan post kemoterapi dan tangan klien mengalami flebitis. Pemeriksaan lebih lanjut dilakukan peneliti untuk mengetahui berapa skala nyeri yang dirasakan klien dan berapa derajat flebitisnya, setelah dilakukan pemeriksaan ternyata didapatkan hasil bahwa skala nyeri berdasarkan Wong-Baker yaitu 4 dan derajat flebitis berdasarkan VIP skale yaitu 1. Saat ini klien masih dapat berjalan sendiri apabila ingin ke WC atau ruang tindakan. Klien juga masih dapat melakukan aktivitas bermainnya walaupun hanya di tempat tidur. Kekuatan otot atas 5//5, CRT kurang dari 2 detik, turgor kulit elastis, tidak terdapat edema pada ekstremitas atas ataupun ekstremitas bawah, kekuatan otot bawah 5//5, tidak terdapat kelemahan pada ekstremitas bawah. Riwayat penyakit dahulu sebelum klien terdiagnosa ALL, ibu klien menjelaskan bahwa klien merupakan anak yang jarang sekali sakit, klien hanya mengalami batuk, demam, pilek seperti anak kecil pada umumnya.

Terapi yang diberikan di ruangan yaitu infus D 5 ½ NS 1500cc/jam dengan kecepatan 21 Tpm, dan obat oral cetirizine 2x1 sendok teh/ 24 jam. Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 14 November 2019 menunjukkan hasil bahwa, Leukosit : 1.29, Eritrosit 3.45, Hemoglobin 10.5, Hematocrit: 30.0 dan PLT 102. Pasien pada tanggal 18 November 2019 mendapat transfuse PRC 1 kantong.

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada An.A berdasarkan SDKI edisi 1, yaitu : 1) Nyeri akut 2) Gangguan integritas kulit dan 3) Gangguan pola tidur. Tujuan yang ditetapkan pada An.A setelah dilakukan asuhan keperawatan berdasarkan SLKI yaitu, nyeri akut berkurang ditandai dengan jarang menunjukkan ekspresi wajah meringis, gangguan integritas kulit berkurang ditandai dengan kemerahan dan nyeri pada lapisan kulit berkurang, dan gangguan pola tidur berkurang ditandai dengan anak jarang merintih dan menangis pada saat akan tidur.

Intervensi keperawatan berdasarkan SIKI yang telah dilakukan untuk diagnose keperawatan nyeri akut yaitu melakukan manajemen nyeri dengan tindakan nonfarmakologi yaitu dengan melakukan kompres *aloe vera* pada bagian tangan klien yang mengalami nyeri akibat pemasangan terapi intravena. Nyeri yang dirasakan klien tersebut merupakan nyeri yang diakibatkan karena klien mengalami flebitis derajat 1 pada tangan sebelah kiri post pemasangan terapi intravena. Kompres *aloe vera* dilakukan dengan cara menghaluskan *aloe vera* murni yang kemudia diletakkan di atas kasa dan kemudia di kompreskan pada bagian tangan klien yang mengalami flebitis, tindakan ini dilakukan selama 20 menit. Intervensi diagnose keperawatan gangguan integritas kulit yang telah dilakukan yaitu memberikan edukasi kepada orang tua klien untuk menggunakan bahan alami untuk mengolesi bagian tangan anak yang mengalami inflamasi dan menghindari penggunaan produk berbahan dasar alkohol untuk melembabkan kulit anak yang kering. Intervensi diagnose keperawatan gangguan pola tidur yang telah dilakukan yaitu sama dengan diagnose keperawatan nyeri akut, dimana kompres *aloe vera* digunakan untuk meredakan nyeri yang dialami klien. Klien mengalami gangguan pola tidur dikarenakan rasa nyeri pada tangan kiri klien akibat flebitis post pemasangan terapi intravena.

Hasil evaluasi dilakukan setelah kompres *aloe vera* di harapkan derajat flebitis pada anak dapat berkurang. Untuk membantu proses evaluasi peneliti menggunakan lembar observasi flebitis atau biasa disebut VIP (*Visual Infusion Phlebitis Score*) dan SOP pemberian kompres *aloe vera*. Pengukuran dilakukan sebelum melakukan kompres *aloe vera* dengan hasil derajat flebitis menunjukkan derajat 1 dengan skala nyeri 4, setelah itu klien diberikan kompres *aloe vera* selama 20 menit, satu hari dilakukan sebanyak 3 kali dengan jumlah waktu sebanyak 8 jam dalam satu hari, setelah derajat

flebitis diukur kembali dan mendapatkan hasil bahwa derajat flebitis tetap berada pada derajat 1 tetapi skala nyeri flebitis berkurang menjadi skala 2.

2. Kasus 2

Klien An. K berusia 7 tahun dengan diagnosa medis ALL. Ibu klien mengatakan klien terdiagnosa ALL baru saja pada bulan November 2019. Ibu klien juga mengatakan bahwa anaknya baru saja akan direncanakan untuk dilakukan kemoterapi pertama, tetapi masih menunggu hasil observasi untuk memulihkan kondisi An.K dikarenakan saat ini An.K dalam kondisi yang kurang stabil yaitu An.K sering mengalami demam tinggi yang tiba – tiba muncul. Ibu klien juga menjelaskan jika malam hari klien mengalami susah untuk tidur dan sering rewel. Klien masuk rumah sakit awal dengan keluhan benjolan pada kepala kanan dan leher sebelah kanan dan kiri disertai dengan demam tinggi. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum sedang (E:4,V:5,M:6) , kesadaran composmentis, pengukuran tanda-tanda vital di dapatkan respirasi : 26 x/menit, Nadi:110x/menit, suhu: 38,6°C, BB: 28 kg, TB: 110 cm, LL : 18 cm, LK: 51 cm, LD: 59 cm dan LP: 61 cm.

Pada musculoskeletal klien mengalami nyeri pada tangan sebelah kanan dikarenakan pemasangan terapi intravena dan tangan kanan klien mengalami flebitis. Pemeriksaan lebih lanjut dilakukan peneliti untuk mengetahui berapa skala nyeri yang dirasakan klien dan berapa derajat flebitisnya, setelah dilakukan pemeriksaan ternyata didapatkan hasil bahwa skala nyeri berdasarkan Wong-Baker yaitu 4 dan derajat flebitis berdasarkan VIP skale yaitu 1. Saat klien masih dapat berjalan sendiri apabila ingin ke WC atau ke ruang tindakan. Kekuatan otot atas 5//5, CRT < 2 detik, turgor kulit elastis, tidak terdapat edema pada ekstremitas atas ataupun ekstremitas bawah , kekuatan otot bawah 5//5, tidak terdapat kelemahan pada ekstremitas bawah. Riwayat penyakit dahulu sebelum klien terdiagnosa ALL, ibu klien menjelaskan bahwa klien merupakan anak yang jarang sekali sakit, klien hanya mengalami batuk, demam, pilek seperti anak kecil pada umumnya dan

klien pernah dirawat di Rumah Sakit sebelumnya pada tahun 2014 karena diare.

Terapi yang diberikan di ruangan yaitu infus D 5 ½ NS 1500cc/24 jam dengan kecepatan 21 Tpm, obat oral cetirizine 2x1 sendok teh/ 24 jam, dan injeksi Paracetamol 2x250 Mg/24jam . Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 22 November 2019 menunjukkan hasil bahwa, Leukosit:15.57, Eritrosit: 3.47, Hemoglobin: 9.3, Hematocrit: 28.9 dan PLT: 18. Klien mendapatkan terapi Cefotaxim 3X600 Mg (IV), Gentamicin 80 Mg/24 jam, Kalnex 3X230 Mg (IV), Ceferizine 5 Mg/ 24 jam (Oral).

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada An.A berdasarkan SDKI edisi 1, yaitu : 1) Nyeri akut 2) Hipertermi 3) Resiko infeksi . Tujuan yang ditetapkan pada An.K setelah dilakukan asuhan keperawatan berdasarkan SLKI yaitu, nyeri akut berkurang ditandai dengan jarang menunjukkan ekspresi wajah meringis, hipertermi berkurang ditandai dengan kulit tampak tidak kemerahan, dan resiko infeksi berkurang di tandai dengan tidak adanya kulit kemerahan dan edema berkurang serta kemampuan keluarga untuk mengidentifikasi faktor resiko infeksi .

Intervensi keperawatan berdasarkan SIKI yang telah dilakukan untuk diagnose keperawatan nyeri akut yaitu melakukan manajemen nyeri dengan tindakan nonfarmakologi yaitu dengan melakukan kompres *aloe vera* pada bagian tangan klien yang mengalamo nyeri akibat pemasangan terapi intravena. Nyeri yang dirasakan klien tersebut merupakan nyeri yang diakibatkan karena klien mengalami flebitis derajat 1 pada tangan sebelah kanan post pemasangan terapi intravena. Kompres *aloe vera* dilakukan dengan cara menghaluskan *aloe vera* murni yang kemudia diletakkan di atas kasa dan kemudia di kompreskan pada bagian tangan klien yang mengalami flebitis, tindakan ini dilakukan selama 20 menit. Intervensi diagnose keperawatan hipertermi yang telah dilakukan yaitu memonitor suhu tubuh anak, memonitor komplikasi akibat hipertermi seperti kejang, dan memberi

edukasi kepada orang tua untuk melakukan kompres di bagian dahi dan lipatan – lipatan tubuh klien. Intervensi diagnose keperawatan resiko infeksi yang telah dilakukan yaitu memberikan edukasi kepada keluarga untuk membantu mengontrol resiko infeksi dengan memberikan asupan nutrisi yang bergizi kepada anak agar kekebalan tubuh anak dapat bertambah.

Hasil evaluasi dilakukan setelah kompres *aloe vera* di harapkan derajat flebitis pada anak dapat berkurang. Untuk membantu proses evaluasi peneliti menggunakan lembar observasi flebitis atau biasa disebut VIP (*Visual Infusion Phlebitis Score*) dan SOP pemberian kompres *aloe vera*. Pengukuran dilakukan sebelum melakukan kompres *aloe vera* dengan hasil derajat flebitis menunjukkan derajat 1 dengan skala nyeri 4, setelah itu klien diberikan kompres *aloe vera* selama 20 menit, satu hari dilakukan sebanyak 3 kali dengan jumlah waktu sebanyak 8 jam dalam satu hari, setelah derajat flebitis diukur kembali dan mendapatkan hasil bahwa derajat flebitis masih berada pada derajat 1 tetapi skala nyeri turun menjadi skala 2.

3. Kasus 3

Klien An. I berusia 12 tahun dengan diagnosa medis ALL. Ibu klien mengatakan klien terdiagnosa ALL sejak maret 2019. Ibu klien juga menjelaskan bahwa sebenarnya kemoterapi anaknya sudah selesai 5 bulan yang lalu, tetapi 2 minggu yang lalu saat bermain dengan adiknya dirumah An.I terjatuh dan setelah itu An.I mengalami demam tinggi selama kurang lebih 2 hari dan tumbuh benjolan di kepalanya, ternyata pada saat ibu klien membawa klien ke rumah sakit dan dilakukan pemeriksaan lebih lanjut dokter menyarankan An.I untuk dilakukan kemoterapi ulang. An.I baru saja akan direncanakan untuk dilakukan kemoterapi ulang yang pertama, tetapi masih menunggu hasil observasi untuk memulihkan kondisi An.I dikarenakan saat ini An.I dalam kondisi lemah yaitu An.I sering merasa mual

apabila ada makanan atau minuman yang masuk dan An.I mengalami demam tinggi yang tiba-tiba muncul dan tidak kunjung turun. Saat dilakukan pengkajian terkait dengan riwayat kesehatan keluarga ibu klien menjelaskan bahwa ibu kandung dari ibu klien dan kakak kandung dari ayah klien meninggal karena kanker kelenjar getah bening. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum sedang (E:4,V:5,M:6), kesadaran composmentis, pengukuran tanda-tanda vital di dapatkan TD: 110/70 mmHg, RR:20x/menit, Nadi:125x/menit, suhu: 38,8°C, BB: 58 kg, TB: 155 cm, LL : 28 cm, LK: 57 cm.

Pada musculoskeletal klien mengalami nyeri pada tangan sebelah kiri dikarenakan pemasangan terapi intravena yang mengalami flebitis. Pemeriksaan lebih lanjut dilakukan peneliti untuk mengetahui berapa skala nyeri yang dirasakan klien dan berapa derajat flebitisnya, setelah dilakukan pemeriksaan ternyata didapatkan hasil bahwa skala nyeri berdasarkan Wong-Baker yaitu 4 dan derajat flebitis berdasarkan VIP skale yaitu 2 . Saat ini klien masih dapat berjalan sendiri apabila ingin ke WC atau ke ruang tindakan dengan bantuan orang tuanya. Kekuatan otot atas 5//5, CRT < 2 detik, turgor kulit elastis, tidak terdapat edema pada ekstremitas atas ataupun ekstremitas bawah , kekuatan otot bawah 5//5, tidak terdapat kelemahan pada ekstremitas bawah. Riwayat penyakit dahulu sebelum klien terdiagnosa ALL, ibu klien menjelaskan bahwa klien merupakan anak yang jarang sekali sakit, klien hanya mengalami batuk, demam, pilek seperti anak kecil pada umumnya.

Terapi yang diberikan di ruangan yaitu infus D 5 ¼ NS 3000cc/24 jam, obat oral cetirizine 1X10 Mg/24 jam, Zink 1X20 Mg/24 jam dan Asam folat 1X1 tablet/24jam. Obat injeksi klien mendapatkan Paracetamol 1X600 Mg/24 jam, Meropenem 3X600 Mg/24 jam. Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 21 November 2019 menunjukkan hasil bahwa, Leukosit: 49.97 , Eritrosit: 2.51, Hemoglobin: 7.6, Hematocrit: 21.8 dan PLT: 16 .

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada An.I berdasarkan SDKI edisi 1, yaitu : 1) Nyeri akut 2) Hipertermi 3) Resiko infeksi . Tujuan yang ditetapkan pada An.I setelah dilakukan asuhan keperawatan berdasarkan SLKI yaitu, nyeri akut berkurang ditandai dengan jarang menunjukkan ekspresi wajah meringis, hipertermi berkurang ditandai dengan kulit tampak tidak kemerahan, dan resiko infeksi berkurang di tandai dengan tidak adanya kulit kemerahan dan edema berkurang serta kemampuan keluarga untuk mengidentifikasi faktor resiko infeksi .

Intervensi keperawatan berdasarkan SIKI yang telah dilakukan untuk diagnose keperawatan nyeri akut yaitu melakukan manajemen nyeri dengan tindakan nonfarmakologi yaitu dengan melakukan kompres *aloe vera* pada bagian tangan klien yang mengalamo nyeri akibat pemasangan terapi intravena. Nyeri yang dirasakan klien tersebut merupakan nyeri yang diakibatkan karena klien mengalami flebitis derajat 1 pada tangan sebelah kiri post pemasangan terapi intravena. Kompres *aloe vera* dilakukan dengan cara menghaluskan *aloe vera* murni yang kemudia diletakkan di atas kasa dan kemudian di kompreskan pada bagian tangan klien yang mengalami flebitis, tindakan ini dilakukan selama 20 menit. Intervensi diagnose keperawatan hipertermi yang telah dilakukan yaitu memonitor suhu tubuh anak, memonitor komplikasi akibat hipertermi seperti kejang, dan memberi edukasi kepada orang tua untuk melakukan kompres di bagian dahi dan lipatan – lipatan tubuh klien. Intervensi diagnose keperawatan resiko infeksi yang telah dilakukan yaitu memberikan edukasi kepada keluarga untuk membantu mengontrol resiko infeksi dengan memberikan asupan nutrisi yang bergizi kepada anak agar kekebalan tubuh anak dapat bertambah.

Hasil evaluasi dilakukan 2 hari setelah kompres *aloe vera* di harapkan derajat flebitis pada anak dapat berkurang. Untuk membantu proses evaluasi peneliti menggunakan lembar observasi flebitis atau biasa disebut VIP

(*Visual Infusion Phlebitis Score*) dan SOP pemberian kompres *aloe vera*. Pengukuran dilakukan sebelum melakukan kompres *aloe vera* dengan hasil derajat flebitis berada pada derajat 1 dengan skala nyeri 4, setelah itu klien diberikan kompres *aloe vera* selama 20 menit, satu hari dilakukan sebanyak 3 kali dengan jumlah waktu sebanyak 8 jam dalam satu hari, setelah derajat flebitis diukur kembali dan mendapatkan hasil bahwa derajat flebitis tetap berada pada derajat 1 tetapi skala nyeri berkurang menjadi skala 2.

C. Analisa EBN (*Evidence Based Nursing*)

1. Analisa PICO

Pendekatan PICO (*Population Intervension Comparison Outcome*) digunakan dalam menganalisa masalah klinis. Pertanyaan klinis dirumuskan dengan menggunakan analisa PICO, pertanyaan klinis dalam *evidence based nursing* ini adalah “apakah terdapat pengaruh antara kompres *aloe vera* terhadap penurunan skala nyeri flebitis”. Penjabaran analisa PICO dalam penurunan masalah klinis, yakni sebagai berikut :

- a. Problem : Dampak flebitis pada anak yang menjalani terapi intravena
- b. Intervension : Pemberian kompres *aloe vera*
- c. Comparation : -
- d. Outcome : Skala nyeri flebitis berkurang

2. Pelaksanaan *Evidence Based Nursing*

a. Jenis dan Rancangan Penelitian

Pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini yaitu desai penelitian *pre eksperimental* dengan rancangan *one grup pretest and posttest*, rancangan ini menggunakan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subyek, kemudian kemudia kelompok subyek

akan diobservasi sebelum dilakukan intervensi, selanjutnya diobservasi lagi setelah dilakukan intervensi (Nursalam, 2008)

b. Lokasi dan Waktu Penelitian

1) Lokasi

Ruang Keperawatan Anak Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2) Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan November – Desember tahun 2019 di Ruang Keperawatan Anak Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

c. Populasi dan Sampel

1) Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri dari objek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk di pelajari kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiono, 2012) adapun target populasi dalam penelitian ini adalah anak yang mengalami flebitis akibat terapi intravena di Ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2) Sampel Penelitian

Sampel pada penelitian ini berjumlah 4 orang pasien dengan masalah flebitis di Ruang Keperawatan Anak Melati RSUD Abdum Wahab Sjahranie Samarinda dengan kriteria sebagai berikut :

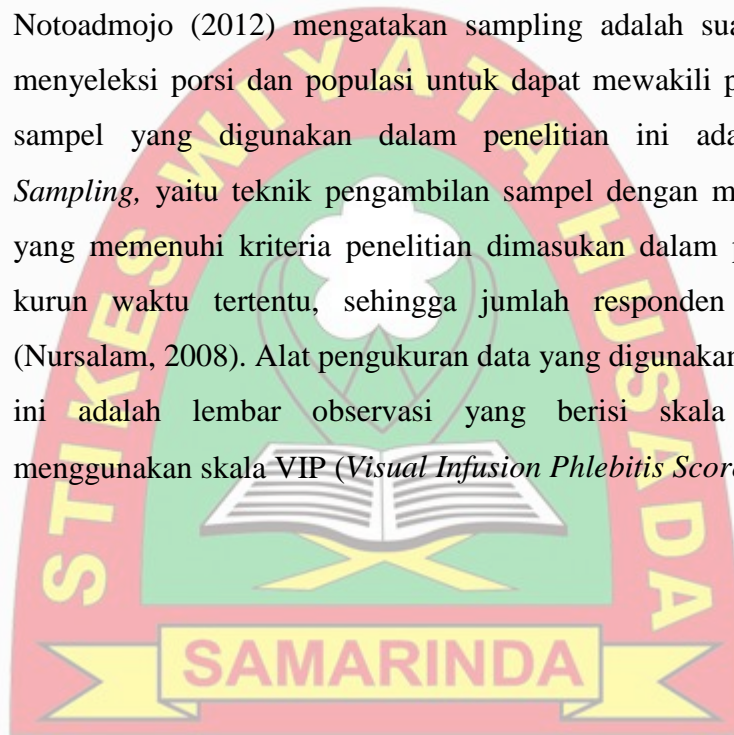
a) Kriteria Inklusi

- (1) Pasien yang mengalami flebitis
- (2) Pasien yang menjalani terpai intravena
- (3) Bersedia menjadi responden dan mengikuti tata cara penelitian.

- (4) Pasien kooperatif
- b) Kriteria Eksklusi
 - (1) Pasien yang tidak sadar
 - (2) Pasien yang tidak bersedia berpartisipasi dalam penelitian
 - (3) Pasien dengan luka terbuka

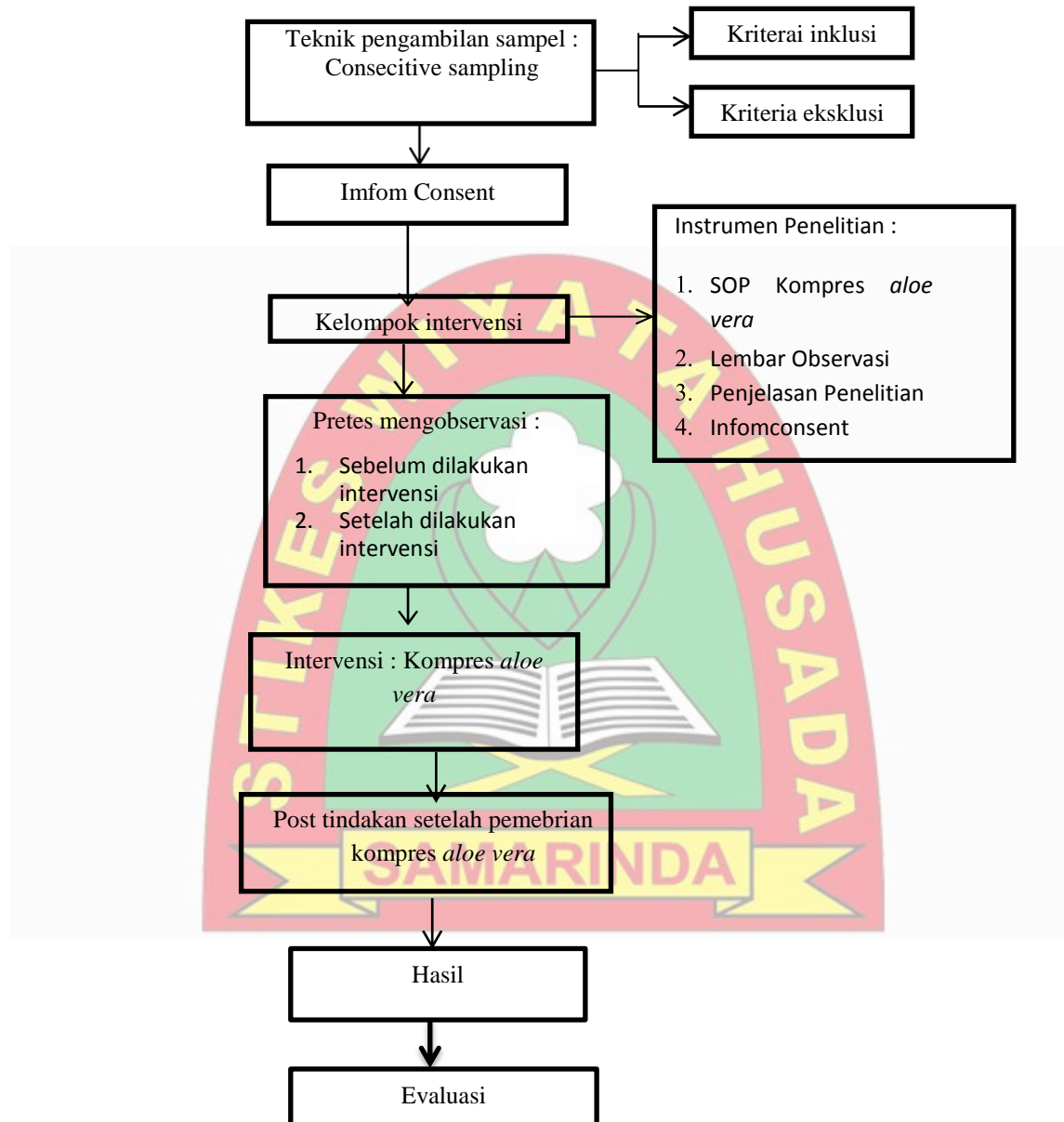
d. Teknik Pengambilan Sampel

Notoadmojo (2012) mengatakan sampling adalah suatu proses dalam menyeleksi porsi dan populasi untuk dapat mewakili populasi. Populasi sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Consecutive Sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah responden dapat terpenuhi (Nursalam, 2008). Alat pengukuran data yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar observasi yang berisi skala derajat flebitis menggunakan skala VIP (*Visual Infusion Phlebitis Score*) .



e. Alur Penelitian

Bagan 3.1 Alur Penelitian Kompres *Aloe Vera*



3. Hasil Penerapan *Evidence Based Nursing*

a. Persiapan

- 1) Identifikasi kebutuhan pengembangan terkait perawatan pasien dengan gangguan sistem integumen.
- 2) Identifikasi dilakukan pada pasien dengan gangguan sistem integument dengan diagnosa medis leukemia disertai dengan masalah flebitis post terapi intravena.
- 3) Mencari jurnal terkait dengan gangguan masalah gangguan sistem integumen dengan diagnosa media leukemia diserta dengan masalah flebitis post terapi intravena
- 4) Menganalisis masalah dengan menggunakan analisa PICO (*Problem, Intervention, Comperation, Outcome*).
- 5) Melakukan pencarian jurnal menggunakan *search* dengan kata kunci *phlebitis, aloe vera*.
- 6) Jurnal yang telah didapatkan kemudian dipilih yang paling mendekati penyelesaian masalah sebagai dasar rujukan dan beberapa jurnal lainnya sebagai jurnal pendukung.
- 7) Mahasiswa menyiapkan kuesioner sebagai alat ukur *outcome* dari *evidence based nursing*. Pemberian kompres *aloe vera* terhadap pasien yang dijadikan target *evidence based nursing* atas persetujuan pembimbing klinik ruang anak dan disepakati bersama

b. Pelaksanaan

- 1) Pelaksanaan EBN dilakukan di Ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
- 2) Pelaksanaan EBN dilaksanakan pada tanggal 18-22 November 2019.
- 3) Jumlah responden yang diberi penerapan EBN ini yaitu sebanyak 4 pasien intervensi. Responden dipilih berdasarkan kriteria inklusi (1) Pasien yang mengalami flebitis (2) Pasien yang menjalani terapi

intravena (3) Bersedia menjadi responden dan mengikuti tata cara penelitian (4) Pasien kooperatif. Kriteria Eksklusi (1) Pasien yang tidak sadar (2) Pasien yang tidak bersedia berpartisipasi dalam penelitian (3) Pasien dengan luka terbuka.

4) Sebelum intervensi dimulai, penulis memberikan penjelasan terlebih dahulu kepada orang tua pasien mengenai tujuan dan manfaat dari intervensi yang akan dilakukan.

5) Setelah mendapatkan persetujuan responden kemudian dilakukan *pre-test* dengan melakukan pengukuran derajat flebitis pada anak dengan menggunakan skala pengukuran VIP (*Visual Infusion Phlebitis Score*).

6) Setelah derajat flebitis pada tahap *pre-test* didapatkan, barulah kompres *aloe vera* dilakukan pada tangan anak yang mengalami flebitis. Kompres dilakukan selama 20 menit.

7) Setelah kompres *aloe vera* kemudian pengukuran *pre-test* dilakukan dengan menggunakan pengukuran derajat flebitis VIP (*Visual Infusion Phlebitis Score*).

c. Evaluasi

1) Skor pengaruh pemberian kompres *aloe vera* sebelum dan sesudah pemberian kompres *aloe vera* mengalami penurunan.

2) Respon pasien menjadi rileks terhadap pemberian kompres *aloe vera* dikarenakan nyeri juga berkurang.

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pengkajian

1. Pengkajian Kasus Kelolaan Utama

Klien yang menjadi kasus kelolaan utama peneliti ialah anak dengan diagnosa medik *Acute Limfoblastic Leukimia* (ALL). Alasan Klien masuk rumah sakit karena klien mengalami muntah – muntah serta demam tinggi yang muncul tiba – tiba dan tidak kunjung turun sejak ± satu minggu. Gejala yang sering ditimbulkan pada anak dengan leukemia adalah demam, hal ini sering terjadi disebabkan karena infeksi bahkan hal ini tidak akan berpengaruh setelah diberikan antibiotic sekalipun (American Cancer Society,2012).

Hasil pengkajian yang telah didapatkan adalah An.D seorang anak laki-laki dengan usia 11 tahun 11 bulan. Pemeriksaan kesadaran didapatkan nilai GCS 15 dengan perincian Eye(4) Verbal (5) Motorik (6). Pengukuran tanda – tanda vital didapatkan hasil bahwa TD: 110/60 mmHg, Nadi: 78x/menit, RR: 23x/menit , Suhu: 38,2°C. Klien mendapatkan terapi cairan infus Infus D5 ½ NS 1500 cc/24 jam.

Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik didapatkan data bahwa keadaan kulit klien terba hangat, terlihat kering dan tampak kemerahan terutama pada daerah pemasangan terapi intravena yang mengalami flebitis, serta kulit yang mengalami flebitis mengalami nyeri tekan. Pada saat dilakukan pengkajian skala nyeri oleh peneliti didapatkan hasil skala nyeri berada pada skala 4 dan flebitis berada pada derajat 1. Flebitis adalah iritasi pada tunika intima vena yang di sebabkan oleh faktor kimia, mekanik, bakteri, dan *post infusion* yang menyebabkan efek nyeri, eritema, bengkak dan hangat pada bagian penusukan, pembentukan lapisan dan pengerasan sepanjang vena (Alexander, *et al* ,2010). Banyak faktor yang menyebabkan terjadinya flebitis pada pasien

yang terpasang infus diantaranya kesterilan atau *aseptic* saat pemasangan infus, kesalahan dalam mendesinfeksi sebelum memasukkan kateter *intravena* pada daerah penusukan dengan alkohol 75%, kesterilan alat-alat yang digunakan sangat berperan dalam mencegah komplikasi inflamasi pada vena, seperti: mencuci tangan sebelum melakukan tindakan dan desinfeksi daerah yang akan ditusuk (Brunner & Suddart,2013).

Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 22 November 2019 didapatkan hasil bahwa Leukosit: $49.59 \times 10^3/\mu\text{L}$, Eritrosit: $2.78 \times 10^6/\mu\text{L}$, Hemoglobin: 7.0 g/dl. Anak dengan diagnose medis ALL sangat rentan terjadi infeksi karena penurunan immunoglobulin, dengan hasil nilai leukosit yang tinggi dan hemoglobin yang rendah akan lebih memudahkan anak untuk terkena infeksi. Leukosit adalah sel darah yang aktif pada sisitem pertahanan tubuh yaitu berfungsi melawan infeksi dan penyakit lainnya. Batas normal jumlah sel darah putih berkisar dari 4.000 sampai 10.000/mm³(Tortora G J, 2009)

2. Pengkajian Kasus Resume 1

Klien An. A berusia 5 tahun dengan diagnosa medis ALL. Ibu klien mengatakan klien terdiagnosa ALL sejak 2016 lalu hingga saat ini dan saat ini siklus kemoterapi klien mengulang kembali dari awal dikarenakan siklus yang pertama baru saja setengah perjalanan sudah terhenti di karenakan banyak fator. Ibu klien juga mengatakan jika malam hari klien mengalami susah untuk tidur dan sering rewel. Saat ini klien masuk rumah sakit dikarenakan akan melakukan kemoterapi High Dose . Hasil pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum sedang , kesadaran composmentis (E:4,V:5,M:6) , pengukuran tanda-tanda vital di dapatkan RR: 31 x/menit, Nadi:100x/menit, suhu: 36°C, BB: 22 kg, TB: 100 cm, LL : 15 cm, LK: 51 cm, LD: 59 cm dan LP: 61 cm.

Pada musculoskeletal klien mengalami nyeri pada tangan sebelah kiri dikarenakan post kemoterapi dan tangan klien mengalami flebitis. Pemeriksaan lebih lanjut dilakukan peneliti untuk mengetahui berapa skala nyeri yang dirasakan klien dan berapa derajat flebitisnya, setelah dilakukan pemeriksaan ternyata didapatkan hasil bahwa skala nyeri berdasarkan Wong-Baker yaitu 4 dan derajat flebitis berdasarkan VIP skale yaitu 1. Flebitis adalah iritasi pada tunika intima vena yang di sebabkan oleh faktor kimia, mekanik, bakteri, dan *post infusion* yang menyebabkan efek nyeri, eritema, bengkak dan hangat pada bagian penusukan, pembentukan lapisan dan pengerasan sepanjang vena (Alexander, *et al* ,2010).

Saat ini klien masih dapat berjalan sendiri apabila ingin ke WC atau ruang tindakan. Klien juga masih dapat melakukan aktivitas bermainnya walaupun hanya di tempat tidur. Kekuatan otot atas 5//5, CRT < 2 detik, turgor kulit elastis, pada tangan sebelah kiri anak terlihat melepuh, ibu klien menjelaskan tangan anaknya melepuh setelah kemoterapi kemarin. Kemoterapi memiliki dampak dalam berbagai bidang kehidupan antara lain dampak terhadap fisik dan psikologis, kemoterapi memberikan efek nyata kepada fisik pasien, setiap orang memiliki variasi yang berbeda dalam merespon obat kemoterapi, efek fisik yang tidak diberikan penanganan yang baik dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien, adapun salah satu efek fisik kemoterapi adalah toksisitas kulit, hampir 60 hingga 80% pasien kemoterapi akan mengalami toksisitas kulit setelahkemoterapi, efek toksisitas kulit berkaitan dengan dosis pengobatan yang digunakan selama kemoterapi. Beberapa contoh toksisitas kulit adalah kulit tampak kering, paronychia, ruam kulit, pruritus dan kelaianan rambut (Ambarwati, 2014)

Ibu klien juga menjelaskan bahwa klien sulit sekali untuk tidur baik pada malam hari ataupun pada siang hari. Setiap malam klien selalu rewel dan tidak mau tidur, klien hanya ingin di elus-elus di sekitar tangannya yang melepuh post kemoterapi. Efek samping yang dirasakan anak post

kemoterapi biasanya yaitu cemas dan gangguan pola tidur dengan itu terkadang anak suka mencari perhatian orang yang disekitarnya dengan tidak mau tidur dan tidak mau makan (Wijayanti, 2007).

3. Pengkajian Kasus Resume 2

Klien An. K berusia 7 tahun dengan diagnosa medis ALL. Ibu klien mengatakan klien terdiagnosa ALL baru saja pada bulan November 2019. Ibu klien juga mengatakan bahwa anaknya baru saja akan direncanakan untuk dilakukan kemoterapi pertama, tetapi masih menunggu hasil observasi untuk memulihkan kondisi An.K dikarenakansaat ini An.K dalam kondisi yang kurang stabil yaitu An.K sering mengalami demam tinggi yang tiba – tiba muncul. Ibu klien juga menjelaskan jika malam hari klien mengalami susah untuk tidur dan sering rewel.

Klien masuk rumah sakit awal dengan keluhan benjolan pada kepala kanan dan leher sebelah kanan dan kiri disertai dengan demam tinggi. Gejala yang sering ditimbulkan pada anak dengan leukemia adalah demam, hal ini sering terjadi disebabkan karena infeksi bahkan hal ini tidak akan berpengaruh setelah diberikan antibiotic sekalipun (American Cancer Society,2012). Gejala klinis pada pasien dengan leukemia yang sering muncul yaitu pembengkakan pada kelenjar limfe, sel-sel leukemia dapat menyebar pada kelenjar limfe. Hal ini menyebabkan terlihat pembengkakan pada daerah leher, ketiak, atau tempat lainnya. Untuk mengetahui penyebab pasti biasanya dilakukan biopsy (American Cancer Society, 2012). Hasil pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum sedang (E:4,V:5,M:6) , kesadaran composmentis, pengukuran tanda-tanda vital di dapatkan respirasi : 26 x/menit, Nadi:110x/menit, suhu: 38,6°C, BB: 28 kg, TB: 110 cm, LL : 18 cm, LK: 51 cm, LD: 59 cm dan LP: 61 cm.

Pada musculoskeletal klien mengalami nyeri pada tangan sebelah kanan dikarenakan pemasangan terapi intravena dan tangan kanan klien mengalami flebitis. Pemeriksaan lebih lanjut dilakukan peneliti untuk mengetahui berapa skala nyeri yang dirasakan klien dan berapa derajat flebitisnya, setelah dilakukan pemeriksaan ternyata didapatkan hasil bahwa skala nyeri berdasarkan Wong-Baker yaitu 4 dan derajat flebitis berdasarkan VIP skale yaitu 1. Flebitis adalah iritasi pada tunika intima vena yang di sebabkan oleh faktor kimia, mekanik, bakteri, dan *post infusion* yang menyebabkan efek nyeri, eritema, bengkak dan hangat pada bagian penusukan, pembentukan lapisan dan pengerasan sepanjang vena (Alexander, *et al*, 2010).

Berdasarkan hasil pemeriksaa laboratorium pada tanggal 22 November 2019 didapatkan hasil bahwa Leukosit: $15.57 \cdot 10^3/\mu\text{L}$, Eritrosit: $3.47 \cdot 10^6/\mu\text{L}$, Hemoglobin: 9.3 g/dl. Anak dengan diagnose medis ALL sangat rentan terjadi infeksi karena penurunan immunoglobulin, dengan hasil nilai leukosit yang tinggi dan hemoglobin yang rendah akan lebih memudahkan anak untuk terkena infeksi. Leukosit adalah sel darah yang aktif pada sisitem pertahanan tubuh yaitu berfungsi melawan infeksi dan penyakit lainnya. Batas normal jumlah sel darah putih berkisar dari 4.000 sampai 10.000/mm³(Tortora G J, 2009).

4. Pengkajian Kasus Resume 3

Klien An. I berusia 12 tahun dengan diagnosa medis ALL. Ibu klien mengatakan klien terdiagnosa ALL sejak maret 2019. Ibu klien juga menjelaskan bahwa sebenarnya kemoterapi anaknya sudah selesai 5 bulan yang lalu, tetapi 2 minggu yang lalu saat bermain dengan adiknya dirumah An.I terjatuh dan setelah itu An.I mengalami demam tinggi selama \pm 2 hari dan tumbuh benjola di kepalanya.

Gejala yang sering ditimbulkan pada anak dengan leukemia adalah demam, hal ini sering terjadi disebabkan karena infeksi bahkan hal ini tidak akan berpengaruh setelah diberikan antibiotic sekalipun (American Cancer Society,2012). Gejala klinis pada pasien dengan leukemia yang sering muncul yaitu pembengkakan pada kelenjar limfe, sel-sel leukemia dapat menyebar pada kelenjar limfe. Hal ini menyebabkan terlihat pembengkakan pada daerah leher, ketiak, atau tempat lainnya. Untuk mengetahui penyebab pasti biasanya dilakukan biopsy (American Cancer Society, 2012). Gejala yang sering ditimbulkan pada anak dengan leukemia adalah demam, hal ini sering terjadi disebabkan karena infeksi bahkan hal ini tidak akan berpengaruh setelah diberikan antibiotic sekalipun (American Cancer Society,2012).

Hasil pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum sedang (E:4,V:5,M:6), kesadaran composmentis, pengukuran tanda-tanda vital di dapatkan TD: 110/70 mmHg, RR:20x/menit, Nadi:125x/menit, suhu: 38,8°C, BB: 58 kg, TB: 155 cm, LL : 28 cm, LK: 57 cm.

Pada musculoskeletal klien mengalami nyeri pada tangan sebelah kiri dikarenakan pemasangan terapi intravena yang mengalami flebitis. Pemeriksaan lebih lanjut dilakukan peneliti untuk mengetahui berapa skala nyeri yang dirasakan klien dan berapa derajat flebitisnya, setelah dilakukan pemeriksaan ternyata didapatkan hasil bahwa skala nyeri berdasarkan Wong-Baker yaitu 4 dan derajat flebitis berdasarkan VIP skale yaitu 1. Flebitis adalah iritasi pada tunika intima vena yang di sebabkan oleh faktor kimia, mekanik, bakteri, dan *post infusion* yang menyebabkan efek nyeri, eritema, bengkak dan hangat pada bagian penusukan, pembentukan lapisan dan pengerasan sepanjang vena (Alexander, *et al* ,2010). Banyak faktor yang menyebabkan terjadinya flebitis pada pasien yang terpasang infus diantaranya kesterilan atau *aseptic* saat pemasangan infus, kesalahan dalam mendesinfeksi sebelum menusukkan kateter *intravena* pada daerah

penusukan dengan alkohol 75%, kesterilan alat-alat yang digunakan sangat berperan dalam mencegah komplikasi inflamasi pada vena, seperti: mencuci tangan sebelum melakukan tindakan dan desinfeksi daerah yang akan ditusuk (Brunner & Suddart,2013).

Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 21 November 2019 didapatkan hasil bahwa Leukosit: $49.97 \times 10^3/\mu\text{L}$, Eritrosit: $2.51 \times 10^6/\mu\text{L}$, Hemoglobin: 7.6 g/dl. Anak dengan diagnose medis ALL sangat rentan terjadi infeksi karena penurunan immunoglobulin, dengan hasil nilai leukosit yang tinggi dan hemoglobin yang rendah akan lebih memudahkan anak untuk terkena infeksi. Leukosit adalah sel darah yang aktif pada sistem pertahanan tubuh yaitu berfungsi melawan infeksi dan penyakit lainnya. Batas normal jumlah sel darah putih berkisar dari 4.000 sampai 10.000/mm³(Tortora G J, 2009).

B. Diagnosa Keperawatan

Menurut diagnosa keperawatan dilakukan dengan mengidentifikasi masalah berdasarkan trophicognosis atau pertanyaan atau justifikasi masalah. Belum adanya pengelompokan intervensi, maka penulis melakukan secara mandiri dengan melihat batasan karakteristik masalah keperawatan berdasarkan buku diagnosa keperawata SDKI 2017.

Diagnosa keperawatan utama yang berhubungan dengan masalah adaptasi pada klien antara lain nyeri akut,hipertermi dan resiko infeksi. Masalah keperawatan lain yang ditemukan pada salah satu pasien kelolaan adalah gangguan integritas kulit dan gangguan pola tidur. Asuhan keperawatan dibeikan kepada pasien kelolaan dengan permasalahan keperawatan yang hampir sama yakni tentang nyeri akut yang diakibatkan karena flebitis pada daerah pemasangan terapi intravena.

1. Nyeri akut

Nyeri akut menurut SDKI (2017) didefinisikan sebagai Pengalaman sensori dan emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Pengangkatan diagnosa nyeri akut yang diangkat berdasarkan gejala tanda mayor dan minor, antara lain mengeluh nyeri, tampak meringis, bersifat proteksi, sulit tidur, berfokus pada diri sendiri dan nafsu makan kurang. Beberapa faktor yang berhubungan dengan nyeri akut dikarenakan adanya inflamasi dan edema pada daerah permukaan kulit.

Nyeri akut yang terjadi pada ke 4 klien ini dengan skala nyeri 4 terjadi karena adanya flebitis pada daerah pemasangan terapi intravena, flebitis yang di rasakan klien ditandai dengan adanya nyeri tekan dan inflamasi pada daerah pemasangan terapi intravena. Flebitis dapat terjadi akibat prosedur pemasangan yang kurang tepat, posisi yang salah, serta kegagalan menembus vena dan dapat juga menimbulkan ketidaknyamanan pada klien salah satunya yaitu menimbulkan nyeri flebitis. Dampak yang terjadi dari flebitis bagi pasien menimbulkan dampak yang nyata yaitu ketidaknyamanan pasien, pergantian kanul infus baru, menambah lama perawatan dan akan menambah biaya perawatan di rumah sakit.

2. Hipertermi

Hipertermi menurut SDKI (2017) didefinisikan suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh. Berdasarkan gejala dan tanda mayor dan minor yaitu suhu tubuh di atas nilai normal, kulit kemerahan dan kulit terasa hangat, serta berdasarkan kondisi klinis yang terkait yaitu proses infeksi akibat penyakit ALL yang sedang dialami klien. Didapatkan pada kasus hipertermia merupakan suhu tubuh melebihi $38,0^{\circ}\text{C}$ atau suhu rektal di atas $37,5^{\circ}\text{C}$. Tubuh dapat berfungsi secara

normal hanya dalam rentang temperature yang sempit $37^{\circ}\text{C} + 1^{\circ}\text{C}$, suhu tubuh diluar ini dapat menimbulkan kerusakan seperti kerusakan otak atau kematian. Tubuh dapat secara sementara mengatur suhu melalui mekanisme tertentu (Potter & Perry, 2010).

Data fokus yang melatar belakangi penulis mengangkat diagnose keperawatan hipertermi yaitu pada saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan hasil suhu tubuh klien An.D mencapai angka $38,2^{\circ}\text{C}$, An.K $38,6^{\circ}\text{C}$ dan An.I $38,8^{\circ}\text{C}$, angka tersebut merupakan angka yang cukup tinggi. Gejala klinis yang muncul yaitu kulit klien teraba hangat, berwarna kemerahan dan klien terlihat gelisah serta berkeringat sampai membasahi hampir seluruh baju yang sedang dikenakan klien. Klien juga mendapatkan terapi PCT An.D 600 Mg/ 24 jam, An.K 200 Mg (Kalau Perlu) dan An.I 600 Mg/24 jam.

3. Resiko Infeksi

Resiko infeksi menurut SDKI (2017) didefinisikan Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogen. Berdasarkan faktor resiko menurut SDKI (2017) yaitu penurunan hemoglobin serta kondisi klinis yang terkait yaitu penyakit ALL yang saat ini sedang dialami klien. Komplikasi ini yang sering ditemukan dalam terapi kanker masa anakanak adalah infeksi berat sebagai akibat sekunder karena neutropenia. Infeksi yang dapat terjadi adalah Stomatitis dan sistitis (Cahyono, 2012). Resiko infeksi menurunnya sistem pertahanan tubuh sekunder gangguan SDP, peningkatan jumlah limfosit immature, immunosupresi, penekanan sumsum tulang (Andan, 2010).

Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium An.D pada tanggal 22 November 2019 didapatkan hasil bahwa, Leukosit: 49.59 dan Hemoglobin 7.0. Leukosit yang tinggi merupakan tanda dan gejala terjadinya infeksi, serta hemoglobin yang rendah juga merupakan tanda dan gejala terjadinya infeksi. Pasien juga mendapatkan hiperhidrasi D5

½NS 3500cc dalam 1 klorofnya di drip dengan meylon 1 flaz. Setelah klorof ke 7 klien dilakukan pemeriksaan darah lengkap pada tanggal 25 November 2019 dengan hasil leukosit 41.49, hemoglobin 7,4. Diketahui dari hasil pemeriksaan laboratorium hasil leukosit pasien jauh di atas nilai normal dan hasil hemoglobin pasien jauh di bawah nilai normal.

Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium An.K pada tanggal 22 November 2019 didapatkan hasil bahwa, Leukosit : 15.57 dan Hemoglobin 9.3, sedangkan pada An.I berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 21 November 2019 didapatkan hasil bahwa Leukosit: $49.97 \times 10^3/\mu\text{L}$, Eritrosit: $2.51 \times 10^6/\mu\text{L}$, Hemoglobin: 7.6 g/dl.

4. Gangguan Integritas Kulit

Gangguan integritas kulit berdasarkan SDKI (2017) didefinisikan sebagai kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen).

Gangguan integritas kulit yang terjadi pada salah satu pasien kelolaan yaitu An.A karena tangan sebelah kanan An.A mengalami inflamasi dan sampai melepuh karena kemoterapi. Kemoterapi memiliki dampak dalam berbagai bidang kehidupan antara lain dampak terhadap fisik dan psikologis, kemoterapi memberikan efek nyata kepada fisik pasien, setiap orang memiliki variasi yang berbeda dalam merespon obat kemoterapi, efek fisik yang tidak diberikan penanganan yang baik dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien, adapun salah satu efek fisik kemoterapi adalah toksisitas. Beberapa contoh toksisitas kulit adalah kulit tampak kering, paronychia, ruam kulit, pruritus dan kelaianan rambut (Ambarwati, 2014)

5. Gangguan Pola Tidur

Gangguan pola tidur berdasarkan SDKI (2017) didefinisikan sebagai gangguan kualitas tidur dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal. Pasien An.A mengalami gangguan pola tidur dikarenakan post kemoterapi. Pasien dengan kemoterapi memiliki dampak yaitu kecemasan yang akan mengakibatkan pasien mengingkan perhatian lebih, selalu mencari perhatian dari orang disekitarnya dan akan berdampak pada pola tidur pasien yang akan terganggu (Wijayanti, 2007).

C. Intervensi Keperawatan

Setelah menentukan trophicognosis langkah selanjutnya membuat hipotesis, hipotesis merupakan intervensi keperawatan berfokus pada penurunan derajat flebitis akibat pemasangan terapi intravena yang ditunjukkan dengan tanda dan gejala nyeri. Intervensi keperawatan yang di aplikasikan pada pasien kasus kelolaan mengacu pada SIKI tahun 2017 yaitu :

1. Nyeri Akut

Tujuan dari asuhan keperawatan yang dilakukan untuk menangani masalah/diagnose keperawatan nyeri akut berdasarkan SLKI yaitu tingkat nyeri. Tingakt nyeri didefinisikan sebagai pengalaman sensoria tau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual dan fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan. Kriteria hasil yang diharapkan pada manajemen nyeri adalah keluhan nyeri berkurang, ekspresi wajah meringis berkurang, gelisah berkurang, kesulitan tidur berkurang, dan sikap proteksi yang ditunjukkan anak juga berkurang dalam kisaran waktu perawatan 3x8 jam. Indikaor skala yang digunakan pada tingkat nyeri yaitu skor 1 meningkat, skor 2 cukup meningkat, skor 3 sedang, skor 4 cukup menurun, dan skor 5 menurun. Pada kasus ini penulis

memberikan nilai/skor 4 pada masing – masing item kriteria hasil yang diharapkan.

Intervensi yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri akut menurut SIKI yaitu manajemen nyeri. Manajemen nyeri didefinisikan mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensoris atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan. Intervensi keperawatan yang dilakukan antara lain: Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, indentifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis, kompres), jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri . Manajemen nyeri dengan teknik nonfarmakologi yaitu dengan memberikan kompres *aloe vera* pada daerah tangan anak yang mengalami flebitis akibat terapi intravena. *Aloe vera* yang digunakan yaitu aloe vera murni yang diambil gel nya kemudia dihaluskan dan didinginkan didalam lemari es lalu di letakkan di atas kasa dan di kompreskan pada tangan anak yang mengalami flebitis. Kompres *aloe vera* dilakukan selama 20 menit dalam sekali pemberian intervensi, dalam satu hari intervensi dilakukan sebanyak 3 kali dalam jangka waktu dari pemberian pertama, kedua dan ketiga yaitu 8 jam. Intervensi dilakukan selama 2 hari lalu dilakukan pengukuran post test.

2. Hipertermi

Tujuan dari asuhan keperawatan dengan masalah hipertermi berdasarkan SLKI yaitu termoregulasi. Termoregulasi didefinisikan sebagai pengaturan suhu tubuh agar tetap berada pada rentang normal (SLKI, 2017). Kriteria hasil yang diharapkan pada termoregulasi adalah kulit memerah berkurang, pucat berkurang dan suhu tubuh menjadi normal dalam kisaran waktu perawatan 3x8 jam. Indikator skala yang digunakan pada termoregulasi yaitu skor 1 meningkat, skor 2 cukup meningkat, skor 3 sedang, skor 4 cukup

menurun dan skor 5 menurun. Pada kasus ini penulis memberikan nilai 4 pada masing – masing item kriteria hasil termoregulasi.

Intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan hipertermi yaitu manajemen hipertermi. Manajemen hipertermi didefinisikan mengidentifikasi dan mengelola peningkatan suhu tubuh akibat disfungsi termoregulasi. Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan antara lain: Monitor suhu tubuh untuk mengetahui perubahan suhu tubuh klien, monitor komplikasi akibat hipertermi, sediakan lingkungan yang dingin, basahi dan kipasi permukaan tubuh(kompres pada bagian dahi dan lipatan – lipatan tubuh anak) , kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena sesuai dengan anjuran dokter , anjurkan tirah baring.

3. Resiko Infeksi

Tujuan dari asuhan keperawatan dengan masalah resiko infeksi berdasarkan SLKI yaitu kontrol infeksi. Kontrol infeksi didefinisikan sebagai kemampuan untuk mengerti, mencegah, mengeliminasi atau mengurangi ancaman kesehatan yang dapat dimodifikasi (SLKI, 2017). Kriteria hasil yang diharapkan pada kontrol infeksi adalah kemampuan mencari informasi tentang faktor resiko infeksi meningkatkan kemampuan mengidentifikasi faktor resiko infeksi meningkat, kemampuan mengubah perilaku untuk mengontrol infeksi menjadi jauh lebih baik dan kemampuan menghindari faktor resiko infeksi menjadi meningkat dalam kisaran waktu perawatan 3x8 jam. Indikator skala yang digunakan pada kontrol infeksi yaitu skor 1 menurun, skor 2 cukup menurun, skor 3 sedang, skor 4 cukup meningkat dan skor 5 meningkat. Pada kasus ini penulis memberikan skor 4 pada masing – masing item kriteria hasil kontrol infeksi.

Intervensi keperawatan sesuai SIKI yang dilakukan untuk mengatasi masalah resiko infeksi yaitu pencegahan infeksi. Pencegahan infeksi didefinisikan mengidentifikasi dan menurunkan resiko terserang organisme

patogenik (SLKI, 2017). Intervensi yang dilakukan antara lain: Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien., jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara cuci tangan dengan benar, anjurkan kepada ibu untuk meningkatkan asupan nutrisi, anjurkan meningkatkan asupan cairan.

4. Gangguan Integritas Kulit

Tujuan dari diagnosa keperawatan gangguan integritas kulit berdasarkan SLKI (2017) adalah integritas kulit dan jaringan. Integritas kulit dan jaringan didefinisikan sebagai keutuhan kulit (dermis dan atau/epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligament). Kriteria hasil yang diharapkan pada integritas kulit dan jaringan yaitu kerusakan lapisan kulit berkurang, nyeri berkurang dan kemerahan berkurang dalam kisaran waktu 3x8 jam. Indikator skala yang digunakan pada termoregulasi yaitu skor 1 meningkat, skor 2 cukup meningkat, skor 3 sedang, skor 4 cukup menurun dan skor 5 menurun. Pada kasus ini penulis memberikan nilai 4 pada masing – masing item kriteria hasil integritas kulit dan jaringan.

Intervensi keperawatan menurut SIKI (2017) yang dilakukan untuk mengatasi gangguan integritas kulit yaitu perawatan integritas kulit. Perawatan integritas kulit didefinisikan mengidentifikasi dan merawat kulit untuk menjaga keutuhan, kelembaban dan mencegah perkembangan mikroorganisme. Intervensi yang dilakukan antara lain; gunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering, gunakan produk berbahan alami, hindari produk berbahan dasar lakohol pada kulit kering, anjurkan menggunakan pelembab (mis,oil), anjurkan minum air putih yang cukup dan anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

5. Gangguan Pola Tidur

Tujuan dari diagnosa keperawatan gangguan pola tidur menurut SLKI (2017) yaitu status kenyamanan. Status kenyamanan didefinisikan keseluruhan rasa nyaman dan aman secara fisik, psikologis, spiritual, sosial budaya dan lingkungan. Kriteria hasil yang diharapkan dari status kenyamanan yaitu keluhan merintih/rewel pasien dapat berkurang dan menngis pada pasien juga dapat berkurang dalam kisaran waktu 3x8 jam. Indikator skala yang digunakan pada termoregulasi yaitu skor 1 meningkat, skor 2 cukup meningkat, skor 3 sedang, skor 4 cukup menurun dan skor 5 menurun. Pada kasus ini penulis memberikan nilai 4 pada masing – masing item kriteria hasil status kenyamanan.

Intervensi keperawatan yang dilakukan untuk diagnosa gangguan pola tidur yaitu manajemen nyeri. Manajemen nyeri didefinisikan mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensoris atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan. Intervensi keperawatan yang dilakukan antara lain: Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, indentifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis, kompres), jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri .

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahapan perawat memberikan perawatan langsung sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun berdasarkan masalah dan tujuan keperawatan (Aligod & Tomey, 2006). Fokus implementasi dalam karya ilmiah ini adalah kompres *aloe vera* terhadap penurunan derajat flebitis pada pasien dengan terapi intravena. Implementasi dilakukan dimulai tanggal 22 - 24 November 2019 dilakukan kepada 4 klien.

Implementasi keperawatan dalam mengatasi masalah utama nyeri akut dengan tindakan nonfarmakologi yaitu melakukan kompres *aloe vera* pada tangan anak yang mengalami flebitis akibat terapi intravena. Implementasi pada ke 4 klien kasus kelolaan dimulai dengan informed consent, setelah klien dan orang tua bersedia untuk dilakukan intervensi dengan menggunakan terapi nonfarmakologi yaitu kompres *aloe vera* barulah peneliti melakukan tindakan. Sebelum peneliti melakukan kompres *aloe vera* peneliti sebelumnya melakukan pengukuran derajat flebitis dengan menggunakan skala VIP. Setelah perawat melakukan pengukuran skala flebitis kemudian perawat menjaga privasi pasien terlebih dahulu, setelah itu perawat mulai melakukan kompres *aloe vera* pada daerah tangan anak yang mengalami flebitis. Pemberian kompres *aloe vera* dilakukan selama 20 menit dalam satu kali pemberian, satu hari pemberian kompres *aloe vera* dapat dilakukan sebanyak 3 kali dengan rentang waktu dari pemberian pertama, kedua dan ketiga selama 8 jam. Implementasi dilakukan selama 2 hari. Setelah dilakukan implementasi peneliti kemudian memperlihatkan berkurangnya derajat flebitis dengan kembali mengukur skala derajat flebitis dengan menggunakan alat ukur VIP skala.

Pemberian kompres *aloe vera* dianggap lebih aman digunakan menurunkan derajat flebitis serta memiliki banyak keunggulan diantaranya *aloe vera* mudah untuk ditemukan, tidak banyak menimbulkan efek samping, tidak menimbulkan ekstrasvasasi pada pembuluh darah karena tidak memiliki elektrolit dalam konsentrasi tinggi (Zheng, et al 2014). Pelaksanaan kompres *aloe vera* yang diberikan kepada klien selain dapat dilakukan oleh perawat juga dapat dilakukan oleh keluarga terutama orang tua agar dapat mengurangi derajat flebitis pada anak karena pemasangan terapi intravena.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sitorus dan Wati (2019) tentang kompres *aloe vera* untuk menurunkan derajat flebitis akibat pemasangan infus (IV Line) dengan menggunakan instrument penelitian

skala VIP (*Visual Infusion Phlebitis Score*). Dari hasil observasi yang dilakukan peneliti didapatkan hasil :

**Tabel 4.1 Pemberian Implementasi
Kompres *Aloe Vera* Terhadap Penurunan Skala Nyeri Flebitis**

No	Pasien	Skala Nyeri Flebitis	
		Sebelum Kompres	Sesudah Kompres
1	An. D	4	2
2	An.A	4	2
3	An.K	4	2
4	An.I	4	2

Kesimpulan dari tabel 4.1 yakin sebelum dilakukan kompres *aloe vera* skala nyeri flebitis pada ke 4 pasien kelolaan yaitu berada pada skala nyeri 4, setelah dilakukan tindakan kompres *aloe vera* selama 20 menit dalam satu kali pemberia derajat flebitis tidak bertambah dan setelah 2 hari dilakukan kompres *aloe vera* skala nyeri flebitis anak berkurang menjadi skala 2. Intervensi kompres *aloe vera* sangat penting dan berperan dalam menurunkan angka kejadian flebitis pada anak karena pemasangan terapi intravna, terutama pada anak dengan diagnose medis ALL, karena pada anak dengan diagnose media ALL memiliki nilai leukosit yang tinggi dan imunitas yang rendah sehingga anak lebih rentan terjadi infeksi, salah satu penyebab terjadinya flebitis pada anak dengan terapi intravena yaitu infeksi.

Implementasi utama yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri akut akibat terjadinya flebitis karena pemasangan terapi intravena dengan tindakan nonfarmakologi yaitu melakukan kompres *aloe vera*. *Aloe vera* yang digunakan yaitu *aloe vera* murni yang gel nya diambil dan dihaluskan kemudia dikompreskan pada tangan anak yang mengalami flebitis. Terjadinya flebitis dapat menghambat tindakan medis melalui vena, akses cairan, obat dan nutrisi yang akan diberikan kepada pasien, selain itu flebitis juga dapat meningkatkan resiko infeksi dan bahkan sepsis. Tindakan medis yang sering dilakukan untuk mengatasi flebitis adalah dengan menggunakan kompres alkohol 70% dan larutan garam 0,9%. Beberapa penelitian menggunakan bahan nonfarmakologi untuk

mengurangi derajat flebitis salah satunya dengan menggunakan tanaman tradisional *aloe vera* atau lebih dikenal masyarakat lidah buaya (Sitorus,2019).

Implementasi dari intervensi yang dilakukan pada hipertermi dengan memonitor warna dan suhu kulit, memonitor komplikasi akibat hipertermi, menyediakan lingkungan yang dingin, monitoring tanda-tanda vital, kolaborasi pemberian antipiretik dan meberikan edukasi kepada orang tua untuk melakukan kompres hangat kepada anak selama anak mengalami demam. Monitor suhu sesering mungkin, untuk memantau fluktuasi suhu tubuh klien. (Bulecheck, Butcher, dkk 2013).

Implementasi dari intervensi yang dilakukan pada resiko infeksi yaitu memoniotor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, menjelaskan kepada keluarga terutama orang tua tentang tanda dan gejala yang timbul akibat infeksi, mengajarkan kepada keluarga tentang cara mencuci tangan dengan benar, menganjurkan kepada orang tua untuk meningkatkan asupan nutrisi dan cairan anak untuk dapat membantu melakukan pencegahan infesi.

Implementasi dari intervensi yang dilakukan pada gangguan integritas kulit yaitu menggunakan produk patrolium atau minyak pada kulit kering, menggunakan produk bahan alami, menghindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit pasien yang kering, menganjurkan kepada keluarga utuk menggunakan pelembab pada kulit pasien yang kering, menganjurkan pasien untuk banyak meminum air putih dan menganjurkan keluarga untuk meningkatkan asupan nutrisi anak.

Implementasi dari intervensi yang dilakukan pada gangguan pola tidur yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri yang dirasakan anak sehingga anak tidak merasa nyaman dan tidak dapat tidur dengan nyenyak, mengidentifikasi respon nyeri secara non verbal yang dirasakan anak, mengidentifikasi skala nyeri dan menjelaskan

strategi meredakan nyeri pada anak dengan cara distraksi atau pengalihan agar anak dapat merasa lebih tenang dan nyaman kemudian anak dapat beristirahat.

E. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap terakhir dari asuhan keperawatan, berdasarkan tindakan yang telah dilakukan kepada klien sesuai dengan SIKI (2017) maka evaluasi dilakukan kepada 4 pasien keloan dengan diagnosa keperawatan nyeri akut, masalah sudah teratasi dimana nyeri akut yang dirasakan klien karena flebitis sudah tidak muncul kembali. Perbandingan untuk perawatan hari pertama skala nyeri pada ke 4 pasien masih berada pada posisi skala 4 dan belum mengalami penurunan. Pada perawatan hari kedua dan ketiga skala nyeri mengalami penurunan yang signifikan dimana pada awalnya skala nyeri An.A, An.D, An.K dan An.I berada pada skala 4 dengan derajat flebitis 1 menjadi skala nyeri 2 dengan derajat flebitis 1. Semua pasien sudah tidak menunjukkan ekspresi wajah meringis, gelisah, dan sulit tidur karena nyeri .

Pada hasil yang didapatkan dari klien kompres *aloe vera* sangat efektif untuk menurunkan derajat flebitis pada anak yang sedang menjalani terapi intravena khususnya pada anak dengan diagnose medis ALL, dengan sebab itu peneliti mengajarkan kepada orang tua klien jika daerah sekitar pemasangan terapi intravena klien mengalami nyeri orang tua dapat melakukan kompres *aloe vera* agar flebitis pada anak tidak bertambah dan menjadi berkurang, jika flebitis berkurang anak tidak musti dilakukan pemasangan infus ulang dan terapi yang diberikan melalui Intravena (IV) tetap dapat berjalan.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Asuhan keperawatan dengan masalah flebitis pada kasus *Acute Lymphoblastic Leukimia* (ALL). Pada semua kasus diagnosa keperawatan utama yang muncul yaitu nyeri akut akibat flebitis. Evaluasi tindakan penerapan *evidence based nursing* (EBN) kompres *aloe vera* adalah pilihan yang tepat untuk mengatasi masalah nyeri akut akibat flebitis pada derajat 1 sehingga yang awalnya nyeri pasien berada pada skala nyeri 4 setelah dilakukan kompres *aloe vera* skala nyeri turun menjadi skala 2. Pada diagnose keperawatan hipertemi dan resiko infeksi juga dapat teratasi dengan melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat penurun panas dan memberikan edukasi kepada orang tua klien untuk melakukan kompres pada anaknya pada daerah dahi dan lipatan – lipatan tubuh, sedangkan untuk diagnosa keperawatan resiko infeksi yaitu dengan memberikan edukasi kepada orang tua untuk selalu menjaga dan meningkatkan nutrisi anak.

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa kompres *aloe vera* sangat berpengaruh dalam penurunan skala nyeri flebitis pada anak yang sedang menjalani terapi intravena. Hal ini dapat diketahui melalui *pre* dan *post* pemberian kompres *aloe vera*, ada penurunan derajat flebitis pada anak dalam 6 kali pemberian selama 2 hari dan waktu pemberian selama 20 menit derajat flebitis yang awalnya menunjukkan angka 1 dengan tanda dan gejala nyeri yang berada pada skala nyeri 4 turun menjadi skala nyeri 2 tetapi masih dalam derajat flebitis 1 dikarenakan tanda dan gejala pada derajat flebitis 1 yaitu nyeri.

B. Saran

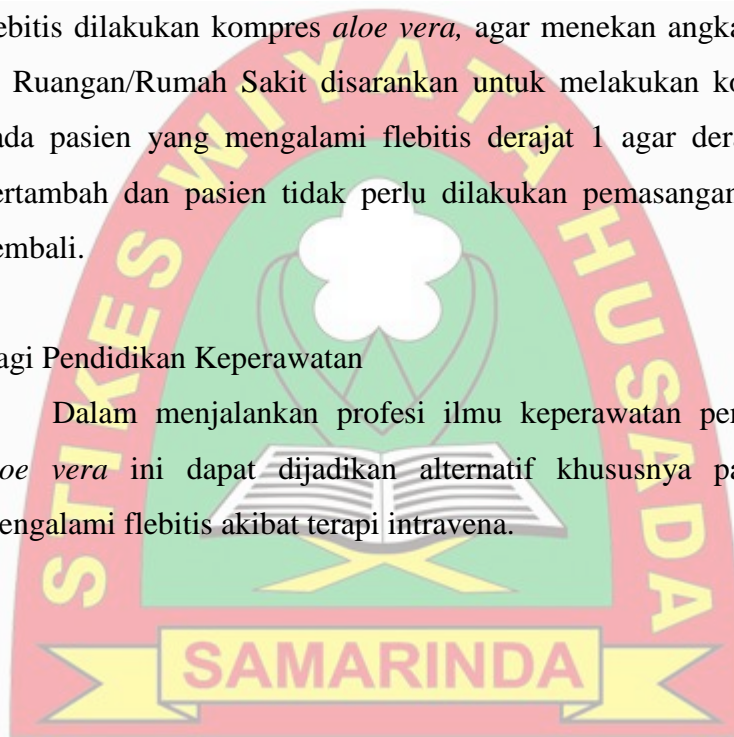
Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan di atas, maka peneliti menyarankan:

1. Bagi Rumah Sakit dan Masyarakat

Peneliti beranggapan bahwa pemberian kompres *aloe vera* dapat membantu pasien dalam menurunkan derajat flebitis akibat terapi intravena, sehingga sangat disarankan dalam penanganan pasien yang mengalami flebitis dilakukan kompres *aloe vera*, agar menekan angka kejadian flebitis di Ruang/Rumah Sakit disarankan untuk melakukan kompres *aloe vera* pada pasien yang mengalami flebitis derajat 1 agar derajat flebitis tidak bertambah dan pasien tidak perlu dilakukan pemasangan terapi intravena kembali.

2. Bagi Pendidikan Keperawatan

Dalam menjalankan profesi ilmu keperawatan pemberian kompres *aloe vera* ini dapat dijadikan alternatif khususnya pada pasien yang mengalami flebitis akibat terapi intravena.



DAFTAR PUSTAKA

- Alexander, M. Corrigan, A. Gorski, L. Hankins, J. & Perruca, R. (2010). *Infusion Nursing Society, Infusion Nursing: An evidence Based Approach*. Third Edition. St. Louis: Dauders Elsevier
- Arifin, J., 2015, *Intensif Budidaya Lidah Buaya Usaha dengan Prospek Yang Kian Berjaya*, Yogyakarta: Pustaka Baru Press,
- Budiarti, Dewi, *et al.* (2018). *Pengaruh Penanganan Flebitis dengan Lidah Buaya terhadap Penurunan Flebitis di RSIH Tahun 2018*.
- Darmawan, I. (2008). *Flebitis, Penyebabnya dan Bagaimana Cara Mengatasinya. Edisi 2*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Dougherty, L., dkk. (2010). *Standars For Infusion Therapy: The RCN IV therapy forum*. Diakses 2 November 2015.
- Dwi, Binarti. (2015). *Pengaruh Pemberian Gel Aloe Vera Terhadap Skala Plebitis Pada Pasien Rawat Inap di RSUD Dr. Wahidin Sudirohusodo Kota Mojokerto*. Jurnal Keperawatan Prodi DIII Keperawatan Bina Sehat PPNI Mojokerto
- Ernita, Friska. (2019). *Pengaruh Kompres Aloe Vera Terhadap Flebitis Akibat Pemasangan Infus (IV Line)*. Jurnal Keperawatan dan Fisioterapi(JKF), e-ISSN 2655-0830.
- Hankins, J. Lonway, R. A. W. Hedrick, C & Perdue, M. B. (2001). *The Infusion Nurse Society: Infusion Therapyin Clinical Practice. 2nd*. Philadelphia: W. B. Saunders Co.
- Hasanah, Oswanti. (2017). *Menurunkan Derajat Flebitis Akibat Terapi Intravena Pada Anak Dengan Kompres Aloe Vera: Studi Pilot*. Jurnal Keperawatan Indonesia, Vol 20 No.1. pISSN 1410-4490,eISSN 2354-9203. DOI: 10.7454/jki.v2011.502
- Hayati, Kheumala.(2009). *Efek Anti Bakteri Ekstrak Lidah Buaya (Aloe vera) Terhadap Sthapylococcus aureus yang Diisolasi dari Denture Stomatitis (Penelitian In Vitro)*. Skripsi. Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Sumatera Utara. Medan.
- Hidayat, dkk. (2006). *Mikrobiologi Industri*. Yogyakarta: C.V Andi Offset.
- Hinlay. (2006). *Terapi Intravena pada Pasien di Rumah Sakit*. Yogyakarta: Nuha Medika.

- Infusion Nurses Society. (2010). *Infusion Nursing Standards of Practice*. The Journal of Infusion Nursing.
- INS. (2006). *Setting the Standard for Infusion Care*. Diperoleh tanggal 2 Juli 2015, dari <http://www.ins1.org>.
- Istanto, N. 2014. *Respon Pertumbuhan Lidah Buaya (Aloe vera L.) Terhadap Pemberian Kalium dan Tandan Kosong Kelapa Sawit (TKKS)*. Jurusan Budidaya Pertanian. Fakultas Pertanian Universitas Bengkulu.
- Potter P. A & Perry A. G. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, Dan Praktik. Edisi 4 Volume 1 Dan 2*. Alih bahasa, Yasmin Asih, et al. Jakarta: EGC.
- Potter, Perry. (2010). *Fundamental Of Nursing: Konsep, Proses and Practic*. Edisi 7. Vol. 3. Jakarta : EGC
- Rahmawati, Hernantika. (2014). *Dampak Terapi Intra Vena Pada Balita Berdasarkan VIP (Visual Infusion Phlebitis0 Score*. Jurnal Ners dan Kebidanan, Volume 1, No 2, Juli 2014 Program Studi DIII Keperawatan Blitar. Poltekkes kemenkes Malang. DOI: 10.26699/jnk.v1i2.ART.p160-165
- Rajin & Mukarromah. (2008). *Pemanfaatan Kompres Ekstrak Lidah Buaya pada Pasien Phlebitis Untuk Mengurangi Biaya Perawatan di Rumah Sakit*. Jurnal Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pesantren Tinggi Darul Ulum Jombang.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., 2001, “*Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Brunner &Suddarth. Vol. 2. E/8*”, EGC, Jakarta.
- Wahjono, E. dan Koesnandar. 2002. *Mengebunkan Lidah Buaya Secara Intensif*. PT Agromedia Pustaka, Jakarta.
- Wong, et al. (2009). *Wong Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. (alih bahasa: Andry Hartono, dkk). Jakarta. EGC.

LAMPIRAN





**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
WIYATA HUSADA SAMARINDA**

BIODATA PENELITI

A. Biodata Pribadi

- | | |
|-------------------------|---|
| 1. Nama | : Riski Ariani, S.kep |
| 2. Jenis Kelamin | : Perempuan |
| 3. Tempat Tanggal Lahir | : Babulu, 03 Desember 2019 |
| 4. Agama | : Islam |
| 5. Alamat | : Jl. Agus Salim, Desa. Gunung Mulya RT.005 |
| 6. Email | : Riskiariani05@gmail.com |
| 7. HP | : 085247895604 |
| 8. NIM | : P180741 |
| 9. Program Studi | : Program Profesi NERS |
| 10. Judul Skripsi | : ” Efektifitas Penerapan Kompres <i>Aloe Vera</i> Terhadap Penurunan Skala Nyeri Flebitis Akibat Terapi Intravena Pada Anak di Ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda ” |
| 11. Dosen Pembimbing | : 1. Ns. Sumiati Sinaga M.Kep
2. Ns. Elly Fadillah S.Kep |



B. Riwayat Pendidikan

- | | |
|-----------|---|
| 1. TK | : TK Tunas Harapan 1 Babulu |
| 2. SD | : SD Negeri 004 Babulu |
| 3. SMP | : SMP Negeri 3 Babulu |
| 4. SMK | : SMA Negeri 4 Babulu |
| 5. Kuliah | : S-1 Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda |



LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Kepada Yth.
Calon Responden
Di –
Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Mahasiswa Stikes Wiyata Husada Samarinda, Program Profesi Ners di Ruang Melati. Saya adalah Mahasiswa Stikes Wiyata Husada Samarinda yang sedang melakukan penelitian yang berjudul “ Efektifitas penerapan kompres *aloe vera* terhadap penurunan skala nyeri flebitis akibat terapi intravena pada anak diruang melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengurangi derajat flebitis pada anak yang sedang menjalani terapi intravena di Ruang Melati. Apabila Saudara setuju sebagai peserta penelitian maka ada beberapa hal yang akan Saudara alami, yaitu:

1. Anak yang mengalami flebitis akan dilakukan kompres dengan menggunakan *Aloe Vera* murni yang telah di hancurkan selama 20 menit dalam satu hari minimal 3 jam sekali dengan total waktu 8 jam dalam satu hari selama 2 hari perlakuan.
2. Peserta penelitian akan diminta informasi sebelum dan sesudah intervensi pemberian kompres *Aloe Vera* .

Keuntungan bagi Saudara yang bersangkutan ikut dalam penelitian ini adalah untuk mengurangi derajat flebitis yang dialami oleh saudara akibat terapi intravena. Kami menjamin bahwa penelitian ini tidak akan

menimbulkan efek yang merugikan pada Saudara. Dalam penelitian tidak ada intervensi dalam bentuk menghirup. Setiap data pemeriksaan dan penelitian dijamin kerahasiaannya. Sebagai peserta penelitian keikutsertaan ini bersifat sukarela dan tidak dikenakan biaya penelitian. Atas partisipasi dan kesediaan saudara/i dalam kerjasamanya kami ucapkan banyak terima kasih.



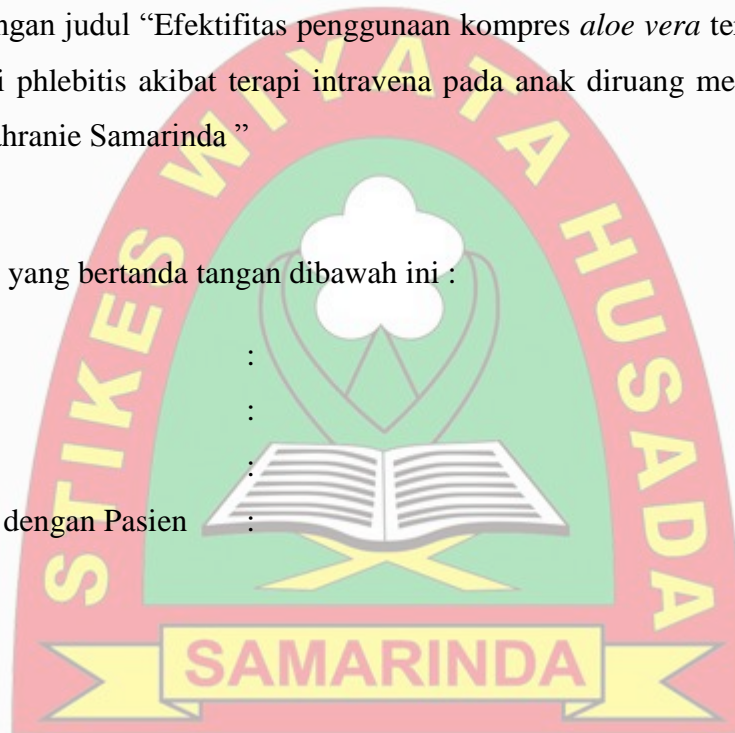


LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah membaca dan memahami isi penjelasan pada lembar pertama, saya bersedia turut berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh Mahasiswa Stikes Wiyata Husada Samarinda, Program Profesi Ners Ruang Melati, dengan judul “Efektifitas penggunaan kompres *aloe vera* terhadap penurunan skala nyeri phlebitis akibat terapi intravena pada anak diruang melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda ”

Maka saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Alamat :
No Hp :
Hubungan dengan Pasien :



Samarinda, November 2019

Responden

SKALA VIP
(*Visual Infusio Phlebitis Score*)

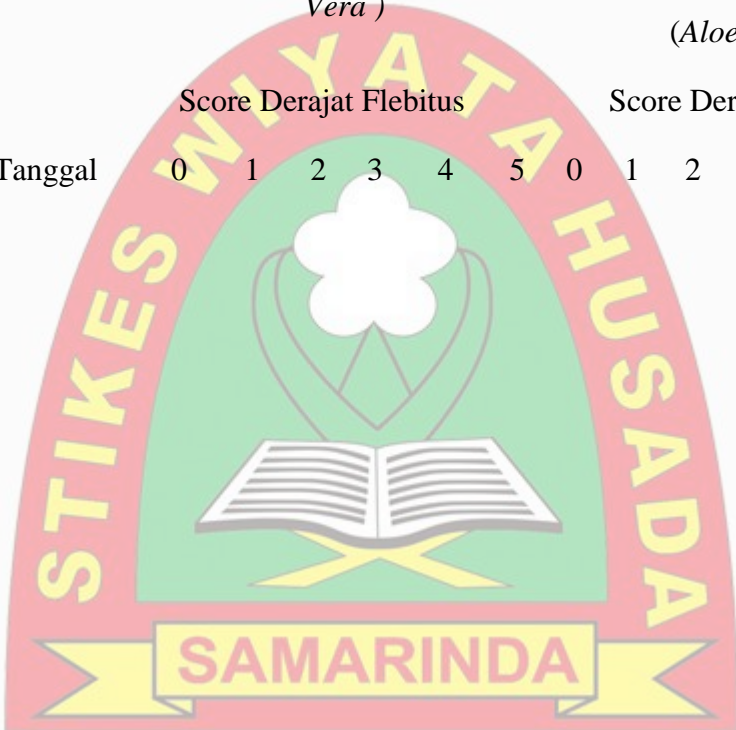
<i>Skor Visual Flebitis</i>	<i>VIP Score</i>	<i>Visual Infusion Phlebitis Score</i>
Tempat suntikan tampak sehat	0	Tidak ada tanda flebitis Observasi kanula
Salah satu dari berikut jelas: 3. Nyeri pada tempat suntikan 4. Eritema pada tempat suntikan	1	Mungkin tanda dini flebitis : Observasi kanula
Dua dari berikut jelas : 4. Nyeri 5. Eritema 6. Pembengkakan	2	Stadium dini flebitis : Ganti tempat kanula
Semua dari berikut jelas : 4. Nyeri sepanjang kanula 5. Eritema 6. Indurasi	3	Stadium moderat flebitis : 3. Ganti kanula 4. Pikirkan terapi
Semua dari berikut jelas : 7. Nyeri sepanjang kanula 8. Eritema 9. Indurasi 10. Venous cord teraba	4	Stadium lanjut atau awal tromboflebitis : 3. Ganti kanula 4. Pikirkan terapi
Semua dari berikut jelas : 6. Nyeri sepanjang kanula 7. Eritema 8. Indurasi 9. Venous cord teraba 10. Demam	5	Stadium lanjut tromboflebitis : 3. Lakukan 4. Ganti kanula


Sumber : Dougherty, dkk (2010)

Nama :

DOB :

Tanggal :

No	Sebelum Kompres (<i>Aloe Vera</i>)					Sesudah Kompres (<i>Aloe Vera</i>)						
	Score Derajat Flebitus					Score Derajat Flebitus						
Hari/ Tanggal	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
												

	SOP PEMBERIAN KOMPRES ALOE VERA		
STANDAR PROSEDUR OPRASIONAL	No. Dokumen	No. Referensi	Halaman
PENGERTIAN	<p><i>Aloe Vera</i> atau yang biasa dikenal sebagai tanaman lidah buaya merupakan tanaman yang mujarab dalam sepanjang sejarah penggunaannya, <i>aloe vera</i> digunakan sebagai anti inflamasi dan luka bakar derajat satu (Nurbaya, 2013)</p>		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengurangi derajat flebitis pada anak yang sedang menjalani terapi intravena. 2. Menurunkan suhu tubuh anak 3. Mencegah peradangan meluas 4. Mengurangi rasa nyeri / rasa sakit pada suatu daerah setempat. 		
KEBIJAKAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pada pasien yang mengalami flebitis akibat terapi intravena 		
INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien yang mengalami flebitis dari derajat 0 sampai derajat 5. 2. Klien dengan suhu tubuh tinggi 3. Klien dengan radang atau memar 		
KONTRAINDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Luka mayor pasca trauma akut 2. Gangguan sirkulasi, hal ini dapat mengganggu 		

	<p>nutrisi jaringan le`bih lanjut dan menyebabkan kerusakan jaringan.</p> <p>3. Alergi atau hipersensitivitas terhadap dingin.</p>
<p>PROSEDUR</p>	<p>1. Persiapan Alat :</p> <p>a. <i>Aloe Vera</i></p> <p><i>Aloe Vera</i> yang digunakan adalah <i>aloe vera</i> murni yakni dengan kandungan 100% <i>aloe vera</i>.</p> <p><i>Aloe vera</i> murni diperoleh dari tumbuhan lidah buaya yang langsung diambil gelnya tanpa diberi pengawet dan campuran apapun. Pemberian <i>aloe vera</i> ini dianggap lebih aman diberikan pada anak mengingat <i>aloe vera</i> tidak mengandung elektrolit yang dapat menimbulkan ekstrasvasasi pada pembuluh darah (Zheng, <i>et al.</i>2014)</p> <p>b. Kassa Steril</p> <p>c. Handscond</p> <p>d. Sampiran</p> <p>e. Underpad</p> <p>2. Cara Kerja :</p> <p>a. Cuci tangan (sesuai SPO)</p> <p>b. Identifikasi pasien (sesuai SPO)</p> <p>c. Jelaskan pada orang tua pasien tindakan yang akan dilakukan dan berikan inform consent</p> <p>d. Siapkan alat – alat secara lengkap. bawa alat – alat ke samping tempat tidur pasien.</p> <p>e. Tutup pintu atau pasang skerem / korden pada samping tempat tidur pasien.</p> <p>f. Melakukan pengukuran derajat flebitis</p>

	<p>menggunakan skala VIP (<i>Visual Infusion Phlebitis Score</i>) sebelum diberikan intervensi keperawatan kompres <i>aloe vera</i>.</p> <p>g. Atur posisi pasien senyaman mungkin.</p> <p>h. Memakai handscond bersih yang telah disediakan</p> <p>i. Letakkan underpad di bawah tangan anak yang akan dilakukan pengompresan dengan menggunakan <i>aloe vera</i>.</p> <p>j. Kompreskan <i>Aloe vera</i> pada tangan anak yang mengalami flebitis dengan menggunakan kassa steril .</p> <p>k. Lakukan kegiatan tersebut selama 20 menit setiap 3 jam sekali dalam sehari dengan total maksimal 8 jam setiap hari, kegiatan ini dilakukan selama 2 hari .</p> <p>l. Rapikan pasien dan bereskan alat – alat.</p> <p>m. Cuci tangan</p> <p>n. Dokumentasikan tindakan pemberian kompres <i>aloe vera</i> untuk menurunkan derajat flebitis dalam dokumentasi keperawatan (SOAP).</p>
<p>EVALUASI</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengukuran derajat flebitis pada anak dengan menggunakan skala VIP (<i>Visual Infusion Phlebitis Score</i>) 2. Beri reinforcement positif 3. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 4. Mengakhiri kegiatan dengan baik



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
WIAYATA HUSADA SAMARINDA
PENGKAJIAN KEPERAWATAN ANAK**

A. Pengkajian

1. Data klien

Nama : An. D
Tempat tgl lahir : Sanga-Sanga, 22 September 2008
Umur : 11 tahun
Jenis kelamin : Laki-Laki
Nama Ayah/ibu : Tn. A / Ny. P
Pekerjaan Ayah : Wiraswasta
Pekerjaan ibu : IRT
Pendidikan Ayah : SMA
Pendidikan Ibu : SMA
Agama : Islam
Suku / Bangsa : Jawa
Alamat : Jl. Pemandian sanga-sanga

2. Keluhan Utama

Pasien mengalami muntah-muntah disertai demam \pm seminggu

3. Riwayat Keluhan Saat Ini

Saat ini pasien dalam kondisi lemah, sering merasa mual dan demam yang naik turun . Pasien menunggu hasil BMP .

4. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Prenatal	Ibu mengatakan selama kehamilan ibu rutin control kehamilan ke dokter setiap 1 bulan sekali selama 9 bulan kehamilan. Selama kehamilan ibu rutin mengkonsumsi vitamin yang diberikan oleh dokter.
Intranatal	Ibu mengatakan melahirkan di rumah sakit dengan cara normal kelahiran dibantu oleh bidan. saat lahir klien segera menangis dan mendapatkan suntikan Vit K
Postnatal	Ibu klien mengatakan setelah lahir anaknya langsung menyusui dan mendapat ASI eksklusif selama 6 bulan. BB: 2800 gram

5. Riwayat Masa Lalu

- a. Penyakit waktu kecil
Ibu klien mengatakan klien pernah mengalami sakit ginjal pada usia 1,8 tahun.
- b. Pernah di rawat di RS
Ibu klien mengatakan klien pernah di rawat di rumah sakit pada tahun 2010 dengan masalah ginjal.
- c. Obat – obatan yang digunakan
Ibu klien mengatakan sering menggunakan obat paracetamol apabila klien mengalami demam di rumah.
- d. Tindakan (Operasi)
Ibu klien mengatakan klien sudah pernah menjalani operasi ginjal sebanyak 1 kali pada tahun 2010.
- e. Alergi
Ibu klien mengatakan jika klien tidak mempunyai alergi baik alergi makanan ataupun alergi obat-obatan tertentu.
- f. Kecelakaan
Ibu klien mengatakan klien tidak pernah terjatuh ataupun kecelakaan.
- g. Imunisasi

Ibu pasien mengatakan pasien punya riwayat imunisasi lengkap

BCG : usia baru lahir Polio : usia 4 bulan

DPT : usia 18 Bulan Campak : usia 9 bulan

Hepatis B : usia baru lahir, usia 2 bulan dan usia 5 bulan

6. Riwayat pertumbuhan dan perkembangan

Tengkurap, usia : 4 Bulan

Duduk, usia : 6 Bulan

Berdiri, usia : 10 Bulan

Berjalan, usia : 1 Tahun

Bicara, usia : 1 Tahun

Tumbuh Gigi, usia : 8 Bulan

7. Riwayat Sosial

Ibu klien mengatakan klien di asuh oleh orang tua kandung, hubungan klien dengan keluarga yang lain baik, klien berhubungan baik dengan teman sebayanya dan sering bermain dengan teman sebayanya disekitar rumah tempat tinggal klien.

8. Riwayat Keluarga

a. Sosial Ekonomi

Ibu klien mengatakan keadaan sosial ekonomi perbulan pendapatannya ± 1 juta, termasuk social ekonomi menengah, klien dirawat dirumah sakit dengan jaminan BPJS kelas III.

b. Lingkungan Rumah

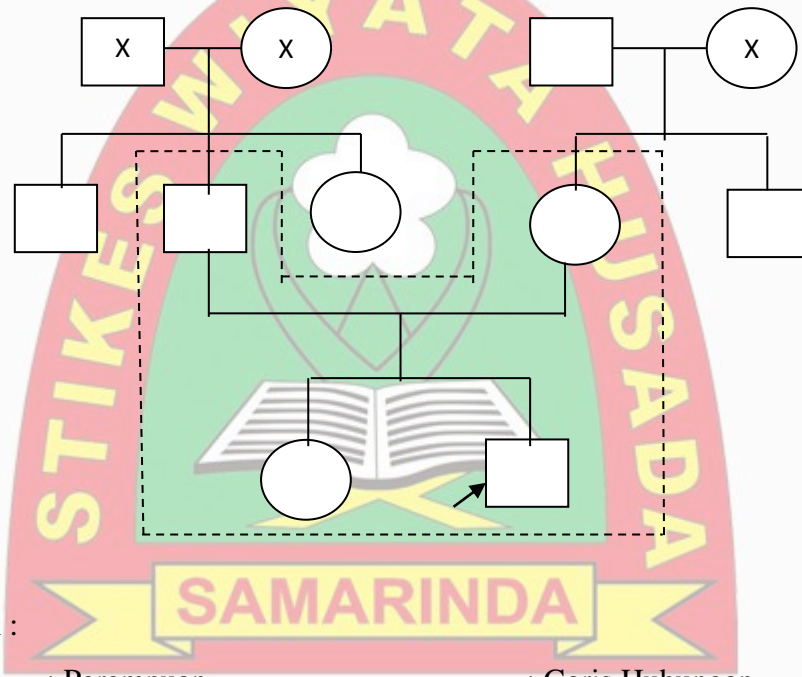
Ibu klien mengatakan lingkungan rumah aman, tempat tinggal permanen, rumah dinding beton, rumah memiliki ventilasi pada setiap jendela, pencahayaan rumah baik, pasien menggunakan listrik PLN, dan air dari PDAM, WC yang ada dirumah

menggunakan kloset jongkok, pembuangan limbah safety tank berjarak 10 meter, rumah memiliki halaman. Rumah berada dipinggir jalan raya disekitar rumah banyak debu-debu di jalan. Pembuangan limbah di selokan.

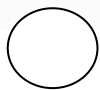
c. Penyakit keluarga

Ibu klien mengatakan didalam keluarga suaminya mempunyai penyakit ginjal dan leukemia.

d. Genogram



Keterangan :



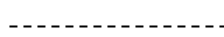
: Perempuan



: Garis Hubungan



: Laki-laki



: Tinggal Serumah



: Pasien



: Meninggal

9. Pengkajian Tingkat Perkembangan saat ini

Umur An. D saat ini 11 tahun 1 bulan. saat dikaji klien tidak mengalami keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan.

10. Pengkajian pola Kesehatan saat ini

a. Pemeliharaan dan persepsi terhadap kesehatan

Ibu mengatakan setiap ada keluarga yang sakit ibu selalu membawa ke puskesmas terdekat untuk memeriksakan kesehatan, terkadang ibu hanya membeli obat di warung-warung dekat rumah atau toko obat tanpa resep dokter.

b. Nutrisi

- **SMRS**: Ibu klien mengatakan jika An. D dirumah kuat makan tidak ada masalah. Ibu mengatakan jika klien makan biasa 2-3x/hari 1 porsi makanan selalu habis ditambah lauk pauk, ikan/ayam, dan sayur, pasien juga tidak memiliki riwayat alergi pada makanan.
- **MRS** : Nafsu makan klien tetap sama, selalu menghabiskan porsi makan yang diberikan dan minum susu serta air putih $\pm 3-4$ gelas perhari sekitar 1000 cc/hari.

c. Cairan

- **SMRS** : Ibu mengatakan kalau klien sebelumnya banyak minum air sehari pasien bisa menghabiskan air putih sekitar ± 850 cc/harinya, selain itu biasanya tiap pagi pasien selalu minum susu \pm sekitar 300cc, jadi dalam satu hari klien minum ± 1150 cc/ hari.
- **MRS** : Ibu mengatakan selama dirumah sakit klien minum lebih jarang minum. Minuman yang sering klien minum yaitu susu ± 300 cc/ hari, air putih 850 cc/ hari, serta klien mendapatkan terapi infus D5 $\frac{1}{2}$ NS 1500cc/24 jam. Jadi dapat

ditotalkan cairan yang masuk dalam tubuh klien selama masuk rumah sakit \pm 2650 cc/ 24 jam.

d. **Aktivitas**

- **SMRS**: ibu mengatakan sebelum masuk rumah sakit klien beraktivitas dengan teman sebayanya di lingkungan rumah
- **MRS** : ibu mengatakan selama masuk rumah sakit klien banyak beraktivitas di tempat tidur saja.

e. **Tidur dan istirahat**

- **SMRS**: ibu mengatakan sebelum masuk rumah sakit tidak ada masalah dalam pola tidur dan istirahat klien, klien biasanya tidur siang \pm 3 jam dan tidur malam \pm 8 jam, perasaan klien pada saat bangun tidak ada masalah klien selalu segar.
- **MRS** : ibu mengatakan selama klien dirawat di RS tidak ada masalah dalam pola tidur pasien. Ibu mengatakan pola tidur pasien tetap sama sebelum dirawat tidur siang \pm 3 jam dan tidur malam \pm 6-7 jam. Tapi perasaan klien tiap bangun tidur terasa lemas dan lelah.

f. **Eliminasi**

- **SMRS** :
BAK \rightarrow ibu mengatakan sebelum dirawat pasien tidak memiliki masalah saat sedang bak, pasien biasa bak5-6x/hari, bak lancar, konsistensi kuning jernih dan berbau khas.
BAB \rightarrow ibu pasien mengatakan pasien tidak ada masalah dalam hal bab. Pasien biasa BAB 2x sehari dengan konsistensi lembek dan berwarna kecoklatan.
- **MRS** :

BAK → ibu pasien mengatakan tidak ada perubahan pada pola eliminasi BAK pasien, pasien bak biasanya 4-5x/harinya, bak lancar, warna kuning keruh dan berbau khas

BAB → ibu mengatakan selama dirawat pasien hanya BAB 1x sehari.

g. Pola hubungan

klien dapat berhubungan baik dengan teman sebayanya dirumah maupun di rumah sakit dan orang tua juga petugas kesehatan.

h. Koping dan disiplin yang di terapkan

klien selalu tegang dan merengek ingin menangis jika dilakukan tindakan menginjektikan obat melalui IV. Klien selalu mendengarkan apa yang di katakana ibunya.

i. Kognitif dan persepsi

klien dapat mengetahui yang mana tindakan yang menurut klien sakit, dia akan merengek dan ingin menangis, tetapi jika tindakan yang dilakukan tidak membuat sakit klien hanya diam dan melihat.

j. Konsep diri

Keluarga klien selalu mencari informasi terkait masalah pada An. D dan ibu klien mengetahui beberapa informasi tentang masalah yang diderita An.D

k. Seksual dan menstruasi

Pasien berjenis kelamin laki-laki,

l. Nilai Keyakinan

Pasien dan keluarga beragama islam, ibu mengatakan tiap magrib pasien biasanya ikut melaksanakan sholat magrib berjamaah dirumah, sebelum makan pasien juga membaca doa makan, begitupun jika ingin tidur pasien akan membaca doa tidur.

11. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum

Keadaan umum pasien sedang , kesadaran compos mentis

- Tanda-tanda vital :

KU : Sedang, Kesadaran : CM, GCS : E4V5M6

TD : 110/60 mmHg

N : 78x/i

S : 38,2⁰C

RR : 23x/i

BB/TB : 61kg / 158 cm

Lingkar Kepala : 50 cm

Lingkar Lengan Atas : 28 cm

- Nilai IMT

$$\begin{aligned} \text{IMT} &= \frac{N \times 7 - 5}{2} \\ &= \frac{11 \times 7 - 5}{2} \\ &= \frac{72}{2} \\ &= 36 \text{ Kg} \end{aligned}$$

- Skala Nyeri :



Keterangan :

Saat ini pasien mengalami nyeri di tangan sebelah kiri karena terapi intravena dengan skala 4.

Tabel 3.1
Skala VIP
(Visual Infusio Phlebitis Score)

<i>Skor Visual Flebitis</i>	<i>VIP Score</i>	<i>Visual Infusion Phlebitis Score</i>
Tempat suntikan tampak sehat	0	Tidak ada tanda flebitis Observasi kanula
Salah satu dari berikut jelas: 5. Nyeri pada tempat suntikan 6. Eritema pada tempat suntikan	1	Mungkin tanda dini flebitis : Observasi kanula
Dua dari berikut jelas : 7. Nyeri 8. Eritema 9. Pembengkakan	2	Stadium dini flebitis : Ganti tempat kanula
Semua dari berikut jelas : 7. Nyeri sepanjang kanula 8. Eritema 9. Indurasi	3	Stadium moderat flebitis : 5. Ganti kanula 6. Pikirkan terapi
Semua dari berikut jelas : 11. Nyeri sepanjang kanula 12. Eritema 13. Indurasi 14. Venous cord teraba	4	Stadium lanjut atau awal tromboflebitis : 5. Ganti kanula 6. Pikirkan terapi
Semua dari berikut jelas : 11. Nyeri sepanjang kanula 12. Eritema 13. Indurasi 14. Venous cord teraba 15. Demam	5	Stadium lanjut tromboflebitis : 5. Lakukan 6. Ganti kanula

Sumber : Dougherty, dkk (2010)

Nama : An.D
DOB : Sanga – sanga, 22 September 2019

Tanggal : 21 November 2019

No	Sebelum Kompres (<i>Aloe Vera</i>)					Sesudah Kompres (<i>Aloe Vera</i>)						
	Score Derajat Flebitus					Score Derajat Flebitus						
Hari/ Tanggal	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
21 – Nov – 2019		V						V				
22 – Nov – 2019		V						V				

- Resiko Jatuh

Skala Humpty Dumpty

Parameter	Kriteria	Nilai	Skor
Usia	< 3 Tahun		4
	3-7 Tahun		3
	7 -13 Tahun	2	2
	≥ 13 Tahun		1
Jenis Kelamin	Laki-laki	2	2
	Perempuan		1
Diagnosis	Diagnosis Neurologi		4
	Perubahan oksigenasi (diagnosis respiratorik, dehidrasi, anemia, sinkop, pusing)		3
	Gangguan perilaku/psikiatri		2
	Diagnosis lainnya	1	1
Gangguan Kognitif	Tidak menyadari keterbatasan dirinya		3
	Lupa akan adanya keterbatasan		2

	Orientasi baik terhadap diri sendiri	1	1
Faktor Lingkungan	Riwayat jatuh/bayi diletakkan ditempat tidur dewasa		4
	Menggunakan alat bantu/diletakkan dalam tempat tidur bayi		3
	Pasien diletakkan di tempat tidur	2	2
	Area di luar rumah sakit		1
	Dalam 24 jam		3
Pembedahan/ sedasi/anasteri	Dalam 48 jam		2
	> 48 jam atau tidak menjalani pembedahan/sedasi/anastesi	1	1
Penggunaan medika mentosa	Penggunaan multiple : sedative, obat hypnosis, barbiturate, fenotiazin, antidepresan, pencahar, diuretic, narkose		3
	Penggunaan salah satu obat diatas		2
	Penggunaan medikasi lainnya/tidak ada medikasi	1	1
Jumlah Skor Humpty Dumpty		10	

Keterangan : Pasien saat ini dalam resiko rendah mengalami jatuh.

b. Kulit

Inspeksi : Warna kulit sawo matang, tidak ada luka/jejas, tidak ada peradangan, tidak ada hiperpigmentasi, kulit tampak kering.

Palpasi : Tidak ada masa, tugor kulit < 2 detik (normal), tidak ada edem, tidak ada nyeri tekan.

c. Kepala

Inspeksi : Bentuk kepala simetris, tidak ada kelainan, tidak ada peradangan, penyebaran rambut merata

Palpasi : Tidak ada masa, tidak ada nyeri tekan.

d. Mata

Inspeksi : Bentuk mata simetris kanan kiri, konjugtiva tidak anemis, kornea jernih, skelera tidak ikterik, tidak ada peradangan, refleksi cahaya (+/+)

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan pada mata.

e. Telinga

Inspeksi : Telinga bersih, bentuk telinga simetris kanan-kiri, tidak ada peradangan, tidak ada gangguan pendengaran atau perdarahan.

Palpasi : Tidak ada benjolan disekitar telinga, tidak ada nyeri tekan,

f. Hidung

Inspeksi : Hidung simetris, tampak bersih, tidak ada sekret di hidung, tidak ada peradangan, tidak ada perdarahan, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada polip hidung

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

g. Mulut

Inspeksi : Mulut simetris, mukosa bibir kering, tidak terjadi peradangan, tidak ada perdarahan, mulut tampak bersih, terdapat caries gigi, lidah tampak bersih, tidak ada gangguan menelan.

h. Leher

Inspeksi : Tidak ada luka atau jejas, tidak ada peradangan

Palpasi : Tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan.

i. Dada

Inspeksi : Bentuk dada simetris kiri dan kanan tidak ada lesi dan warna kulit tidak ada hiperpigmentasi

- Palpasi : Vocal fremitus : pergetasan dinding dada kiri dan kanan simetris
- j. Paru
- Inspeksi : Bentuk dada simetris, tidak ada fraktur costa, pernapasan menggunakan pernapasan dada, tidak ada lesi dan jejas
- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, vokal fremitus getaran terasa kanan kiri
- Perkusi : Suara sonor
- Auskultasi : Suara nafas vesikuler
- k. Jantung
- Inspeksi : Tidak ada kelainan pada bentuk dada
- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
- Auskultasi : Suara S1 & S2 Reguler
- Perkusi : Pada daerah jantung suara pekak
- l. Abdomen
- Inspeksi : Bentuk abdomen cembung
- Auskultasi : Bising usus 10x/i
- Perkusi : Timpani
- Palpasi : teraba lembek ujungnya tumpul pada kuadran kanan bawah, lingkaran perut : 56 Cm
- m. Genitalia
- Inspeksi : Ibu mengatakan genitalia anaknya tidak ada mengalami lecet atau luka dan jejas
- n. Anus dan rectum
- Inspeksi : Ibu mengatakan tidak masalah pada anus anaknya, tidak ada ambien atau atresia ani pada anaknya.

o. Muskuloskeletal

MMT :

5		5
<hr/>		
5		5

p. Neurologi

a) Nervus Kranial I (Olfaktorius)

Hasil : Klien tidak mengalami gangguan penciuman dimana klien masih dapat membedakan bau minyak kayu putih dengan bau handscrub.

b) Nervus Kranial II (Optikus)

Hasil : Klien tidak mengalami gangguan penglihatan dimana klien dapat menyebutkan jumlah jari yang diberikan pemeriksa dengan jarak 1 meter.

c) Nervus III, IV dan VI (Okulomotorius, Troklear, Abduksen)

Hasil : Klien tidak mengalami gangguan pada nervus III, IV dan VI dimana bola mata klien dapat mengikuti arah jari pemeriksa ke kanan dan ke kiri serta ke atas dan ke bawah secara bersamaan dan simetris.

d) Nervus Kranial V (Trigeminal)

Hasil : Klien tidak memiliki gangguan pada nervus trigeminal karena klien masih dapat merasakan sentuhan kapas yang disentuhkan secara halus pada kelopak mata klien.

e) Nervus VII (Fasialis)

Hasil : Klien tidak mengalami gangguan pada nervus fasialis karena klien dapat melakukan berbagai ekspresi wajah yang telah diperintahkan oleh pemeriksa seperti tersenyum lebar dan menggembungkan pipinya.

f) Nervus XI (Asesoris)

Hasil : Klien tidak mengalami gangguan pada nervus asesoris karena klien masih dapat melawan tahanan dari pemeriksa jika pada sisi kepala diberikan tahanan . Misal pada sisi sebelah kanan kepala klien yang diberi tahanan maka klien diminta untuk menoleh ke sebelah kiri.

g) Nervus XII (Hipoglossus)

Hasil : Klien tidak mengalami gangguan pada nervus hipoglossus karena klien masih dapat menggerakkan lidah sesuai dengan perintah pemeriksa.

12. Pemeriksaan diagnostic lainnya

a. Pemeriksaan Labotarorium

Pemeriksaan Laboratorium Tanggal 22 November 2019

No	Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Unit
Hematologi				
1	Leukosit	49.59	4.50 – 14.50	$10^3/\mu\text{L}$
2	Eritrosit	2.78	4.00 – 5.20	$10^6/\mu\text{L}$
3	Hemoglobin	7.0	14.0 – 18.0	g/dL
4	Hematokrit	20.9	35.0 – 45.0	%
5	PLT	43	150 – 450	$10^3/\mu\text{L}$

Pemeriksaan Laboratorium Tanggal 25 November 2019

No	Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Unit
Hematologi				
1	Leukosit	41.49	4.50 – 14.50	$10^3/\mu\text{L}$
2	Eritrosit	2.86	4.00 – 5.20	$10^6/\mu\text{L}$
3	Hemoglobin	7.4	14.0 – 18.0	g/dL
4	Hematokrit	21.6	35.0 – 45.0	%
5	PLT	14	150 – 450	$10^3/\mu\text{L}$

b. Pemeriksaan Rontgen

Tidak ada pemeriksaan rontgen

13. Program Terapi dan cairan

a. Terapi Pemberian Infus

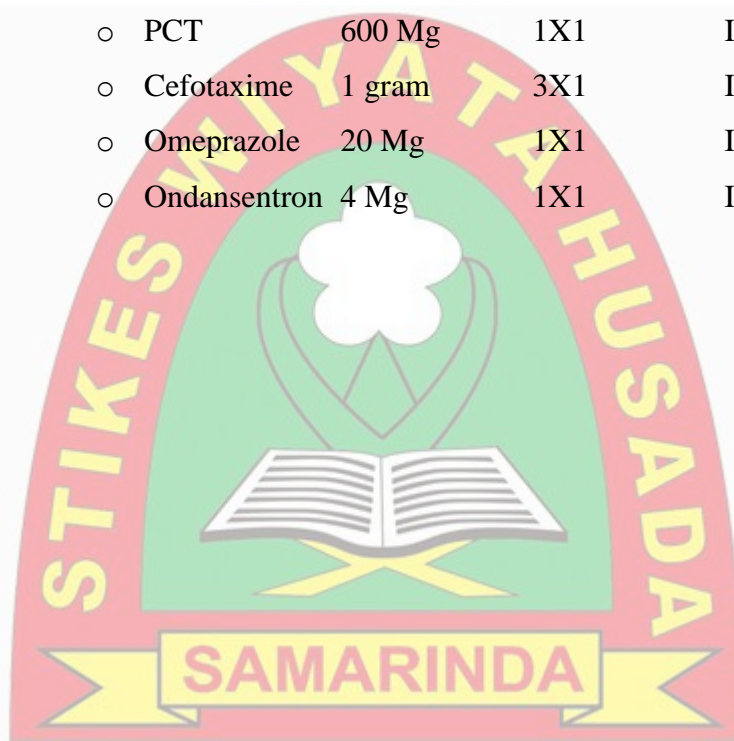
Infus D5 + $\frac{1}{2}$ Ns via IV \rightarrow 1500 cc/24 jam

b. Terapi Pemberian Obat Oral

Atoporinol 1x100 Mg Oral

c. Terapi Pemberian Obat Injeksi

- PCT 600 Mg 1X1 IV (Kalau Perlu)
- Cefotaxime 1 gram 3X1 IV
- Omeprazole 20 Mg 1X1 IV
- Ondansentron 4 Mg 1X1 IV (Kalau Perlu)



ASUHAN KEPERAWATAN

A. ANALISIS DATA

No	Data Penunjang	Kemungkinan Penyebab	Masalah
1	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none">- Ibu mengatakan jika anaknya di suntik obat lewat infusnya anaknya selalu menangis karena nyeri dan apabila daerah yang dipasang infus di tekan juga terasa nyeri. <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none">- Wajah anak tampak meringis saat daerah sekitar pemasangan intravena sedikit di tekan- Klien tampak seperti menahan sakit apabila dimasukan obat melalui infus.	<p>Agen Cidera Fisiologis (Inflamsi)</p>	<p>Nyeri Akut</p>
2.	<p>Ds :</p> <p>Ibu mengatakan demam anaknya sering naik turun</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none">- S : 38,2 °C- Klien terlihat berkeringat- Klien mendapat terapi PCT 600 Mg- Badan teraba hangat- Kulit tampak kemerahan terutama wajah	<p>Proses Penyakit (Kanker)</p>	<p>Hipertermia</p>
3.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none">- Ibu mengatakan anaknya pada usia 2 tahun pernah operasi Hidronoprosis- Ibu mengatakan anaknya sering	<p>Imunosupresi</p>	<p>Resiko Infeksi</p>

mengalami demam yang naik turun.

Do :

- Leukosit : 49.59 pada tanggal 22 November 2019
 - Pasien mendapatkan hiperhidrasu D5 ½ NS 3500cc dalam 500 cc / 1 klof di drip dengan meylon 1 flez.
-



B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	<p>Nyeri Akut (D. 0077)</p> <p>Kategori : Psikologis</p> <p>Subkategori : Nyeri dan kenyamanan</p> <p>Definisi :</p> <p>Pengalaman sensori dan emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.</p> <p>Penyebab :</p> <p>1. Agen cedera fisiologis (Inflamsi)</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif</p> <p>1. Mengeluh nyeri</p> <p>Objektif</p> <p>1. Tampak meringis</p> <p>2. Bersifat proteksi</p> <p>3. Sulit tidur</p>	<p>Tingkat Nyeri (L. 08066)</p> <p>Definisi :</p> <p>Pengalaman sensoria tau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual dan fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan .</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pasien dapat memenuhi kriteria sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri (4) 2. Meringis (4) 3. Gelisah (4) 4. Kesulitan tidur (4) 5. Sikap proteksi (4) <p>Indikator Skala :</p> <p>1 = Meningkatkan</p> <p>2 = Cukup meningkat</p> <p>3 = Sedang</p> <p>4 = Cukup menurun</p> <p>5 = Menurun</p>	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Definisi :</p> <p>Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensoria tau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.</p> <p>Aktivitas – aktivitas :</p> <p>1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>1.2 Identifikasi skala nyeri</p> <p>1.3 Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>1.4 Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis, kompres)</p> <p>1.5 Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>1.6 Jelaskan strategi meredakan nyeri .</p>

Gejala dan Tanda Minor

Objektif

1. Berfokus pada diri sendiri
2. Nafsu makan berubah

2	Hipertermia (D.0130) Kategori : Lingkungan Subkategori : Keamanan dan Proteksi Definisi : Suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh. Penyebab 1. Proses Penyakit (Kanker) Gejala dan Tanda Mayor Objektif 1. Suhu tubuh diatas nilai normal. Gejala dan Tanda Minor 1. Kulit merah 2. Kulit teraba hangat Kondisi Klinis Terkait 1. Proses infeksi	Termoregulasi (L.14134) Definisi : Pengaturan suhu tubuh agar tetap berada pada rentang normal Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pasien dapat memenuhi kriteria sebagai berikut : 1. Kulit kemerahan (4) 2. Pucat (4) 3. Suhu tubuh (4) Keterangan : 1 = Meningkatkan 2 = Cukup meningkat 3 = Sedang 4 = Cukup menurun 5 = Menurun	Manajemen Hipertermi (I.15506) Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola peningkatan suhu tubuh akibat disfungsi termoregulasi. Aktivitas-aktivitas: 2.1 Monitor suhu tubuh 2.2 Monitor komplikasi akibat hipertermi 2.3 Sediakan lingkungan yang dingin 2.4 Basahi dan kipasi permukaan tubuh 2.5 Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena 2.6 Anjurkan tirah baring
3.	Resiko Infeksi (0142) Kategori : Lingkungan Subkategori : keamanan dan proteksi Definisi : Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogen .	Kontrol Resiko (L.14128) Definisi : Kemampuan untuk mengerti, mencegah, mengeliminasi atau mengurangi ancaman kesehatan yang dapat dimodifikasi. Klien dan keluarga mampu menunjukkan kemampuan mencegah infeksi dalam waktu 3X8 jam dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan mencari	Pencegahan Infeksi (I.14539) Definisi : Mengidentifikasi dan menurunkan resiko terserang organisme patogenik . Aktivitas – aktivitas : 3.1 Monitor tanda dan

Faktor Resiko

1. Penurunan hemoglobin
2. Imunosupresi

Kondisi Klinis Terkait

1. Kanker (Leukimia)

informasi tentang faktor resiko (4)

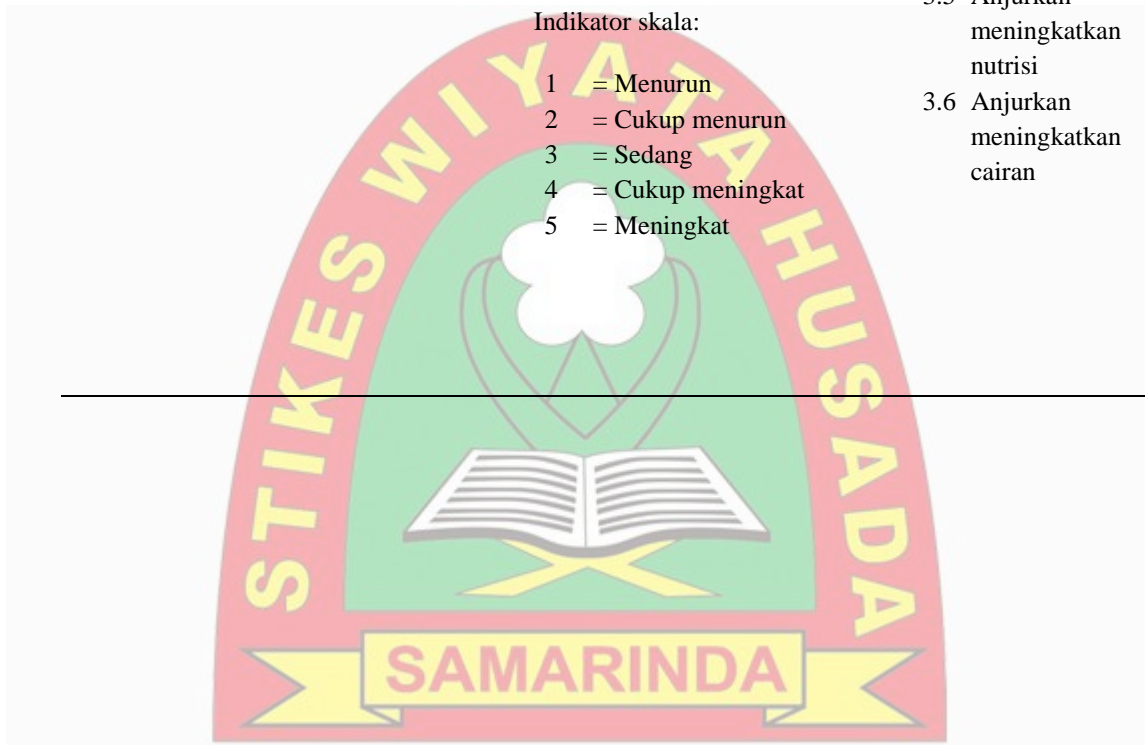
2. Kemampuan mengidentifikasi faktor resiko (4)
3. Kemampuan mengubah perilaku (4)
4. Kemampuan menghindari faktor resiko (4)

gejala infeksi lokal dan sistemik

- 3.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.
- 3.3 Jelaskan tanda dan gejala infeksi .
- 3.4 Ajarkan cara cuci tangan dengan benar.
- 3.5 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- 3.6 Anjurkan meningkatkan supan cairan

Indikator skala:

- 1 = Menurun
- 2 = Cukup menurun
- 3 = Sedang
- 4 = Cukup meningkat
- 5 = Meningkatkan



C. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/Tgl	No.Dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Kamis / 21 November 2019	1	Manajemen Nyeri :	Subjektif :	
21.00	1.1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri EP : Pasien mengatakan tangan kanannya nyeri apabila disuntikan obat melalui selang dan apabila di tekan nyeri sekali, pasien menunjukkan wajah meringis dan sesekali mengerutkan dahi An.D mengatakan nyeri dengan skala 4 dengan pengukuran skala nyeri wong baker.	- Ibu pasien mengatakan anaknya masih sering mengeluh nyeri pada tangan yang di pasang infus (terapi intravena) Objektif : - Pasien terlibat meringis. - Pasien terlihat gelisah - Derajat flebitis 1 - Kulit tangan anak terlihat kemerahan - Anak sulit untuk tidur	
21.35	1.2	Mengidentifikasi skala nyeri EP : Berdasarkan pengkajian nyeri didapatkan skala nyeri yaitu 4.	Assesment : Masalah teratasi sebagian : 1. Keluhan nyeri (3) 2. Meringis (3) 3. Gelisah (3)	
21.40	1.3	Mengidentifikasi respon nyeri non verbal EP : Wajah pasien tampak meringis sampai pasien mengerutkan dahi dan sambil mengelus elus tangannya. .	4. Kesulitan tidur (4) 5. Sikap proteksi (3) Planning: Lanjutan intervensi 1.1 Identifikasi skala nyeri 1.2 Identifikasi respon	

22.00	<p>1.4 Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri EP : Ibu pasien mengerti bahwa nyeri yang muncul karena tangan yang diinfus itu sedikit bengkak dan teraba hangat habis transfuse TC tadi malam 8 kantong.</p>	<p>nyeri non verbal 1.3 Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis, kompres) 1.4 Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p>
22.10	<p>1.5 Menjelaskan strategi meredakan nyeri. EP : Ibu pasien mengatakan sudah memahami cara meredakan nyeri dengan mengelus elus tangan anak dan mengompresnya dengan air dingin.</p>	
<p>Jumat, 22 November 2019</p>	<p>Manajemen nyeri : Aktivitas – aktivitas 2.1 Mengidentifikasi skala nyeri EP : Anak mengatakan skala nyeri masih 4</p>	<p>Subjektif : - Ibu pasien mengatakan setelah diberi kompres <i>aloe vera</i> anaknya jarang mengeluh nyeri dan tangan anaknya sudah tidak terlalu kemerahan lagi.</p>
10.05	<p>2.2 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal EP : Wajah pasien tampak meringis sampai pasien mengerutkan dahi dan pasien tampak gelisah</p>	<p>Objektif : - Pasien terlihat sudah tidak meringis - Pasien senyum – senyum dan senang diberi kompres <i>aloe vera</i> karena dingin - Kulit tangan anak terlihat tidak terlalu kemerahan - Flebitis masih pada derajat 1</p>
10.10	<p>13. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis, kompres) EP : Kompres dilakukan dengan menggunakan <i>aloe vera</i> murni selama 20 menit</p>	

10.15	1.4 Menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri EP : Ibu pasien mengatakan sudah mengetahui jika penyebab dan pemicu nyeri adalah infusannya yang sedikit bengkak.	Assesment : Masalah teratasi sebagian : 1. Keluhan nyeri (3) 2. Meringis (3) 3. Gelisah (3) 4. Kesulitan tidur (4) 5. Sikap proteksi (3) Planning: Lanjutan intervensi
13.10	1.5 Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis, kompres) EP : Kompres dilakukan dengan menggunakan <i>aloe vera</i> murni selama 20 menit yang kedua.	1.1 Indentifikasi skala nyeri 1.2 Identifikasi respon nyeri non verbal. 1.3 Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis, kompres)
15.10	1.6 Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis, kompres) EP : Kompres dilakukan dengan menggunakan <i>aloe vera</i> murni selama 20 menit yang ketiga	1.4 Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 1.5 Jelaskan strategi meredakan nyeri
Sabtu, 23 November 2019	Manajemen nyeri : Aktivitas – aktivitas	Subjektif : - Ibu pasien mengatakan setelah diberi kompres <i>aloe vera</i> anaknya tidak mengeluh nyeri dan kulit tangan anaknya sudah tidak kemerahan lagi.
08.15	1.1 Mengidentifikasi skala nyeri EP : Anak mengatakan skala nyeri menjadi 2	
08.20	1.2 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal EP : Wajah pasien sudah tampak tidak terlalu meringis karena nyeri sudah berkurang	Objektif : - Pasien terlihat sudah tidak meringis - Pasien senyum – senyum dan senang

08.30	1.3 Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis, kompres) EP : Kompres dilakukan dengan menggunakan <i>aloe vera</i> murni selama 20 menit	diberi kompres <i>aloe vera</i> karena dingin - Kulit tangan anak terlihat tidak terlalu kemerahan - Flebitis sudah pada derajat 0
08.40	1.4 Menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri EP : Ibu pasien mengatakan sudah mengetahui jika penyebab dan pemicu nyeri adalah infusannya yang sedikit bengkak.	Assesment : Masalah teratasi. 1. Keluhan nyeri (4) 2. Meringis (4) 3. Gelisah (4) 4. Kesulitan tidur (4) 5. Sikap proteksi (4)
08.50	1.5 Menjelaskan strategi untuk meredakan nyeri EP : Strategi untuk meredakan nyeri yaitu dengan melakukan kompres dengan <i>aloe vera</i>	Planning: Lanjutan intervensi 1.1 Identifikasi skala nyeri 1.2 Identifikasi respon nyeri non verbal. 1.3 Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis, kompres)
10.30	1.6 Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis, kompres) EP : Kompres dilakukan dengan menggunakan <i>aloe vera</i> murni selama 20 menit yang kedua	1.4 Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyer 1.5 Jelaskan strategi meredakan nyeri
13.30	1.7 Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis, kompres) EP : Kompres dilakukan dengan menggunakan <i>aloe vera</i> murni selama 20 menit yang ketiga.	

Kamis / 21 1 November 2019	Manajemen Hipertermi : Aktivitas – aktivitas :	Subjektif : - Ibu mengatakan saat ini demam anak sudah cukup berkurang selama di kompres di daerah ketiak dan dahi.
21.10	2.1 Melakukan monitor suhu tubuh anak EP : Suhu tubuh anak 38,2 °C.	Objektif :
21.15	2.2 Memonitor komplikasi akibat hipertermi EP : An.D tidak menunjukkan komplikasi hipertermi seperti kejang dan menggigil.	- Kemerahan pada kulit pasien berkurang. - Suhu tubuh : 37,6° - Pasien tampak berkeringat - Pasien tampak tidur dan tidak gelisah
21.20	2.3 Memasahi dan kipasi bagian permukaan tubuh EP : Ibu pasien melakukan kompres air hangat pada daerah ketiak dan dahi	Assesment : Masalah teratasi sebagian: 1. Kulit kemerahan (3) 2. Pucat (3) 3. Suhu tubuh (3)
21.40	2.4 Mengkolaborasikan pemberian cairan dan terapi intravena EP : An.D mendapat terapi intravena PCT 600 Mg (IV)	Planning: Lanjutan intervensi 2.1 Monitor suhu tubuh 2.2 Monitor komplikasi akibat hipertermi 2.3 Sediakan lingkungan yang dingin 2.4 Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena.
22.00	2.5 Menganjurkan untuk tirah baring EP : An.D tampak hanya berbaring di tempat tidur dan menutup seluruh tubuhnya kecuali kepala dengan selimut	
Jumat/ 22 November 2019	Manajemen Hipertermi Aktivitas – aktivitas	Subjektif : - Ibu mengatakan saat ini demam anak sudah cukup
10.00	2.1 Melakukan monitor suhu tubuh anak	

		EP : Suhu tubuh anak 37,2°C	berkurang.
			Objektif :
10.15	2.2	Memonitor komplikasi akibat hipertermi EP : An.D tidak menunjukkan komplikasi hipertermi seperti kejang dan menggigil.	<ul style="list-style-type: none"> - Kemerahan pada kulit pasien berkurang. - Suhu tubuh : 36,6° - Pasien tampak tenang dan tidak gelisah
10.20	2.3	Menyedikan lingkungan dengan suhu dingin EP : AC di ruangan menyala dengan suhu 20 °C	<ul style="list-style-type: none"> - Wajah pasien tampak lebih segar
11.00	2.4	Membasahi dan kipasi bagian permukaan tubuh EP : Ibu pasien melakukan kompres air hanga pada daerah ketiak dan dahi	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kulit kemerahan (3) 2. Pucat (3) 3. Suhu tubuh (3)
13.00	2.5	Mengkolaborasikan pemberian cairan dan terapi intravena EP : An.D mendapat terapi intravena PCT 600 Mg (IV)	<p>Assesment : Masalah teratasi sebagian:</p> <p>Planning: Lanjutan intervens</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1 Monitor suhu tubuh 2.2 Monitor komplikasi akibat hipertermi 2.3 Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena.
Sabtu/ November 2019	23	Manajemen Hipertermi	Subjektif :
		Aktivitas – aktivitas	<ul style="list-style-type: none"> - Ibu mengatakan saat ini demam anak sudah berkurang.
08.50	2.1	Melakukan monitor suhu tubuh anak EP : Suhu tubuh anak 36,8°C	Objektif :
09.20	2.2	Memonitor komplikasi akibat hipertermi EP : An.D tidak menunjukkan komplikasi hipertermi seperti kejang dan menggigil.	<ul style="list-style-type: none"> - Kemerahan pada kulit pasien berkurang. - Suhu tubuh : 36,2° - Pasien tampak tenang dan tidak gelisah - Wajah pasien tampak lebih segar

09.30		<p>2.3 Mengkolaborasikan pemberian cairan dan terapi intravena EP : An.D mendapat terapi intravena PCT 600 Mg (IV)</p>	<p>Assesment : Masalah teratasi sebagian 1. Kulit kemerahan (4) 2. Pucat (3) 3. Suhu tubuh (4)</p> <p>Planning: Lanjutan intervens 2.1 Monitor suhu tubuh 2.2 Monitor komplikasi akibat hipertermi 2.3 Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena.</p>
Kamis/ 21 November 2019	21.00	<p>Pencegahan Infeksi : Aktivitas – aktivitas 3.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. EP : Terdapat tanda resiko infeksi yaitu terjadi inflamasi pada tangan sebelah kanan yang terpasang infus</p>	<p>Subjektif : - Ibu pasien mengatakan suhu tubuh anaknya selalu tidak stabil</p> <p>Objektif : - Pasien terlihat lebih tenang - Pasien terlihat senang diberi kompres aloe vera karena dingin - Lingkungan sekitar pasien terlihat bersih.</p>
21.05		<p>3.2 Memberikan perawatan kulit pada area edema EP : Memberikan kompres <i>aloe vera</i> pada tangan kanan pasien yang mengalami flebitis</p>	
21.10		<p>3.3 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien EP : Perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p>	<p>Assesment : Masalah teratasi sebagian 1. Kemampuan mencari informasi tentang faktor resiko (3) 2. Kemampuan mengidentifikasi faktor resiko (3) 3. Kemampuan</p>

21.15	3.4 Menjelaskan kepada orang tua tanda dan gejala infeksi EP : Ibu mengetahui tanda dan gejala infeksi seperti suhu tubuh yang tidak stabil	mengubah perilaku (3) 4. Kemampuan menghindari faktor resiko (3)
-------	--	---

Planning:

Lanjutan intervensi

- 3.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
- 3.2 Berikan perawatan kulit pada area edema.
- 3.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.
- 3.4 Jelaskan tanda dan gejala infeksi .
- 3.5 Ajarkan cara cuci tangan dengan benar.



Jumat/ November 2019 10.00	22 Pencegahan Infeksi : Aktivitas – aktivitas 3.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. EP : Tanda dan gejala infeksi terlihat pada tangan kiri anak yang di pasang infus.	Subjektif : - Ibu pasien mengatakan saat ini lebih sedikit faham tentang bagaimana cara untuk meminimalkan resiko infeksi pada An.D
--------------------------------------	---	--

10.20	<p>3.2 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>EP : Perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p>	<p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlibat tenang - Pasien terlihat senang diberi kompres aloe vera karena dingin - Lingkungan sekitar pasien terlihat bersih.
10.25	<p>3.3 Menjelaskan kepada orang tua tanda dan gejala infeksi</p> <p>EP : Ibu mengetahui tanda dan gejala infeksi seperti suhu tubuh yang tidak stabil</p>	<p>Assesment :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p>
10.30	<p>3.4 Mengajarkan orang tua cara mencuci tangan 6 langkah</p> <p>EP : Orang tua pasien mengatakan sudah memahami tentang cara mencuci tangan 6 langkah dan pentingnya cara mencuci tangan.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mencari informasi tentang faktor resiko (3) 2. Kemampuan mengidentifikasi faktor resiko (3) 3. Kemampuan mengubah perilaku (3) 4. Kemampuan menghindari faktor resiko (3)
		<p>Planning:</p>
		<p>Lanjutan intervensi</p>
		<ol style="list-style-type: none"> 3.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 3.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3.3 Jelaskan tanda dan gejala infeksi . 3.4 Ajarkan cara cuci tanga dengan benar. 3.5 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

Sabtu / 23 1 November 2019	Pencegahan Infeksi :	Subjektif :
80.05	<p>Aktivitas – aktivitas</p> <p>3.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. EP : Tanda dan gejala infeksi sudah tidak tampak pada tangan anak yang terpasang infus.</p>	<p>- Ibu pasien mengatakan saat ini lebih memahami tanda dan gejala infeksi yang terjadi pada anaknya terutama pada tangan anak yang dilakukan pemasangan infus.</p>
10.00	<p>3.2 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien EP : Perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p>	<p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlibat tenang - Pasien terlihat senang diberi kompres aloe vera karena dingin - Pasien tampak makan buah-buahan. - Lingkungan sekitar pasien terlihat bersih.
10.10	<p>3.3 Menjelaskan kepada orang tua tanda dan gejala infeksi EP : Ibu mengetahui tanda dan gejala infeksi seperti kulit menjadi bengkak, dan berwarna kemerahan serta suhu tubuh yang tidak stabil</p>	<p>Assesment : Masalah teratasi sebagian</p>
10.15	<p>3.4 Mengajarkan cara mencuci tangan 6 langkah pada ibu pasien EP : Ibu pasien bersedia belajar mencuci tangan dengan peneliti dan ibu pasien sudah memahami cara mencuci tangan 6 langkah</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mencari informasi tentang faktor resiko (3) 2. Kemampuan mengidentifikasi faktor resiko (3) 3. Kemampuan mengubah perilaku (3) 4. Kemampuan menghindari faktor resiko (3)
10.25	<p>3.5 Mengajukan kepada ibu pasien untuk selalu meningkatkan asupan nutrisi untuk pasien EP : Ibu pasien bersedia untuk meningkatkan asupan nutrisi untuk An.K seperti lebih banyak memberi</p>	<p>Planning: Lanjutan intervensi 3.1 Monitor tanda dan</p>

makan buah kepada An.K
dari pada snack – snack
anak – anak.

gejala infeksi lokal
dan sistemik

3.2 Anjurkan
meningkatkan
asupan nutrisi.

3.3 Anjurkan
meningkatkan
supan cairan



DOKUMENTASI PENELITIAN

1. Pasien Kasus Kelolaan Utama 1



2. Pasien Kasus Kelolaan Resume 1



3. Pasien Kelolaan Resume 2



4. Pasien Kelolaan Resume 3

