

**PEMBERIAN VCO DALAM ASUHAN KEPERAWATAN
PADA PASIEN DENGAN KERUSAKAN INTEGRITAS KULIT YANG
MENGALAMI CRONIC KIDNEY DISEASEA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Oleh :

LENNY MAULINDA,S.Kep

NIM P1605238



**PROGRAM PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2017**

**PEMBERIAN VCO DALAM ASUHAN KEPERAWATAN
PADA PASIEN DENGAN KERUSAKAN INTEGRITAS KULIT YANG
MENGALAMI CRONIC KIDNEY DISEASEA**

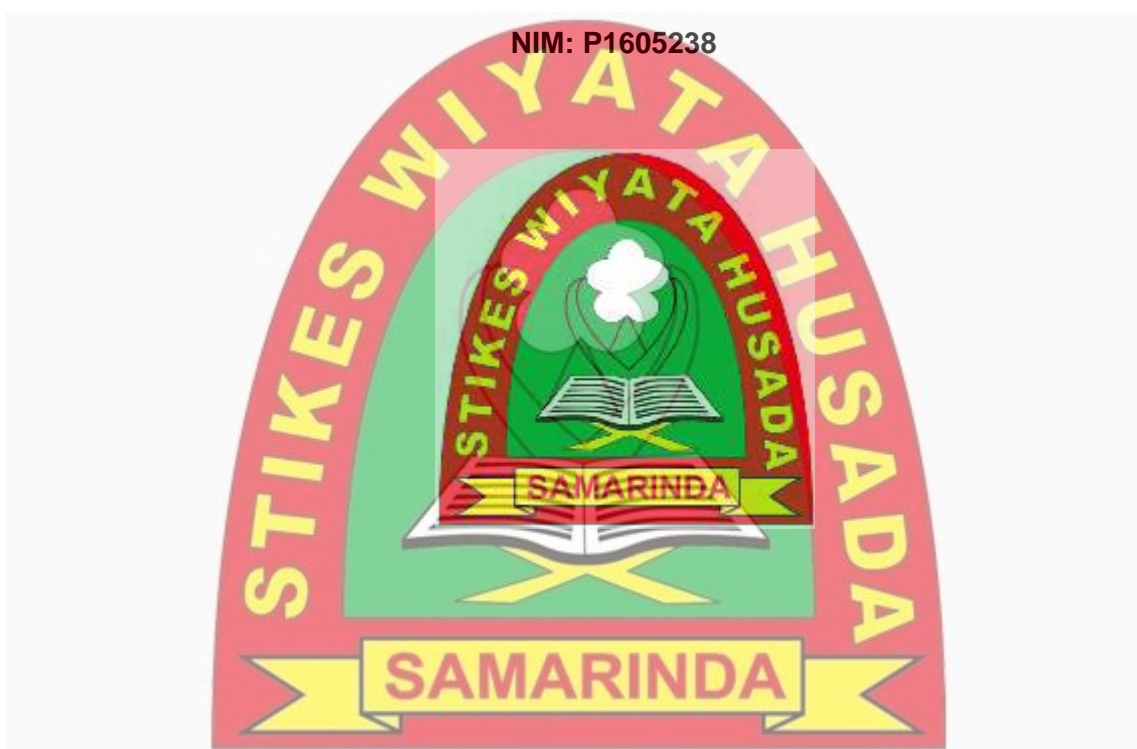
KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Untuk Memenuhi Persyaratan Mencapai Derajat Profesi Ners (Ners/NS) Pada
Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda

Oleh :

LENNY MAULINDA,S.Kep

NIM: P1605238



**PROGRAM PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2017**

HALAMAN PENGESAHAN

PEMBERIAN VCO DALAM ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
KERUSAKAN INTEGRITAS KULIT YANG MENGALAMI
CRONIC KIDNEY DISEASEA

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

LENNY MAULINDA
NIM: P.1605.238

Telah dipertahankan dalam ujian
Pada tanggal 15 Desember 2017

PENGUJI I

Ns. Atwani Hetty Meytosi, S.Kep.
NIP:197605232007012013

(.....)

PENGUJI II

Ns. Chrissyen Damanik, S.Kep., M.Kep
NIK: 113072.83.11.023

(.....)

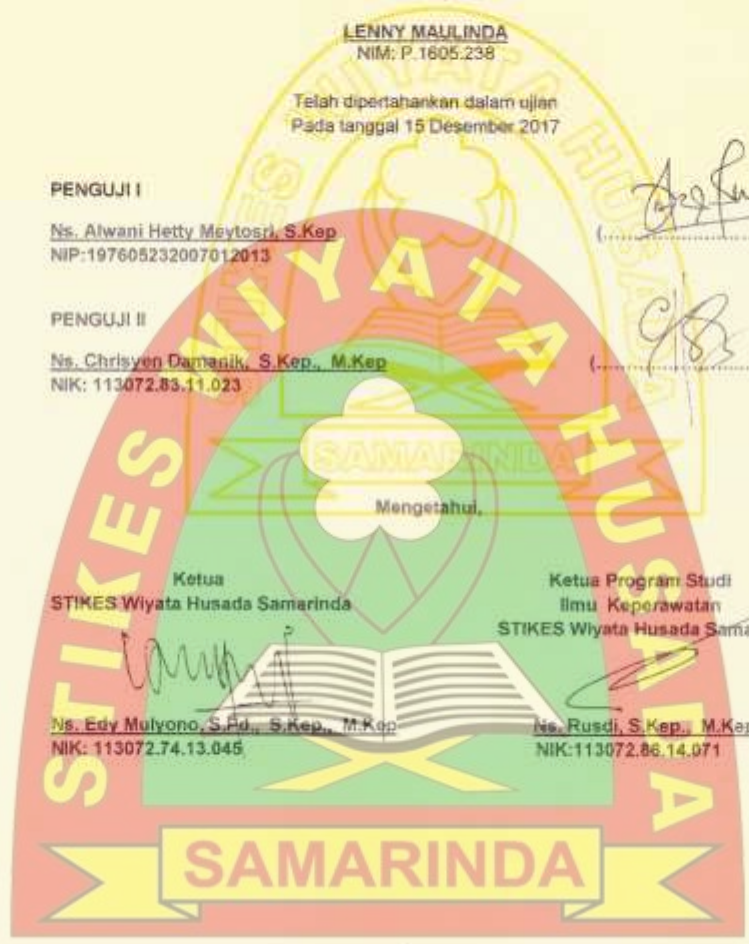
Mengetahui,

Ketua
STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ketua Program Studi
Ilmu Keperawatan
STIKES Wiyata Husada Samarinda

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

Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep
NIK:113072.86.14.071



SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Lenny Maulinda

NIM : P1605238

Program Studi : Program Studi Profesi Ners STIKES Wiyata
Husada Samarinda

Judul Laporan Tugas Akhir : Pemberian VCO Dalam Asuhan Keperawatan
Pada Pasien Dengan Kerusakan Integritas Kulit
Yang Mengalami *Cronic Kidney Disease*

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan 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, 11 Desember 2017
Yang membuat pernyataan,

Lenny Maulinda, S.Kep
NIM. P1605238



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat Rahmat dan Bimbingannya saya dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir dengan judul **“Pemberian VCO Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Kerusakan Integritas Kulit Yang Mengalami Cronic Kidney Diseasea”**. Karya Ilmiah Akhir Ners ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelas Profesi Ners (NS) pada Program Studi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Bersamaan ini perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Bapak Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda
2. Ns. Edy Mulyono.,S.Pd.,S.Kep.,M.Kep., selaku Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda
3. Direktur RSUD A.W Sjahranie Samarinda yang telah memberikan ijin untuk melakukan praktek profesi ners di RSUD A.W Sjahranie Samarinda
4. Ns. Rusdi, S.Kep, M.Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda. Terimakasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya terhadap ilmu keperawatan.
5. Ns. Alwani Hetty,S.kep selaku pembimbing klinik, yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan sehingga dapat menyelesaikan penulisan tugas akhir ini.
6. Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep.,M.Kep selaku pembimbing kampus, yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan dalam penyusunan tugas akhir ini.
7. Kepala perawat-perawat ruangan anggrek yang telah membantu dalam praktek akhir profesi ners.
8. Kepada pasien yang sudah bersedia mengikuti penelitian, sehingga saya dapat menyelesaikan tugas akhir dengan tepat waktu.
9. Kepada kedua orang tua saya tercinta yang telah menjadi motivasi terbesar saya dalam penyelesaian tugas akhir ini, banyak mendoakan keberhasilan saya, dan memberikan dukungan penuh baik moril maupun materil kepada saya.
10. Kepada sahabat-sahabat saya riska, kiki, risti, dio, nova, made, enza, petra, linda, aing, lupina, mercy yang telah memberikan dukungan, semangat serta doa dalam menyelesaikan tugas akhir profesi ners.
11. Kepada teman-teman peminatan KMB yang telah memberikan semangat dalam menyelesaikan tugas akhir ini.

12. Kepada semua teman-teman seperjuangan Program Profesi Ners angkatan 2016, terima kasih atas dukungan, semangat dan doanya.

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

Samarinda, 11 Desember 2017

Lenny Maulinda, S.Kep



ABSTRAK

Pemberian VCO Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Kerusakan Integritas Kulit Yang Mengalami Cronic Kidney Diseasea

Lenny Maulinda¹, Chrisylen Damanik², Alwani Hetty³

¹Mahasiswa Ilmu Keperawatan

²Dosen Ilmu Keperawatan

³Pembimbing Klinik

STIKES Wiyata Husada Samarinda

E-mail: lennymaulinda@gmail.com

Latar belakang : Pasien dengan *chronic kidney diseasea* umumnya memiliki masalah keperawatan kerusakan integritas kulit sehingga menyebabkan terjadinya bekas luka atau garukan pada kulit yang mengganggu kenyamanan pasien. Keluhan pruritus yang signifikan ditemukan pada 15% - 49% pasien penyakit ginjal kronis. Kerusakan integritas kulit yang terjadi pada pasien CKD dipengaruhi oleh pruritus, kulit menjadi kering, terkelupas, hal ini yang menyebabkan pasien CKD sering menggosok bagian kulit.

Kerusakan integritas kulit pada chronic kidney diseasea: Kerusakan integritas kulit merupakan satu diagnosa yang merupakan kerusakan pada epidermis dan atau dermis sehingga kondisi ini membuat pasien mengalami gatal-gatal sehingga pasien menggaruk permukaan kulit yang menyebabkan kulit mengalami kerusakan.

Tujuan : Memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *chronic kidney diseasea* yang mengalami masalah keperawatan kerusakan integritas kulit di Ruang Anggrek RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Intervensi : Asuhan Keperawatan penerapan minyak VCO pada asuhan keperawatan pasien dengan kerusakan integritas kulit yang mengalami *chronic kidney diseasea*.

Hasil : Pemberian minyak VCO dalam asuhan keperawatan pasien dengan kerusakan integritas kulit yang mengalami *chronic kidney diseasea* menunjukkan perubahan yaitu kulit lembab, tidak gatal-gatal, kulit tidak kering.

Kesimpulan : Pemberian minyak VCO sebagai salah satu bentuk intervensi keperawatan secara mandiri pada pasien dengan *chronic kidney diseasea* dengan masalah keperawatan kerusakan integritas kulit, terbukti efektif membuat kulit pasien lembab.

Kata Kunci : Cronic Kidney Diseasea, Kerusakan Integritas Kulit, VCO

¹Mahasiswa STIKES Wiyata Husada Samarinda

²Dosen pembimbing STIKES Wiyata Husada Samarinda

³Pembimbing Klinik Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie

ABSTRACT

Giving VCO In Nursing Care In Patients With Damage To The Integrity Of The Skin Experiencing Cronic Kidney Diseasea In The Orchid

Lenny Maulinda¹, Chrisyen Damanik², Alwani Hetty³

¹ Student Nursing

² Lecturer of Nursing Science

³ The supervisor of the clinic

STIKES Wiyata Husada Samarinda

E-mail: lennymaulinda@gmail.com

Background : Patients with cronic kidney diseasea generally have nursing problems of skin integrity damage resulting in scarring or scratching of the skin that interferes with patient comfort. Significant pruritic complaints are found in 15% - 49% of patients with chronic kidney disease. Damage to skin integrity that occurs in CKD patients is affected by pruritus, the skin becomes dry, peeling, this is why CKD patients often rub the skin.

Damage to skin integrity in chronic kidney disease: Damage to skin integrity is a diagnosis that is a damage to the epidermis and or dermis so this condition makes the patient experience itching so that patients scratch the skin surface that causes skin damage.

Purpose: Providing nursing care in patients with chronic kidney disease who experience nursing problems damage to skin integrity in Orchid Room RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Intervention: Nursing Care VCO oil application on nursing care of patients with damage to skin integrity who have cronic kidney diseasea.

Results: Provision of VCO oil in the care of nursing patients with skin integrity damage experienced cronic kidney diseasea showed a change that is moist skin, no itching, skin is not dry.

Conclusion: Provision of VCO oil as one form of nursing intervention independently in patients with cronic kidney diseasea with nursing problems damage to skin integrity, proved effective in making the skin of the patient moist.

Keywords: Chronic Kidney Disease, Skin Integrity Degradation, VCO

¹ Student STIKES Wiyata Husada Samarinda

² Professor supervising STIKES Wiyata Husada Samarinda

³ Hospital Clinic Supervisor Abdul Wahab Sjahranie

DAFTAR ISI

	Hal
Halaman Judul.....	i
Lembar Pengesahan	ii
Lembar Keaslian Tulisan	iii
Kata Pengantar.....	iv
Abstrak	vi
Daftar Isi	viii
Daftar Tabel.....	x
Dafatr Gambar	xi
Daftar Lampiran.....	xii
 BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	2
C. Tujuan	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan Khusus	3
D. Manfaat	3
1. Manfaat Teoritis.....	3
2. Manfaat Aplikatif.....	4
3. Manfaat Bagi Penulis Lain.....	4
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep anatomi fisiologi	5
1. Kulit.....	5
2. Ginjal.....	10
B. Konsep Pruritus Pada CKD.....	10
C. Konsep Kerusakan integritas kulit	11
D. Kerusakan integritas kulit pada pasien CKD.....	12
E. Konsep Asuhan Keperawatan	12
1. Pengkajian	12
2. Diagnosa Keperawatan	17
3. Intervensi.....	18
F. Konsep Minyak VCO (Virgin Coconut Oil)	19
 BAB III KASUS KELOLAAN	
A. Pengkajian	21
B. Diagnosa.....	23
C. Implementasi.....	23
D. Evaluasi	23
 BAB IV ANALISA SITUASI	
A. Analisis Masalah Keperawatan	24
B. Analisis Intervensi Keperawatan	25
C. Alternatif Pemecahan Masalah.....	26
 BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	27
B. Saran	28

Daftar Pustaka
Lampiran



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi keperawatan 18



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Kulit.....	5
Gambar 2.2 Lapisan Kulit	6
Gambar 2.3 Fungsi Kulit	9
Gambar 2.4 Ginjal.....	10



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 *Plan Of Action* Kian Anggrek
- Lampiran 2 *PATWAY Chronic Kidney Diseasea*
- Lampiran 3 SOP Massase VCO
- Lampiran 4 Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 5 Kasus Kelolaan
- Lampiran 6 Analisa Data, Diagnosa Keperawatan, Intervensi Keperawatan
- Lampiran 7 Implementasi dan Evaluasi (6 diagnosa)
- Lampiran 8 Lembar Konsul
- Lampiran 9 Kegiatan Implementasi



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Manusia pada dasarnya menginginkan dirinya selalu dalam kondisi yang sehat, baik secara fisik maupun psikis, karena hanya dalam kondisi yang sehatlah manusia akan dapat melakukan segala sesuatu secara optimal. Tetapi kenyataannya selama rentang kehidupannya, manusia selalu dihadapkan pada permasalahan kesehatan (Hamka,2009).

Jenis penyakit yang diderita bentuknya beraneka ragam, ada yang tergolong penyakit ringan dimana dalam proses pengobatannya relatif mudah dan tidak terlalu menimbulkan tekanan psikologis pada penderita, ada juga penyakit yang berbahaya dan dapat mengganggu kondisi emosional salah satunya yaitu penyakit gagal ginjal kronik (Syamsuddin ,2009).

National Kidney Foundation (2013) menyatakan 10% populasi di seluruh dunia terkena penyakit ginjal kronis (CKD), dan jutaan lainnya meninggal setiap tahun karena mereka tidak memiliki akses terhadap pengobatan yang terjangkau (*National Kidney Foundation*, 2013). Di Indonesia, kejadian penyakit ginjal kronik sekitar 40-60 kasus (Yayasan, 2013) setiap tahunnya. Prevalensi nasional gagal ginjal kronis sebesar 0,2% (Indonesia, 2013) .

Provinsi dengan prevalensi tertinggi berada di Sulawesi Tengah (0,5%) dan ada tujuh provinsi dengan prevalensi terendah. Dan berdasarkan unit analisis individu menunjukkan bahwa secara nasional, 0,2% penduduk Indonesia menderita penyakit ginjal kronis (Kementerian Kesehatan, 2013). Register Renal Indonesia (2011), menyatakan jumlah penderita penyakit ginjal kronis di Jawa Tengah pada 2011 adalah sekitar 5.1393 kasus.

Pruritus penyakit ginjal kronis masih merupakan keluhan yang paling sering ditemukan pada pasien penyakit ginjal kronis. Keluhan pruritus yang signifikan ditemukan pada 15% - 49% pasien penyakit ginjal kronis dan 50% - 90% pada pasien dialisis (Kurban et al,2008). Beberapa penelitian sebelumnya mengungkapkan pruritus penyakit ginjal kronis dipengaruhi oleh seperti penyakit penyebab gagal ginjal, tipe dialisis, lamanya dialisis, penyakit diabetes melitus, penyakit jantung koroner, penyakit pada hepar, dan penggunaan obat rutin gagal ginjal (Metz & Stander, 2010).

Gagal ginjal kronik atau penyakit ginjal tahap akhir adalah destruksi struktur ginjal yang progresif dan terus-menerus. Fungsi ginjal yang tidak dapat pulih dimana kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan metabolik, dan cairan elektrolit mengalami kegagalan, yang menyebabkan uremia (Elizabeth, 2011).

Faktor akibat penurunan fungsi ginjal dan penimbunan sisa metabolisme protein yang disebut toksin uremik.1-4 Salah satu gejala yang disebabkan toksin uremik adalah pruritus, keadaan uremik ditandai dengan penimbunan toksin uremik yaitu berbagai substansi yang dalam keadaan normal diekskresi atau dimetabolisme oleh ginjal pruritus akan berkurang seiring dengan penurunan kadar kalsium dan magnesium (Pardede, 2010).

Kerusakan integritas kulit yang terjadi pada pasien CKD dipengaruhi oleh pruritus, kulit menjadi kering, terkelupas, hal ini yang menyebabkan pasien CKD sering menggosok bagian kulit. Kulit yang kering akan menyebabkan infeksi dan penyembuhan menjadi lambat. VCO efektif dan aman digunakan sebagai moisturizer pada kulit sehingga dapat meningkatkan hidrasi kulit, dan mempercepat penyembuhan pada kulit (Gupta, et al, 2014).

Perawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah kerusakan integritas kulit adalah dengan menjaga kelembapan pada kulit, intervensi yang dapat dilakukan dengan cara pemberian lotion, pelembab kulit, krim atau saleb dengan tidak mengandung alkohol (Lucida. H,2008).

Penggunaan minyak VCO pada kulit pasien CKD dengan masalah kerusakan integritas kulit terbukti mempercepat penyembuhan kulit, karena kandungan yang terdapat dalam VCO dapat mengembalikan fungsi kulit dan mengembalikan integritas kulit yang rusak (Wardani,2007).

Penggunaan minyak kelapa telah terbukti efektif, karena pelembab ini mengganti lipid yang hilang untuk mengembalikan semua fungsi yang penting yaitu fungsi penghalang menjaga air keluar, dan menjaga kelembaban (Lucida et al, 2008).

B. Rumusan masalah

Keluhan pruritus yang signifikan ditemukan pada 15% - 49% pasien penyakit ginjal kronis dan 50% - 90% pada pasien dialisis. Upaya dalam penanganan priuritus dilakukan sedini mungkin. Beberapa literatur menyebutkan upaya dalam penanganan adalah dengan dukungan nutrisi, dukungan permukaan

tekanan, perawatan kulit. Perawatan kulit dengan menggunakan pelembab untuk mencegah luka tekan diyakini akan mampu memberikan perlindungan terhadap kulit dari kerusakan. VCO mempunyai kemampuan antioksidan, antimikrobal, anti fungi, melindungi kulit dari bahaya radikal bebas dan degenerasi jaringan, mudah diserap kulit dan mengandung vitamin E, mampu menghasilkan emulsi yang relatif stabil dan pH mendekati nilai yang diinginkan sebagai bahan pelembab kulit. Berdasarkan masalah tersebut pada penelitian ini “Bagaimana penggunaan VCO untuk penanganan pruritus pasien *chronic kidney disease* (gagal ginjal kronik)?”

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Tujuan penulisan ini adalah untuk mengetahui penggunaan minyak VCO pada pasien *chronic kidney disease* dengan masalah kerusakan integritas kulit di ruang Anggrek RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Tujuan khusus

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan CKD dengan masalah kerusakan integritas kulit
- b. Menegakan diagnosis pada pasien dengan CKD dengan masalah kerusakan integritas kulit
- c. Menyusun intervensi pada pasien dengan CKD dengan masalah kerusakan integritas kulit
- d. Melakukan implementasi (pemberian VCO) pada pasien dengan CKD dengan masalah kerusakan integritas kulit
- e. Melaksanakan evaluasi pada pasien dengan dengan CKD dengan masalah kerusakan integritas kulit

D. Manfaat penulisan

1. Manfaat teoritis

Karya tulis ini dapat menambah perkembangan ilmu pengetahuan khususnya asuhan keperawatan pada pasien *chronic kidney disease* dengan kerusakan integritas kulit.

2. Manfaat aplikatif

Karya tulis ini diharapkan dapat bermanfaat bagi perawat sebagai pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan penanganan pruritus pasien CKD .

3. Manfaat bagi penulis lain

Karya tulis ini dapat dijadikan sebagai bahan rujukan untuk penulisan karya tulis ilmiah selanjutnya pada area keperawatan medikal bedah atau terkait dengan masalah perawatan pruritus pada pasien dengan kerusakan integritas kulit dengan *chronic kidney disease*.



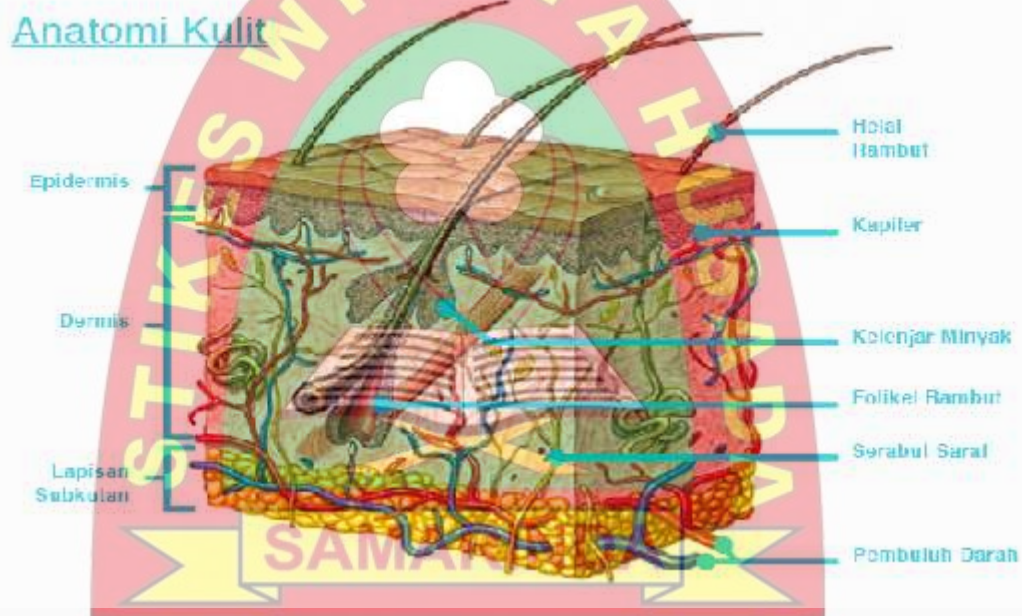
BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep anatomi fisiologi

1. Kulit

- a. Kulit adalah organ tubuh yang terletak paling luar dan membatasi dari lingkungan hidup manusia. Luas kulit orang dewasa 1,5 m² dengan berat kira-kira 15 % berat badan.
- b. Kulit yang tebal dan tegang terdapat di telapak kaki dan tangan dewasa. Kulit yang tipis terdapat pada muka, yang lembut dan leher dan badan, dan yang berambut kasar terdapat pada kepala.
- c. Kulit terdiri atas tiga lapisan pokok yaitu epidermis, dermis atau korium dan jaringan subkutan atau subkutis.

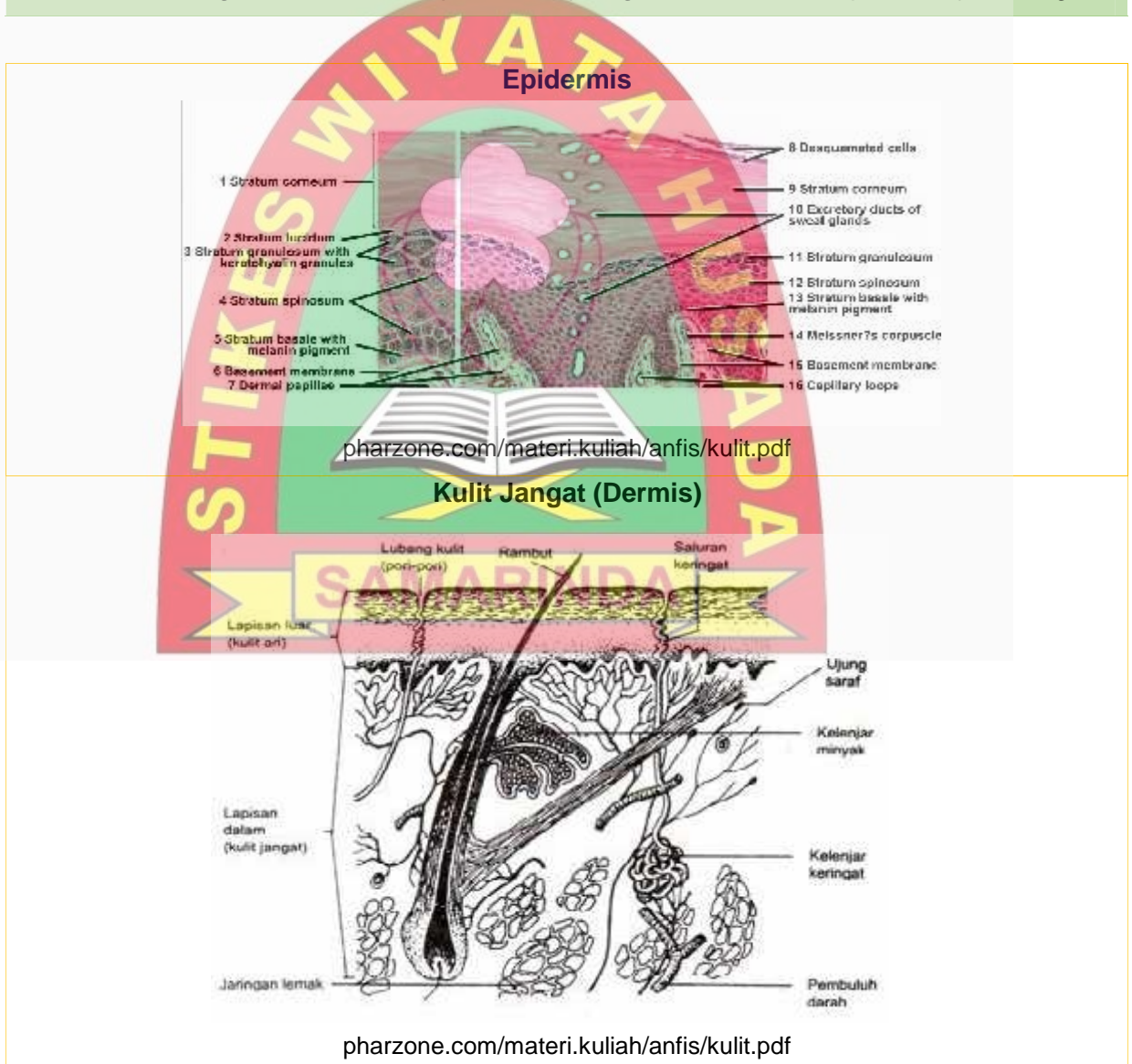


pharzone.com.materi.kuliah/anfis/kulit.pdf

Gambar 2.1 anatomi kulit

Lapisan kulit

1. Epidermis terbagi atas empat lapisan yaitu lapisan basal atau stratum germinativum, lapisan malpighi atau stratum spinosum, lapisan granular atau stratum granulosum, dan lapisan tanduk atau stratum korneum
2. Kulit jangat atau dermis menjadi tempat ujung saraf perasa, tempat keberadaan kantung rambut, kelenjar keringat, kelenjar-kelenjar palit atau kelenjar minyak, pembuluh-pembuluh darah dan getah bening, dan otot penegak rambut (muskulus arektor pili).
3. Jaringan subkutan merupakan lapisan yang langsung dibawah dermis. Batas antara jaringan subkutan dan dermis tidak tegas. Sel-sel yang terbanyak adalah liposit yang menghasilkan banyak lemak, jaringan subkutan mengandung saraf, pembuluh darah dan limfe, kantung-rambut, dan di lapisan atas jaringan subkutan terdapat kelenjar keringat.



Lapisan subkutis/hipodermis

books.google.co.id

Gambar 2.2 lapisan kulit

Lapisan epidermis

Stratum korneum (lapis tanduk)

Lapisan kulit paling luar dan terdiri atas beberapa lapis sel-sel gepeng yang mati, tidak berinti, dan protoplasmanya telah berubah menjadi keratin (zat tanduk)

Stratum lusidum

Terdapat langsung di bawah lapisan korneum, merupakan lapisan sel-sel gepeng tanpa inti dengan protoplasma yang berubah menjadi protein yang disebut eleidin. Tampak lebih jelas pada telapak tangan dan kaki.

Stratum granulosum (lapis keratohialin)

Merupakan 2 atau 3 lapis sel-sel gepeng dengan sitoplasma berbutir kasar dan terdapat inti diantaranya. Butir-butir kasar ini terdiri atas keratohialin. Mukosa biasanya tidak mempunyai lapisan ini. Stratum granulosum juga tampak jelas di telapak tangan dan kaki.

Stratum spinosum (stratum malphigi)

Terdiri atas beberapa sel yang berbentuk poligonal yang besarnya berbeda-beda karena adanya proses mitosis. Protoplasmanya jernih karena banyak mengandung glikogen, dan inti terletak di tengah-tengah. Sel-sel ini makin dekat permukaan makin gepeng bentuknya.

Stratum basale

Terdiri atas sel-sel berbentuk kubus (kolumnar) yang tersusun vertical pada perbatasan dermo-epidermal berbaris seperti pagar. Merupakan lapisan epidermis yang paling bawah. Sel-sel basal ini mengadakan mitosis dan berfungsi reduktif. Lapisan ini terdiri atas 2 jenis sel yaitu :

- Sel-sel berbentuk kolumnar dengan protoplasma basofilik inti lonjong dan besar, di hubungkan dengan jembatan antarsel
- Sel pembentuk melanin (melanosit) / clear cell berwarna muda, dengan sitoplasma basofilik dan inti gelap, dan mengandung butir pigmen (melanosomes)

Lapisan dermis

Pars papilare

Bagian yang menonjol ke epidermis, berisi ujung serabut saraf dan pembuluh darah

Pars retikuler

Bagian di bawahnya yang menonjol ke arah subkutis, bagian ini terdiri atas serabut – serabut penunjang misalnya : serabut kolagen, elastin, dan retikulin. Dasar (matriks) lapisan ini terdiri atas cairan kental asam hialuronat dan kondroitin sulfat, di bagian ini terdapat pula fibroblas.

Serabut kolagen dibentuk oleh fibroblas, membentuk ikatan (bundel) yang mengandung hidroksiprolin dan hidroksisilin. Kolagen muda bersifat lentur dengan bertambahnya umur menjadi kurang larut sehingga makin stabil. Retikulin mirip kolagen muda. Serabut elastin biasanya bergelombang, berbentuk amorf dan mudah mengembang serta lebih elastis.

Lapisan subkutis

Dermis terdiri atas jaringan ikat longgar berisi sel – sel lemak di dalamnya, sel lemak merupakan sel bulat, besar, dengan inti terdesak ke pinggir sioplasma lemak yang bertambah. Sel – sel ini membentuk kelompok yang dipisahkan satu dengan yang lain oleh trabekula yang fibrosa. Lapisan sel – sel lemak disebut panikulus adiposa, berfungsi sebagai cadangan makanan. Di lapisan – lapisan ini terdapat ujung – ujung saraf tepi, pembuluh darah dan getah bening. Tebal tipisnya jaringan lemak tidak sama, tergantung lokasinya.

Jenis kelenjar keringat

Kelenjar keringat ekrin

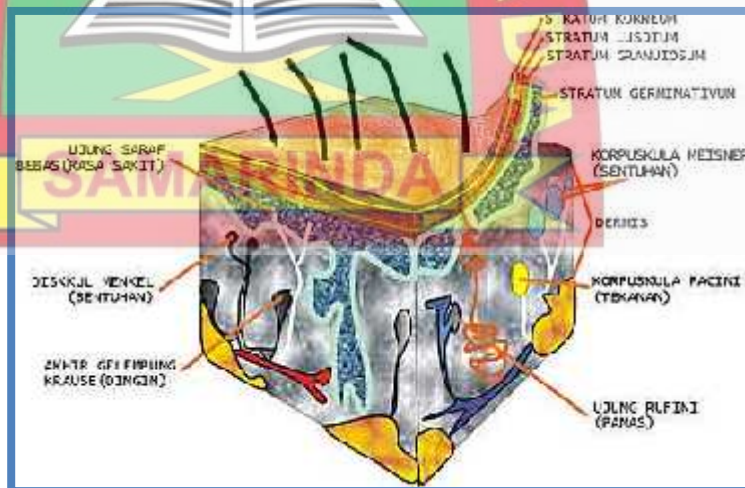
Kelenjar keringat ini mensekresi cairan jernih, yaitu keringat yang mengandung 95 – 97 persen air dan mengandung beberapa mineral, seperti garam, sodium klorida, granula minyak, glusida dan sampingan dari metabolisme seluler. kelenjar keringat ini terdapat di seluruh kulit, mulai dari telapak tangan dan telapak kaki sampai ke kulit kepala. Jumlahnya di seluruh badan sekitar dua juta dan menghasilkan 14 liter keringat dalam waktu 24 jam pada orang dewasa. Bentuk kelenjar keringat *ekrin* langsing, bergulung-gulung dan salurannya bermuara langsung pada permukaan kulit yang tidak ada rambutnya.

Kelenjar keringat apokrin

Terdapat di daerah ketiak, puting susu, pusar, daerah kelamin dan daerah sekitar dubur (*anogenital*) menghasilkan cairan yang agak kental, berwarna keputih-putihan serta berbau khas pada setiap orang. Kelenjar apokrin mulai aktif setelah usia akhir balak dan aktivitas kelenjar ini dipengaruhi oleh hormon.

Fungsi kulit

- Fungsi proteksi**
1. Gangguan fisik/ mekanis misalnya : tekanan, gesekan, tarikan
 2. Gangguan kimiawi, misalnya : zat-zat kimia terutama yang bersifat iritan. Contoh : lisol, karbol
 3. Gangguan yang bersifat panas, misalnya : radiasi, sengatan sinar ultraviolet
 4. Gangguan infeksi luar misalnya kuman/bakteri maupun jamur
- Fungsi absorpsi**
- Penyerapan dapat berlangsung melalui celah antara sel, menembus sel-sel epidermis atau melalui muara saluran kelenjar, tetapi lebih banyak yang melalui sel-sel epidermis.
- Fungsi ekskresi**
- Kelenjar-kelenjar kulit mengeluarkan zat-zat yang tidak berguna lagi/sisa metabolisme dalam tubuh berupa urea, asam urat, amonia.
- Fungsi persepsi**
- Kulit mengandung ujung-ujung saraf sensorik di dermis dan subkutis.
1. Terhadap rangsangan panas → badan-badan Ruffini di dermis dan subkutis
 2. Terhadap rangsangan dingin → badan-badan Krause di dermis
 3. Terhadap rabaan halus → badan taktil Meissner di papilla dermis
 4. Terhadap rabaan kasar → badan Merkel Ranvier di epidermis
 5. Terhadap tekanan → badan Paccini di epidermis

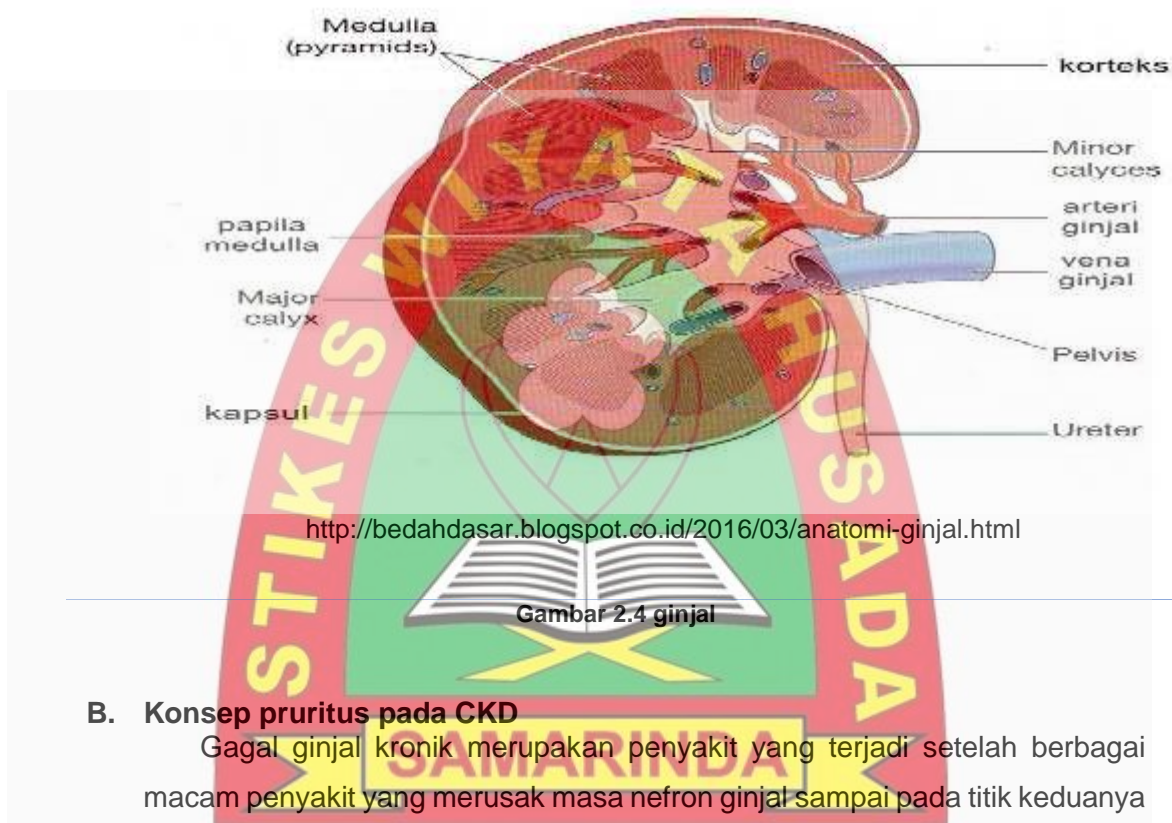


<https://books.google.co.id>

Gambar 2.3 fungsi kulit

2. Ginjal

Ginjal terbagi menjadi dua bagian yaitu bagian eksternal (korteks) dan internal (medula). Setiap nefron pada ginjal terdiri dari kapsula bowman yang mengitari glomerulus serta tubulus renal yang terbagi menjadi tiga bagian yaitu: tubulus proksimal, ansa Henle, dan tubulus distal. Tubulus distal dari setiap nefron bersatu membentuk duktus pengumpul dan berujung pada pelvis ginjal. Pelvis ginjal membentuk ureter yang bermuara ke kandung kemih sebagai tempat sementara penampungan urin. Urin mengalir hingga ke luar tubuh melalui uretra.



Gambar 2.4 ginjal

B. Konsep pruritus pada CKD

Gagal ginjal kronik merupakan penyakit yang terjadi setelah berbagai macam penyakit yang merusak masa nefron ginjal sampai pada titik keduanya tidak mampu untuk menjalankan fungsi regulatorik dan eksteriknya untuk mempertahankan homeostatis, tanda dan gejala CKD salah satunya kelainan kulit pruritus / gatal – gatal dengan ekskursi akibat toksin uremia dan pengendapan kalsium di pori-pori kulit (Lukman et al,2013).

Pruritus merupakan sensasi kulit yang tidak nyaman bersifat iritatif sampai tingkat ringan atau berat pada inflamasi kulit dan menimbulkan rangsangan untuk menggaruk. Keadaan tersebut menimbulkan gangguan rasa nyaman dan perubahan integritas kulit. Rasa gatal yang berat mengganggu penampilan pasien. Pruritus yang tidak disertai kelainan kulit disebut pruritus esensial atau pruritus sine materia. Pruritus psikologik,

merupakan respon garukan lebih kecil dari derajat gatal subyektif (Mettang , Weisshaar, 2012).

Penyebab pruritus lain termasuk di antaranya adalah hiperparatiroid sekunder, dry skin (disebabkan atrofi kelenjar keringat), hiperfosfatemia dengan meningkatnya deposit kalsium-fosfat di kulit dan peningkatan produk kalsium-fosfat, dialisis inadekuat, meningkatnya kadar β_2 -mikroglobulin, anemia (atau manifestasi defisiensi eritropoietin), neuropati perifer, kadar aluminium dan magnesium yang tinggi (Roswati, 2013).

Efek sekunder mencakup ekskorisi, kemerahan bagian kulit yang menonjol (bidur), infeksi dan perubahan pigmentasi, rasa gatal yang hebat akan mengganggu penampilan pasien, kemerahan, bidur (kulit menonjol), infeksi, dan perubahan pigmentasi (Narita, Iguchi et al, 2008). Pengobatan pruritus dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut :

- a. Mengenakan pakaian yang tidak mengiritasi kulit
- b. Menjaga higiene pribadi dan lingkungan.
- c. Mencegah komplikasi akibat garukan dengan jalan memotong kuku
- d. Mengoleskan pelembab kulit

Pengobatan pruritus dapat dilakukan dengan menggunakan salep topikal seperti capsaicin atau trakolimus. Pengobatan sistemik telah diadili dengan naltrexone, agonis reseptor, μ -opioid, dan nalfurafin, agonis reseptor k-opioid (Pardede, 2010). Selain itu, dengan menggunakan ramuan herbal dari minyak kelapa murni atau biasa disebut VCO (Virgin Coconut Oil) (Kuncoro, Maloedyn, 2009).

C. Konsep kerusakan integritas kulit

Kerusakan integritas kulit adalah kerusakan pada epidermis dan dermis (Nanda, 2015-2017). Kerusakan integritas kulit merupakan kerusakan pada epidermis dan atau dermis. Faktor yang berhubungan dengan kerusakan integritas kulit ada dua yaitu internal dan eksternal. Faktor eksternalnya seperti faktor mekanik misalnya daya gesek, tekanan, imobilisasi, sedangkan faktor internalnya seperti gangguan metabolise gangguan sirkulasi (Herdman, 2015).

Faktor yang mempengaruhi kerusakan integritas kulit adalah (Nanda,2015-2017) :

1. Eksternal : cedera kimiawi (luka bakar, kapsaisin, agens mustard), faktor mekanis (daya gesek, tekanan, mobilitas fisik), hipertermia, hipotermia, kelembapan, terapi radiasi.
2. Internal : gangguan metabolisme, gangguan pigmentasi, gangguan sensasi, gangguan sirkulasi, gangguan turgor kulit, gangguan volume cairan, imunodefisiensi, nutrisi tidak adekuat, perubahan hormon, tekanan pada tonjolan.

D. Kerusakan integritas kulit pada pasien CKD

Kerusakan integritas kulit merupakan masalah yang paling mengganggu pada pasien gagal ginjal kronik (Nahid et al,2010). Ureum yang dikenal sebagai pruritogenic factors juga akan menimbulkan gangguan pada sistem integumen berupa gatal dan penumpukan ureum pada kulit akan menyebabkan kulit menjadi kering, hal inilah yang menyebabkan terjadinya kerusakan integritas kulit pada pasien CKD (Mettang & Kremer, 2014) .

Pada dasarnya pruritus yang menyebabkan terjadinya kerusakan integritas kulit pada pasien karena adanya penumpukan ureum sehingga ureum masuk kedalam kulit, hal ini yang menyebabkan pasien mengalami gatal-gatal sehingga pasien menggaruk permukaan kulit yang menyebabkan kulit mengalami kerusakan.

E. Konsep asuhan keperawatan

1. Pengkajian

a. Pengumpulan data

Pengumpulan data yang akurat dan sistematis akan membantu dalam menentukan status kesehatan dan pola pertahanan penderita , mengidentifikasi, kekuatan dan kebutuhan penderita yang dapat diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya.

b. Anamnesis

1) Identitas penderita

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status perkawinan, suku bangsa, nomor register, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosa medis.

2) Keluhan utama

Merupakan keluhan yang paling dirasakan oleh pasien sehingga ia mencari pertolongan. Keluhan yang dirasakan biasanya bengkak pada tangan dan kaki.

3) Riwayat Penyakit Sekarang

Hal-hal yang perlu dikaji adalah mulai kapan keluhan dirasakan, lokasi keluhan, intensitas, lamanya atau frekuensi, faktor yang memperberat atau memperingan serangan, serta keluhan-keluhan lain yang menyertai dan upaya-upaya yang telah dilakukan perawat disini harus menghubungkan masalah kulit dengan gejalanya seperti: gatal, panas, mati rasa, immobilisasi, nyeri, demam, edema, dan neuropati.

4) Riwayat Personal dan Keluarga

Riwayat penyakit keluarga perlu ditanyakan karena penyembuhan luka dapat dipengaruhi oleh penyakit – penyakit yang diturunkan seperti : DM, alergi, Hipertensi, riwayat penyakit kulit dan prosedur medis yang pernah dialami klien.

5) Riwayat psikososial

Meliputi informasi mengenai prilaku, perasaan dan emosi yang dialami penderita sehubungan dengan penyakitnya serta tanggapan keluarga terhadap penyakit penderita.

6) Genogram

Genogram dapat menunjukan riwayat kesehatan keluarga, adanya faktor keturunan atau genetik sebagai faktor predisposisi penyakit yang di derita klien.

7) Pola gordon :

a) Pola persepsi management kesehatan

Menjelaskan tentang persepsi atau pandangan klien terhadap sakit yang dideritanya, tindakan atau usaha apa yang dilakukan klien sebelum datang kerumah sakit, obat apa yang telah dikonsumsi pada saat akan datang kerumah sakit.

b) Pola nutrisi dan metabolisme

Menggambarkan asupan nutrisi, keseimbangan cairan dan elektrolit, kondisi rambut, kuku dan kulit, kebiasaan makan, frekuensi makan, nafsu makan, makanan pantangan, makanan

yang disukai dan banyaknya minum yang dikaji sebelum dan sesudah masuk RS.

Gejala : peningkatan berat badan cepat (edema), penurunan berat badan (malnutrisi). Anoreksia, nyeri ulu hati, mual / muntah, rasa metalik tidak sedap pada mulut (pernafasan ammonia)

Tanda : distensi abdomen, pembesaran hati, perubahan turgor kulit, edema, ulserasi gusi, perdarahan gusi / lidah, penurunan otot, penurunan lemak subkutan, penampilan tidak bertenaga.

c) Pola eliminasi

Gejala : penurunan frekuensi urine, oliguria, anuria (gagal tahap lanjut), abdomen kembung, diare, atau konstipasi.

Tanda : perubahan warna urine, contoh kuning pekat, merah, coklat, berawan, oliguria, dapat menjadi anuria.

d) Pola aktivitas dan latihan

Kelelahan ekstrem, kelemahan, malaise. Gangguan tidur (insomnia/gelisah atau somnolen). Kelemahan otot, kehilangan tonus, penurunan rentang gerak.

Skala ketergantungan

1. Pasien mandiri
2. Pasien bergantung pada alat
3. Pasien bergantung pada orang
4. Pasien bergantung pada alat dan orang
5. Pasien total care

Aktivitas menggunakan tonus otot

1. Tidak ada kontraksi
2. Ada kontraksi tapi tidak ada pergerakan sendi
3. Ada pergerakan sendi tapi tidak bisa menahan gaya grafitasi
4. Dapat menahan gravitasi sedang
5. Dapat menahan sekuat-kuatnya gaya gravitasi
6. Pola kognitif perceptual , nafsu makan menurun.

e) Pola tidur dan istirahat

Menggambarkan penggunaan waktu istirahat atau waktu senggang, kesulitan dan hambatan dalam tidur

f) Pola persepsi dan konsep diri

Menggambarkan citra diri, identitas diri, harga diri dan ideal diri seseorang dimana perubahan yang terjadi adanya perubahan fungsi dan struktur tubuh akan menyebabkan penderita mengalami gangguan pada gambaran diri.

g) Pola seksual dan reproduksi

Menggambarkan tentang seksual klien. Dampak angiopati dapat terjadi pada sistem pembuluh darah di organ reproduksi sehingga menyebabkan gangguan potensi sek, gangguan kualitas maupun ereksi, serta memberi dampak pada proses ejakulasi serta orgasme.

h) Pola hubungan dan peran

Menggambarkan tentang hubungan klien dengan lingkungan disekitar serta hubungannya dengan keluarga dan orang lain.

i) Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

Menggambarkan kemampuan koping pasien terhadap masalah yang dialami dan dapat menimbulkan ansietas. Lamanya waktu perawatan, perjalanan penyakit yang kronik, perasaan tidak berdaya karena ketergantungan menyebabkan reaksi psikologis yang negatif berupa marah, kecemasan, mudah tersinggung dan lain – lain, dapat menyebabkan penderita tidak mampu menggunakan mekanisme koping yang konstruktif / adaptif.

j) Pola nilai dan kepercayaan

Menggambarkan sejauh mana keyakinan pasien terhadap kepercayaan yang dianut dan bagaimana dia menjalankannya. Adanya perubahan status kesehatan dan penurunan fungsi tubuh serta luka pada kaki tidak menghambat penderita dalam melaksanakan ibadah tetapi mempengaruhi pola ibadah penderita.

8) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum

Umumnya penderita datang dengan keadaan sakit dan gelisah atau cemas akibat adanya kerusakan integritas kulit yang dialami.

b) Tanda-Tanda Vital

Tekanan darah normal, nadi cepat, suhu normal dan respirasi rate meningkat.

c) Pemeriksaan Kepala Dan Leher

- Kepala dan rambut

Pemeriksaan meliputi bentuk kepala, penyebaran dan perubahan warna rambut serta pemeriksaan tentang luka. Jika ada luka pada daerah tersebut, menyebabkan timbulnya rasa nyeri dan kerusakan kulit.

- Mata

Meliputi kesimetrisan, konjungtiva, reflek pupil terhadap cahaya dan gangguan penglihatan.

- Hidung

Meliputi pemeriksaan mukosa hidung, kebersihan, tidak timbul pernafasan cuping hidung, tidak ada sekret.

- Mulut

Catat keadaan adanya bibir kering, stomatitis, kebersihan mulut.

- Telinga

Catat bentuk gangguan pendengaran karena benda asing, perdarahan dan serumen, kebersihan telinga.

- Leher

Mengetahui denyut nadi karotis, ada tidaknya pembesaran vena jugularis dan kelenjar limfe

- Pemeriksaan dada dan thorak

Inspeksi bentuk thorax dan ekspansi paru, auskultasi irama pernafasan, vokal premitus, adanya suara tambahan, bunyi jantung, dan bunyi jantung tambahan.

- Abdomen

Bentuk perut datar atau flat, bising usus, cek apakah ada masa karena konstipasi, dan perkusi abdomen hypersonor jika dispensi abdomen atau tegang.

- Urogenital

Inspeksi adanya kelainan pada penis. Biasanya klien dengan CKD terpasang kateter untuk buang air kecil.



- Muskuloskeletal
Mengetahui kekuatan otot, dan pergerakan.
- Pemeriksaan Neurologi
Tingkat kesadaran dikaji dengan sistem GCS. Nilainya bisa menurun bila terjadi nyeri hebat (syok neurogenik) dan panas atau demam tinggi, mual muntah, dan kaku kuduk.

d) Pengkajian Fisik Kulit

- Inspeksi kulit

Pengkajian kulit melibatkan seluruh area kulit termasuk membran mukosa, kulit kepala, rambut dan kuku. Tampilan kulit yang perlu dikaji yaitu warna, suhu, kelembaban, kekeringan, tekstur kulit (kasar atau halus), lesi, vaskularitas.

Yang harus diperhatikan oleh perawat yaitu :

- Warna, dipengaruhi oleh aliran darah, oksigenasi, suhu badan dan produksi pigmen.
- Edema, selama inspeksi kulit, perawat mencatat lokasi, distribusi dan warna dari daerah edema.
- Kelembaban, normalnya, kelembaban meningkat karena peningkatan aktivitas atau suhu lingkungan yang tinggi kulit kering dapat disebabkan oleh beberapa faktor, seperti lingkungan kering atau lembab yang tidak cocok, intake cairan yang inadkuat, proses menua.
- Integritas, yang harus diperhatikan yaitu lokasi, bentuk, warna, distribusi, apakah ada drainase atau infeksi.
- Kebersihan kulit

- Palpasi kulit, yang perlu diperhatikan yaitu lesi pada kulit, kelembaban, suhu, tekstur atau elastisitas, turgor kulit.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon individu, keluarga atau komunitas terhadap proses kehidupan/ masalah kesehatan. Aktual atau potensial dan kemungkinan dan membutuhkan tindakan keperawatan untuk memecahkan masalah tersebut. Adapun diagnosa keperawatan yang muncul, Kerusakan integritas kulit b/d gangguan metabolisme (peningkatan ureum).

3. Intervensi

Diagnosa	NOC	NIC
Kerusakan integritas kulit b/d gangguan metabolisme (peningkatan ureum)	<p>Integritas jaringan Kulit dan membran mukosa Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x jam tingkat integritas kulit membaik dengan indikator sebagai berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suhu kulit • Kelembapan • Elastisitas • Tekstur • Integritas kulit <p>Skala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat terganggu 2. Banyak terganggu 3. Cukup terganggu 4. Sedikit terganggu 5. Tidak terganggu <ul style="list-style-type: none"> • Lesi pada kulit • Pengelupasan kulit • Penebalan kulit • Lesi mukosa membran • Pengerasan kulit <p>Skala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat 2. Cukup berat 3. Sedang 4. Ringan 5. Tidak ada <p>Status nutrisi Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x jam status nutrisi meningkat dengan indikator sebagai berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asupan gizi • Asupan makanan • Energi • Hidrasi <p>Skala :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat menyimpang dari rentang normal 2. Banyak menyimpang dari rentang normal 3. Cukup menyimpang dari rentang normal 4. Sedikit menyimpang dari rentang normal 	<p>Manajemen pruritus</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Tentukan penyebab pruritus 2.1 Lakukan pengkajian fisik (kulit) untuk mengidentifikasi kerusakan kulit 3.1 Berikan krim, pelembab, atau losion 4.1 Instruksikan keluarga/pasien untuk tidak memakai pakaian yang ketat 5.1 Instruksikan pasien jika ingin menggosok area kulit menggosok telapak tangan jangan menggunakan kuku. 6.1 Berikan kompres dingin jika terjadi iritasi <p>Pencegahan luka tekan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Hindari kulit dari kelembaban berlebih yang berasal dari keringat, cairan luka 2.2 Ubah posisi pasien setiap 1-2 jam 2.3 Gunakan bantal untuk meninggikan area yang tertekan 2.4 Pasang pernak dari bahan yang nyaman 2.5 Berikan perlindungan pada kulit seperti krim pelembab 2.6 Lembabkan kulit yang kering atau pecah-pecah <p>Pengaturan posisi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Tempatkan pasien diatas matras / tempat tidur terapeutik. 3.2 Dorong pasien untuk terlibat dalam perubahan posisi. 3.3 Imobilisasi atau sokong bagian tubuh yang terkena dampak. 3.4 Minimalisir gesekan dan cedera ketika memposisikan dan membalikan tubuh pasien. 3.5 Balikan tubuh pasien sesuai dengan kondisi kulit. <p>Perawatan kulit : pengobatan topikal</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Jangan menggunakan kasur yang kasar. 4.2 Pakaikan pasien dengan pakaian yang longgar. 4.3 Aplikasikan pelumas untuk melembabkan area kulit. 4.4 Tahan dari penggunaan sabun alkali pada kulit. 4.5 Mobilisasi pasien setidaknya setiap 2 jam / disesuaikan dengan jadwal.

5. Tidak menyimpang dari rentang normal	4.6 Periksa kulit setiap hari bagi pasien yang berisiko mengalami kerusakan kulit. 4.7 Dokumentasikan derajat kulit. 4.8 Tambahkan kelembapan lingkungan dengan humidifier jika diperlukan.
	Manajemen nutrisi
	5.1 Tentukan status gizi pasien dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan gizi.
	5.2 Tentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi persyaratan gizi.
	5.3 Berikan pilihan makanan sambil menawarkan terhadap pilihan makanan.
	5.4 Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan (misalnya bersih, dan bebas dari bau).
	5.5 Tawarkan makanan ringan yang padat gizi.
	5.6 Monitor kalori dan asupan makanan.

Tabel 2.1 Intervensi keperawatan

F. Konsep minyak VCO (Virgin Coconut Oil)

Virgin Coconut Oil (VCO) adalah minyak yang dihasilkan dari buah kelapa segar. Yang mana dalam prosesnya memanfaatkan santan kelapa yang telah diparut kemudian diproses lebih lanjut, *Virgin Coconut Oil* (VCO) dapat dihasilkan tidak hanya menggunakan proses panas yang tinggi, Banyak alternatif lain yang dapat digunakan dalam pembuatan minyak kelapa ini. *Virgin Coconut Oil* (VCO) bermanfaat bagi kesehatan tubuh, hal ini disebabkan *Virgin Coconut Oil* (VCO) mengandung banyak asam lemak rantai menengah (*Medium Chain Fatty Acid / MCFA*).

Minyak kelapa (*Virgin Coconut Oil* (VCO)) mengandung 44– 52 % asam laurat, 5– 8 % asam oleat, 8 % asam kaproat, 4,5 – 9,5 % asam kaprat (Soekardi,2012). Minyak kelapa (*Virgin Coconut Oil* (VCO) baik untuk kesehatan kulit, karena mudah diserap kulit dan mengandung vitamin E dan bisa membantu menjaga kulit agar tetap lembut, halus, dan mengurangi risiko kanker kulit (Soekardi, 2012).

Menurut price, dikutip dari handayani (2010) *Medium faty acid* yang ada pada minyak kelapa mengandung sabun yang sama seperti pada sabun kulit,

sama lemak ilmiah yang menjadi anti mikrobal pada kulit dan melindungi kulit dari infeksi. Minyak kelapa (*Virgin Coconut Oil*) mengandung asam lemak jenuh rantai sedang yang mudah masuk ke lapisan kulit dalam dan mempertahankan kelenturan serta kekenyalan kulit.

Minyak kelapa (*Virgin Coconut Oil*) mengandung asam lemak jenuh rantai sedang yang mudah masuk ke lapisan kulit dalam dan mempertahankan kelenturan serta kekenyalan kulit. VCO juga memiliki kandungan vitamin E yang tinggi. Jenis vitamin lain yang terkandung dalam vco adalah vitamin K. kedua jenis vitamin ini sama-sama memiliki sifat sebagai zat anti oksidan yang sangat baik dalam proses regenerasi sel tubuh, terutama sel-sel kulit. Vitamin E dan K dapat menjaga kelembaban dan kesegaran kulit. Asam laurat dan asam kaprat yang terkandung di dalam minyak kelapa VCO mampu membunuh virus (Purwanto, 2013).

VCO mengandung pelembab alamiah dan membantu menjaga kelembaban kulit serta baik digunakan untuk kulit yang kering, kasar dan bersisik. VCO mengandung asam lemak jenuh rantai sedang yang mudah masuk ke lapisan kulit dalam dan mempertahankan kelenturan serta kekenyalan kulit. Kulit yang kering akan menyebabkan infeksi dan penyembuhan menjadi lambat. VCO efektif dan aman digunakan sebagai moisturizer pada kulit sehingga dapat meningkatkan hidrasi kulit, dan mempercepat penyembuhan pada kulit (Gupta, et al, 2014).

Virgin Coconut Oil dapat diberikan sebagai bahan topikal yang berfungsi menjadi pelembab untuk mencegah kulit kering dan sebagai bahan topikal untuk meminimalkan paparan keringat berlebihan, urine atau feses karena sifatnya sebagai minyak yang tidak dapat bercampur dengan air. Virgin Coconut Oil juga memberikan nutrisi melalui proses penyerapan oleh kulit an sebagai pelumas untuk mengurangi efek gesekan, gatal.

BAB III KASUS KELOLAAN

A. Pengkajian

Ny.s berumur 67 tahun, janda, sudah tidak bekerja, pasien beragama islam, pendidikan terakhir SMP. Pasien berasal dari suku jawa, saat ini pasien tinggal bersama anak perempuannya di Jl.Revolusi. Pasien dirawat di Rumah Sakit sejak tanggal 22 November 2017 sampai dengan sekarang, dengan keluhan utama luka dibagian punggung yang mengeluarkan nanah.

Keluarga mengatakan pasien di bawa ke Rs dikarenakan luka dibagian punggung, sesak nafas dan bagian tangan dan kaki pasien bengkak. Keluarga mengatakan pasien sempat dirawat di SMC sekitar 1 bulan yang lalu selama di rawat tidak ada tindak lanjut maka keluarga membawa pulang pasien. Selama dirumah keluarga mengatakan kondisi pasien semakin lemah luka di punggung tidak sembuh dan bagian tangan dan kaki bengkak. Pasien memiliki riwayat hipertensi dan DM.

Pasien mengatakan dirinya tidak dapat melakukan aktivitas dalam beberapa bulan terakhir, sebelum sakit pasien mengatakan masih dapat melakukan aktivitas sehari-hari, selama dirumah pasien dibantu oleh anaknya dalam melakukan aktivitasnya, dan selama sakit pasien mengatakan jarang keluar rumah.

Pasien mengatakan takut jika dilakukan cuci darah maka dari itu tidak mau untuk di bawa ke RS pasien mengatakan trauma dengan tindakan operasi. Pasien mengatakan takut jika membebani anak-anaknya dengan kondisinya sekarang, pasien mengatakan sudah pasrah dengan keadaanya sekarang. Pada saat pengkajian awal, pasien selalu mengeluh tentang sakitnya yang tidak kunjung sembuh, dan sekarang kondisi tubuhnya yang semakin lemah, pasien mengatakan ingin segera pulang ke rumah.

Pada pengkajian pasien mengeluhkan gatal-gatal terdapat bekas garukan rasa gatal menjalar sampai keseluruhan tubuh terdapat kemerahan pada kulit, terdapat bintik-bintik hitam pada kulit, kulit kering, nyeri kepala, pinggang dan kaki, mengeluh sesak, mual, tidak nafsu makan, susah tidur. Keluarga mengatakan pasien saat di rumah sakit susah makan hanya makan 2-5 sendok saja, berbeda saat di rumah keluarga mengatakan pasien nafsu makannya baik makan 3x/h. Untuk cairan keluarga mengatakan dirumah minum kurang lebih 3-6 gelas, di rumah sakit pasien diberikan batasan untuk minum hanya

minum satu gelas air mineral/ h. Pasien mengatakan sudah sekitar 4 hari belum BAB, saat dirumah BAB 2-3x/h, buang air kecil saat di rumah \pm 2-6x/h tetapi sedikit, saat di RS menggunakan kateter 700cc.

Pasien tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri untuk makan/minum, mandi, toileting, berpakaian, mobilitas ditempat tidur, berpindah, ambulansi/ rom pasien dibantu oleh keluarga. Saat di rumah keluarga mengatakan pasien susah tidur karena pasien sering mengeluh sakit di bagian kaki dan tangan, gatal-gatal, sesak. Saat di RS keluarga dan pasien mengatakan susah tidur malam sering terbangun pada malam hari, mampu tidur nyenyak saat jam 05.00-08.00 pagi.

Hubungan pasien dengan anaknya sangat dekat, pasien selalu menceritakan masalahnya pada anaknya, komunikasi dengan keluarga baik, pasien mengatakan jarang untuk keluar rumah semenjak dirinya sakit jarang untuk berinteraksi dengan tetangga di sekitar rumah. Perubahan terbesar dalam hidup pada akhir-akhir ini pasien mengatakan kondisinya sekarang semakin lebah pasien tidak mampu melakukan aktivitas lagi hanya mampu berbaring ditempat tidur.

Pemeriksaan TTV, TD : 120/80mm/H P : 24x/m N: 98x/m S : 36,80c BB/TB : 45kg/150cm gula :113. Keluarga mengatakan penglihatan pasien sudah mulai berkurang pasien tidak menggunakan alat bantu melihat (kaca mata), pasien masih mendengar jelas pasien tidak menggunakan alat bantu, pasien masih mampu untuk merasakan asam-manis-pahit, pasien mampu merasakan sentuhan, sensasi panas dan dingin. Bunyi nafas tidak terdengar jelas, pasien mengeluh sesak, frekuensi nafas 24x/m, penggunaan otot bantu nafas (perut). Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sekitar 3 tahun yang lalu, memiliki riwayat jantung, tidak ada demam rematik. Kulit pasien kering, terkelupas, terdapat bintik-bintik hitam di kulit, turgor kulit tidak elastis, terdapat abses di bagian punggung. Pergerakan pasien terbatas karena hanya mampu beraktivitas ditempat tidur, nyeri pada bagian tangan dan kaki yang skala nyeri 5-6.

B. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang diambil adalah kerusakan integritas kulit. Berdasarkan pengkajian pasien mengeluhkan gatal-gatal, sering menggaruk kulitnya. Pasien mengatakan hanya mampu miring-miring dan berada ditempat tidur. Terdapat bintik-bintik hitam, terdapat bekas garukan pada kulit, turgor kulit tidak elastis, kulit terkelupas atau bersisik.

C. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan diberikan selama 6 hari, tindakan keperawatan yang dilakukan antara lain, membina hubungan saling percaya, melakukan perawatan kulit dengan pemberian minyak VCO, sebelum melakukan tindakan menjelaskan kepada pasien mengenai manfaat minyak VCO untuk memberi kelembapan bagi kulit. Melakukan dokumentasi sebelum dan sesudah intervensi. Pemberian VCO dilakukan 1 hari 2 kali pemberian. Minyak VCO diberikan pada area kulit yang kering sambil dilakukan pemijatan, menyarankan pasien agar tidak menggaruk kulit, jika terasa gatal cukup dengan memberikan minyak VCO, mengajarkan kepada keluarga dalam pemberian VCO agar kulit pasien menjadi lembab dan tidak terkelupas. Menyarankan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar, mengubah posisi setiap 1-2 jam, dan jangan menggaruk area kulit yang gatal.

D. Evaluasi tindakan keperawatan

Evaluasi dari intervensi keperawatan yang sudah dilakukan terhadap klien merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Komponen evaluasi yang didokumentasi adalah respon verbal klien dan hasil dari observasi yang didokumentasi adalah hasil respon verbal klien dan hasil observasi klien dari hasil implementasi yang telah dilakukan.

Setelah dilakukan implementasi penggunaan minyak VCO selama 6 hari pasien merasa tidak ada rasa gatal, sudah tidak menggaruk-garuk kulitnya lagi, tidak terdapat bekas garukan, integritas kulit membaik, kulit tidak kering, pengelupasan pada kulit berkurang, turgor kulit tidak elastis, tidak ada penebalan kulit, suhu kulit tidak terganggu, tidak ada lesi pada kulit, tidak ada penebalan kulit, kulit pasien menjadi lembab, Ny. S sekarang merasa lebih nyaman rasa gatal pada kulit sudah berkurang.

BAB IV ANALISA SITUASI

A. Analisis masalah keperawatan

Pasien kelolaan merupakan individu dewasa akhir dengan umur 67 tahun dan berjenis kelamin perempuan. Pasien merupakan seorang janda, beragama islam, sudah tidak bekerja, pendidikan terakhir SMP. Saat ini pasien tinggal bersama anak perempuan terakhirnya. Pasien memiliki riwayat DM dan hipertensi sudah sekitar 8 tahun. Pasien sempat di rawat dirumah sakit lain sekitar 1 minggu setelah itu pasien pulang, saat dirumah kondisi pasien semakin lemah tubuh pasien menjadi bekap, susah untuk beraktivitas.

Menurut Surharyanto (2009), faktor yang menyebabkan terjadinya gagal ginjal kronik yaitu penyakit hipertensi dan penyakit metabolik diabetes melitus. Hal tersebut tergambar dalam keadaan Ny.S dimana pasien memiliki riwayat HT dan DM dari ibunya, terlebih lagi gaya hidup Ny.S yang dulu suka mengkonsumsi makanan daging dan makanan yang manis-manis, dan juga pasien rutin minum obat HT dan DM.

Pasien mengatakan selama di rawat pasien mengeluhkan sesak nafas, gatal-gatal pada kulit, susah makan, nyeri pada kepala dan kaki. Pasien susah untuk melakukan aktivitas dikarenakan kondisinya yang lemah dan susah bergerak. Tanda dan gejala dari CKD salah satunya adalah gatal (pruritus) yang disebabkan oleh gangguan metabolisme pada fosfor dan kalsium, magnesium dalam serum meningkat sehingga terjadi uremia yang menyebabkan terjadinya pruritus, hal ini yang menyebabkan terjadinya kerusakan integritas kulit (Wardani, 2007). Pruritis yang dirasakan pasien disebabkan oleh kulit yang kering, terjadinya penumpukan ureum pada kulit, dialisis yang adekuat (Mirza dkk, 2012).

Terjadinya kerusakan integritas pada kulit ini yang menimbulkan ketidaknyamanan pada pasien hal ini juga dapat menimbulkan goresan, jika terlalu lama dibiarkan goresan akan menjadi luka yang dapat merusak kulit. Masalah kerusakan integritas kulit pada pruritus dapat diobati dengan memberikan pelembab kulit (Sagita, 2007).

B. Analisis intervensi keperawatan (Pemberian VCO pada pasien dengan masalah keperawatan kerusakan integritas kulit)

Pruritus adalah sensasi kulit yang iritatif dan ditandai oleh rasa gatal, serta menimbulkan rangsangan untuk menggaruk. Salah satu penyebab pruritus adalah gangguan ginjal seperti gagal ginjal kronik, hal ini disebabkan karena terjadinya penumpukan ureum pada kulit pasien, terjadi perubahan integritas pada kulit akibat dari pasien yang sering menggaruk, timbul kemerahan pada kulit.

Salah satu intervensi yang sudah dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan kerusakan integritas kulit dengan pemberian VCO. Minyak kelapa (*Virgin Coconut Oil*) mengandung asam lemak jenuh rantai sedang yang mudah masuk ke lapisan kulit dalam dan mempertahankan kelenturan serta kekenyalan kulit. Asam laurat dan asam kaprat yang terkandung di dalam minyak kelapa VCO mampu membunuh virus (Purwanto,2013).

Virgin Coconut Oil (VCO) merupakan minyak kelapa yang dihasilkan dari proses pengolahan daging buah kelapa tanpa melakukan pemanasan, atau melalui pemanasan dengan suhu rendah sehingga menghasilkan minyak dengan warna yang jernih, tidak berbau tengik dan terbebas dari radikal bebas akibat pemanasan.

Penggunaan minyak kelapa telah terbukti efektif karena pelembab ini mengganti lipid yang hilang untuk mengembalikan semua fungsi yang penting yaitu fungsi penghalang menjaga air keluar, dan menjaga kelembaban (Lucida et al, 2008).

Intervensi keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan masalah kerusakan integritas kulit yaitu dengan pemberian VCO yang dilakukan selama 6 hari dengan pemberian 2 kali dalam satu hari. Pada pertemuan pertama terlebih dahulu melakukan hubungan saling percaya dengan komunikasi terapeutik. Komunikasi terapeutik yang dilakukan adalah dengan cara mendengarkan semua keluhan yang dirasakan pasien, bersikap empati, memberikan semangat dengan memberikan dukungan kepada pasien dan meyakinkan bahwa pasien yang sembuh.

Intervensi yang dilakukan hari kedua terjadi perumahan pada kulit pasien meskipun belum signifikan, luka bekas garukan mulai berkurang, gatal-gatal yang dirasakan sudah mulai berkurang. Pada pertemuan ketiga kondisi kulit mulai lembab, masih terlihat bekas garukan, rasa gatal mulai berkurang.

Pada pertemuan keempat rasa gatal pada tubuh mulai berkurang, pasien tidur dengan nyaman tanpa merasa gatal, kulit lembab, tidak terdapat bekas garukan pada kulit, keluarga memberikan VCO jika pasien mengeluh gatal-gatal. Pada pertemuan kelima dan keenam kondisi kulit membaik, kulit menjadi lembab, tidak ada keluhan gatal-gatal, tidak ada bekas garukan, integritas kulit tidak terganggu, sudah tidak ada kulit yang terkelupas.

Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Melastuti (2016) efektivitas pemberian VCO terhadap pengurangan pruritus dengan penyakit CKD, mengungkapkan bahwa VCO itu mempunyai kemampuan antioksidan, antimikrobia, anti fungi, melindungi kulit dari bahaya radikal bebas dan degenerasi jaringan, mudah diserap kulit dan mengandung vitamin E, mampu menghasilkan emulsi yang relatif stabil dan pH mendekati nilai yang diinginkan sebagai bahan pelembab kulit. VCO efektif dalam mengurangi pruritus pada pasien dengan penyakit chronickidney. Pemberian VCO yang lebih efektif diberikan dalam waktu 3-4 minggu.

C. Alternatif pemecahan masalah

Pengetahuan keluarga dan pasien yang sedikit tentang perawatan pada rasa gatal yang dapat menimbulkan masalah kerusakan integritas kulit, dapat diatasi dengan melatih atau meningkatkan pengetahuan dalam menjaga kulit agar lembab, dengan memberikan minyak pada kulit pasien. Selain itu dapat dilakukan dengan cara menjaga asupan makanan pada pasien memenuhi kebutuhan nutrisi untuk menjaga kulit pada pasien, asupan nutrisi yang kurang dapat menurunkan integritas kulit pada pasien. Peran keluarga sangat penting dalam penyembuhan pasien, jika kondisi kulit tidak dijaga kelembapannya maka akan menimbulkan efek luka tekan, apalagi dengan kondisi pasien yang hanya melakukan aktivitas ditempat tidur, pengaturan posisi juga penting dalam menjaga integritas kulit.

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan

Masalah keperawatan kasus kelolaan utama (Ny.S) adalah kerusakan integritas kulit fokus pembahasan analisis kasus adalah pada masalah keperawatan integritas kulit dengan implementasi penggunaan VCO untuk penanganan pruritus pasien cronic kidney diseasea .

Pemberian minyak VCO dapat diterapkan sebagai salah satu bentuk intervensi keperawatan pada pasien dengan *chronic kidney diseasea* dengan masalah keperawatan kerusakan integritas kulit. Pemberian minyak VCO efektif dalam pengembalian integritas kulit didukung juga dari beberapa penelitian terkait. Minyak VCO mengandung zat yang dapat memulihkan integritas kulit atau sebagai pelembab kulit.

Evaluasi dari implementasi yang dilakukan selama 6 hari pada Ny.S efektif dalam pengembalian integritas kulit, kondisi kulit membaik, kulit menjadi lembab, tidak ada keluhan gatal-gatal, pasien merasa nyaman, tidak ada bekas garukan, integritas kulit tidak terganggu, sudah tidak ada kulit yang terkelupas.

B. Saran

1. Bagi keilmuan

Dapat digunakan sebagai referensi dan pengetahuan yang mampu dikembangkan untuk memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dengan kerusakan integritas kulit yang lebih berkualitas dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan. Salah satunya teknik pemberian VCO untuk mengatasi masalah kerusakan integritas kulit pada pasien dengan *chronic kidney diseasea*.

2. Bagi pelayanan

Diharapkan Rumah Sakit mampu memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif melalui terapi nonfarmakologi dengan pemberian VCO untuk mengatasi masalah kerusakan integritas kulit pada pasien dengan *chronic kidney diseasea*.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Karya ilmiah akhir ners ini diharapkan dapat menjadi acuan untuk melakukan penelitian lebih lanjut tentang asuhan keperawatan dengan masalah integritas kulit dengan penggunaan VCO selain untuk mengatasi pruritus pada pasien CKD. Misalnya untuk mengatasi atau mencegah dekubitus.



DAFTAR PUSTAKA

- Brunner & Suddarth. (2007) *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8. Jakarta: EGC.
- Corwin., Elizabeth. J. (2011) *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta: EGC.
- Depkes RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Badan Penelitian dan pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Hamka. (2009). *Gambaran Mekanisme Koping pada Pasien Hemodialisis*.
- Handayani.R.S. (2013). *Efektivitas Penggunaan Virginia Coconat Oil dengan Massase untuk Pencegahan Luka Tekan Grade I pada Pasien Berisiko Mengalami Luka Tekan di RSUD Dr. Abdoel Moelek Provensi Lampung*.
- Herman.T.H., Kamitsuru.S. (2015-2017). *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi*. Edisi 10. Jakarta: EGC.
- Kuncoro, J., dan Maloedyn. (2009). *Eliminate Disesae With VCO*. Jakarta: Agromedia Pustaka.
- Lukman. et al. (2013). *Hubungan Tindakan Hemodialisa dengan Tingkat Depresi Kliien Penyakit Ginjal Kronik di BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. Ejournal Keperawatan (e-Kp)*.
- Lucida. H., et all. (2008). *Kinetika Permeasi Klotrimazol Dari Matriks Basis Krim Yang Mengandung Virgin Coconut Oil (VCO)*.
- Mettang. T., Weisshaar. E. (2012). *Pruritus: Control of Itch in Patients Undergoing Dialysis, SkinThearpyLetterR, Last modifi*.
- Melastuti.E. at all. (2016) *Effectiveness of providing virgin coconut oil (vco) towards pruritus reduction: study on patients with chronic kidney diseases undergoing hemodialysis*.
- Mettang.T., Kremer.AE. (2014). *Uremic pruritus. Kidney International*, 87: 585-591.
- Mirza.R. et all.(2013). *Dermatologi Manifestations in chronic rena failune Patients on Hemodialysis*.
- Moorhead.S., Johnson.M., et al. (2016). *Nursing Interventions Classification and Nursing Outcomes Classification*. Edisi ke 5.
- Narita.I. et all. (2008). *Uremic Pruritus in Chronic Hemodialysis Patients*.
- National Kidney Foundation. (2013). *Coping with the Five Side Effects of Dialysis*.
- National Kidney Foundation.(2013). *Global Facts: About Kidney Disesae*.
- Nahid.Sh.,et al.(2010). *Effect of Aromatherapy on Pruritis Relief in Hemodialysis Patients*. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research.
- Pardede.O., Sundung.(2010). *Pruritus uremik*. Sari Pediatri. Jakarta : Departement Of Pediatric, Faculty Of Medicine. Indonesian University.
- Roswati.E. (2013). *Pruritus pada Pasien Hemodialisa*.

Sagita., Catharina.(2007). *Effect doxepin hydrochloride cream 5 % and clobetasol propionate 0.05 % against pruritus and Urtica induced histamine* . Periodic journal Health Clinic . FK Gajah Mada University.

Suharyanto. A. M.(2009). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta: Trans Info Medika.

Siswono. (2006). *Manfaat minyak kelapa murni (VCO) untuk kesehatan*.

Soekardi.Y.(2012). *Pemanfaatan dan Pengolahan Kelapa Menjadi Berbagai Bahan Makanan dan Obat Berbagai Penyakit*. Bandung:Yrama Widya.

Tokala, B.F, Kandou, L.F, & Dundu, A.E. (2015) *Hubungan Antara Lamanya Menjalani Hemodialisis dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien dengan Penyakit Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr.R.D.Kandou Medan*.

Wardani.I.E. (2007). *Based VCO Quality Test Production Method Of Fishing Without Stirring Process and Process Stirring With Fishing*. Fakultas MIPA : Universitas Negeri Semarang.



LAMPIRAN

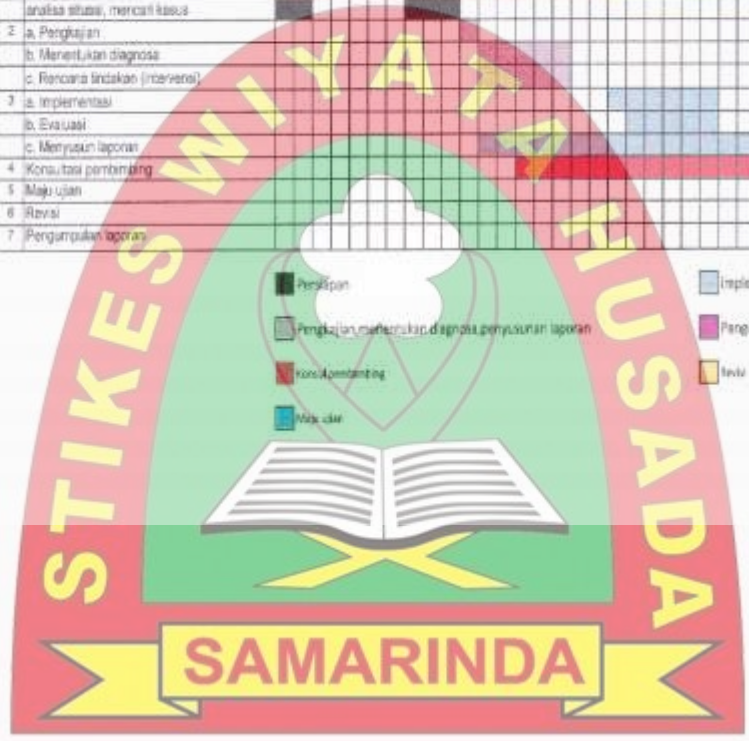


Lampiran 1

PLAN OF ACTION KIAN ANGGREK
 PROFESI NERS STIKES WIYATA HUSADA SAMARINDA

Nama : Lenmy Maulinda
 NIM : #1605238

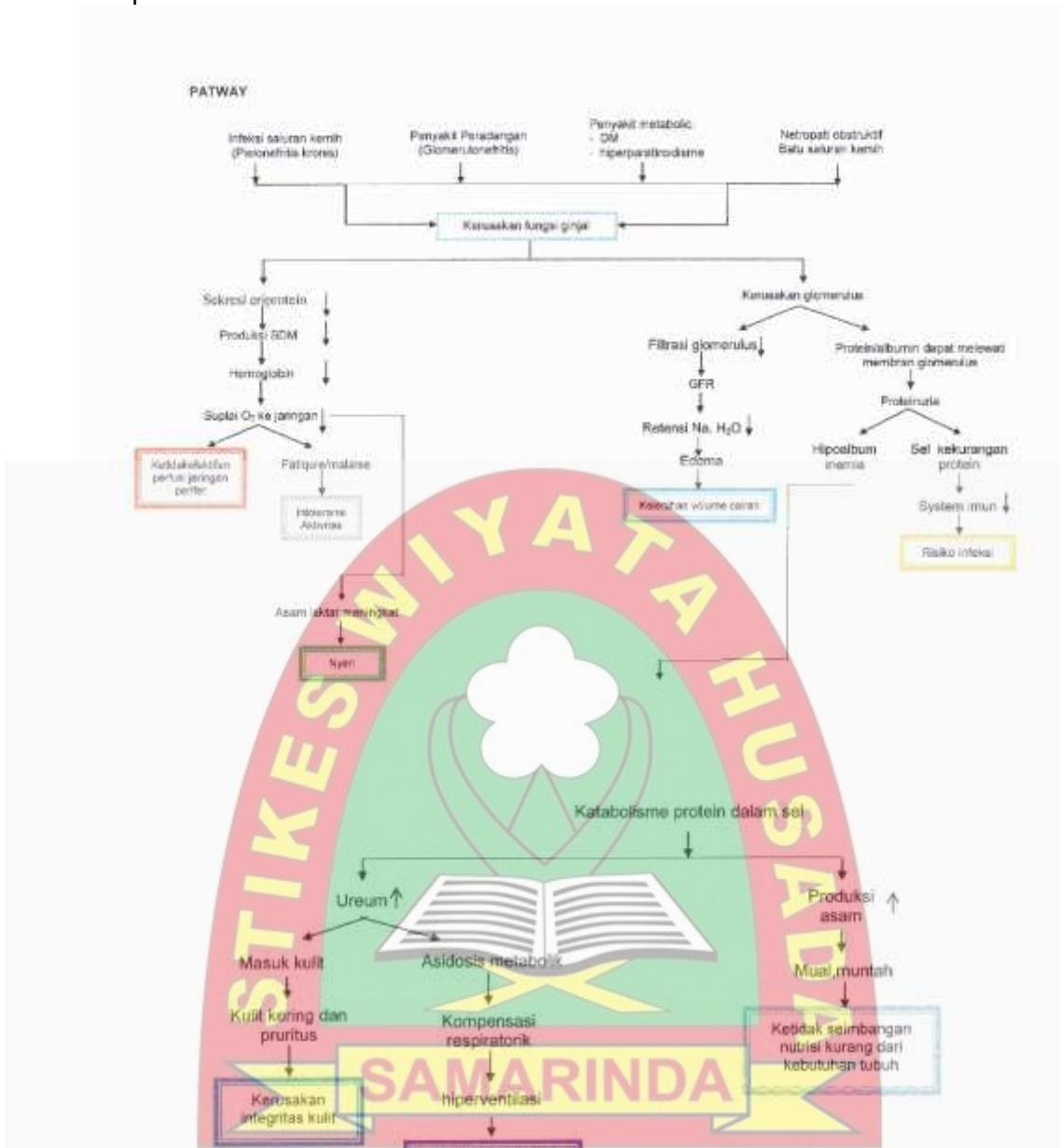
No	Kegiatan	Minggu I	Minggu II	Minggu III	Minggu ke IV	Minggu Ke V
1	Persiapan analisa situasi, mencari kasus	12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20	21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17		
2	a. Pengajian b. Menentukan diagnosa c. Rencanakan tindakan (intervensi)					
3	a. Implementasi b. Evaluasi c. Menyusun laporan					
4	Konultasi pembimbing					
5	Maju ujian					
6	Revisi					
7	Pengumpulan laporan					



- Persiapan
- Pengajian, analisis, kap, diagnosa, penyusunan laporan
- Konsultasi pembimbing
- Mula ulat
- Implementasi, evaluasi, penyusunan laporan
- Pengumpulan laporan
- Revisi

LIBUR

Lampiran 2



SOP PEMBERIAN VCO

A. Cara Masase

Massase dikombinasikan dengan *Virgin Coconut Oil* dapat meningkatkan sirkulasi aliran darah. Massase yang kuat dan didaerah tonjolan tulang perlu dihindari sedangkan massase secara ringan dibagian lain diperbolehkan. Penggunaan VCO dengan massase tidak hanya meningkatkan relaksasi otot, meningkatkan sirkulasi, tetapi juga dapat meningkatkan absorpsi kandungan biologis VCO melalui kulit. Molekul *medium chain fatty acids* (MCFA) yang kecil mudah diabsorpsi oleh permukaan kulit. Efek pelumas yang dimiliki oleh VCO akan menghindarkan kulit yang di massase dari cedera gesekan akibat massase (Handayani, 2010).

B. Tujuan

1. Meningkatkan sirkulasi pada daerah yang dimasase.
2. Meningkatkan relaksasi.
3. Mengembalikan elastisitas kulit dengan cepat dan efektif

C. Alat dan Bahan

1. Minyak untuk masase
2. Handuk

D. Prosedur Kerja

1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.
2. Cuci tangan.
3. Lakukan massase dengan menggunakan telapak tangan dan jari dengan tekanan halus 4-5 menit

Dengan cara :

- Tuangkan VCO secukupnya ditelapak tangan
- Gosok-gosok ke-2 telapak tangan untuk meratakannya

- Lalu, dimassasekan (*Backrub*) ke punggung pasien dengan teknik *efflurage* Secara ringan dan lambat.
- Teknik masase dengan gerakan tangan selang-seling (tekanan pendek, cepat, dan bergantian tangan) dengan menggunakan telapak tangan dan jari dengan memberikan tekanan ringan.



- Teknik remasan (mengusap otot bahu



- Teknik tekanan menyikat dengan menggunakan ujung jari, digunakan pada akhir masase daerah pinggang.



5. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan.
6. Catat tindakan dan respon pasien terhadap tindakan.

Daftar Pustaka

Ellis, J.R., & Bentz, P.M. (2007). *Module For Basic Nursing Skills* (7th Ed., Vol. 1). Philadelphia Williams & Wilkins.

Hidayat, A. Aziz Alimul & Uliyah, Musrifatul. 2006. *Buku Saku Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: EGC.



Lampiran 4

Lembar Persetujuan Responden

Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti, maka saya selaku pasien bersedia berpartisipasi sebagai responden penelitian yang berjudul "Penggunaan minyak VCO pada pruritus dengan pasien yang mengalami CKD (gagal ginjal)" Oleh :

Nama : Lenny Maulinda
NIM : P1805238
Asal Peneliti : STIKES Wiyata Husada Samarinda
Jurusan : Program Studi Profesi Ners. Ilmu Keperawatan

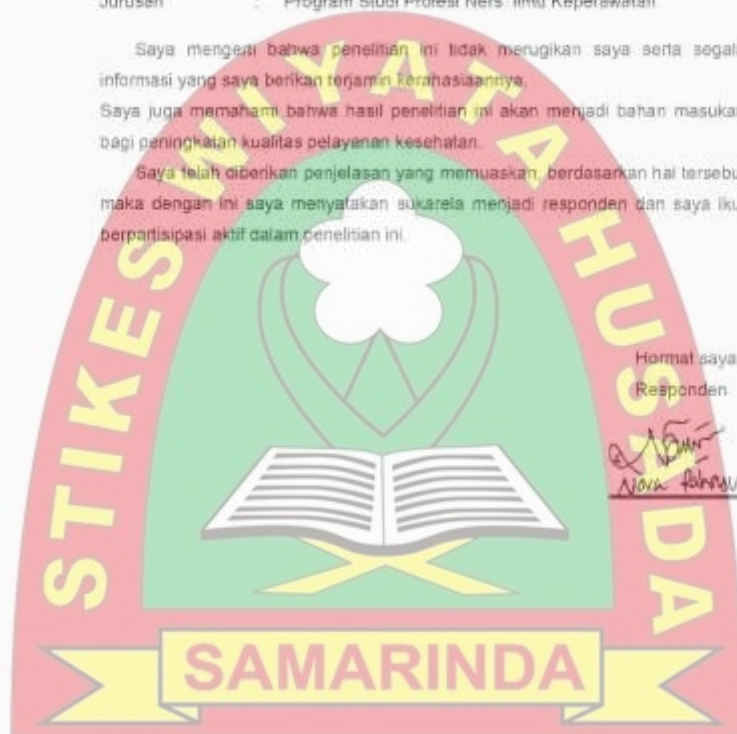
Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak merugikan saya serta segala informasi yang saya berikan terjaga kerahasiaannya.

Saya juga memahami bahwa hasil penelitian ini akan menjadi bahan masukan bagi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan.

Saya telah diberikan penjelasan yang memuaskan, berdasarkan hal tersebut maka dengan ini saya menyatakan sukarela menjadi responden dan saya ikut berpartisipasi aktif dalam penelitian ini.

Hormat saya
Responden


Nena Fenny



KASUS KELOLAAN

E. Pengkajian

1. Identitas diri klien

Nama : Ny.S
Umur : 67 tahun
Jenis kelamin : perempuan
Alamat : Jl.Revolusi
Status perkawinan : janda
Agama : islam
Suku : jawa
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : sudah tidak bekerja
Lama bekerja : -
Tanggal masuk RS : 22 November 2017
Tanggal pengkajian : 23 November 2017
Sumber informasi : pasien, keluarga, dan RM

2. Riwayat penyakit

a. Keluhan utama saat masuk RS

Keluarga mengatakan pasien dibawa ke RS karena luka di punggung

b. Riwayat penyakit sekarang

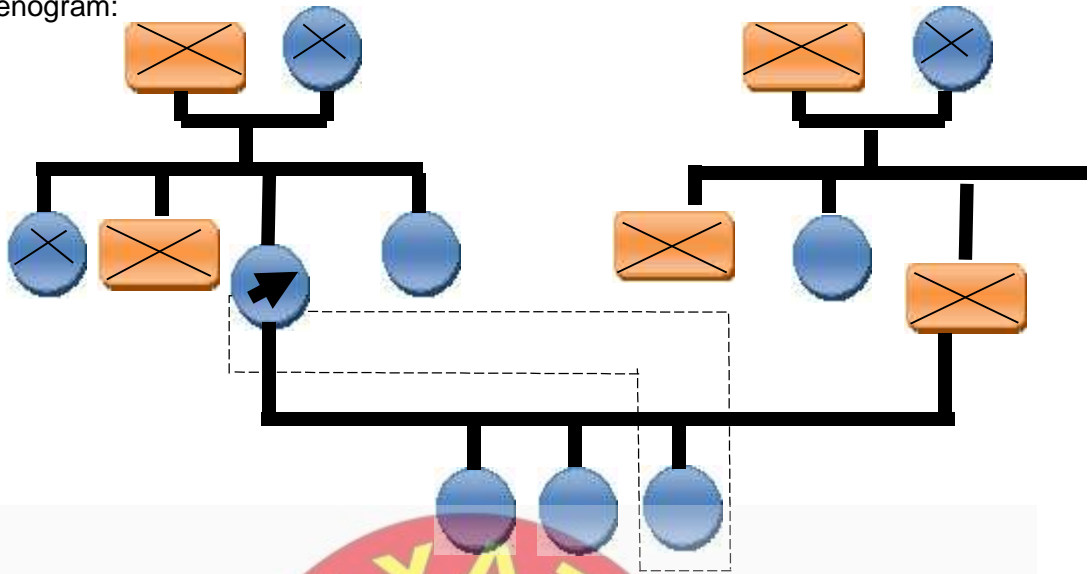
Keluarga mengatakan pasien di bawa ke Rs dikarenakan luka dibagian punggung, sesak nafas dan bagian tangan dan kaki pasien bengkak.

Keluarga mengatakan pasien sempat dirawat di SMC sekitar 1 bulan yang lalu selama di rawat tidak ada tindak lanjut maka keluarga membawa pulang pasien. Selama dirumah keluarga mengatakan kondisi pasien semakin leambah luka di punggung tidak sembuh dan bagian tangan dan kaki bengkak.

c. Riwayat penyakit dahulu

Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi, DM

Genogram:



Keterangan:



: Laki-laki



: Perempuan



: Tinggal Serumah



: Pasien



: Meninggal



: Hubungan

d. Diagnosa medik pada saat MRS, pemeriksaan penunjang dan tindakan yang telah dilakukan

- Dm+acute on ckd
- Hasil lab tanggal 22 november 2017

	Hasil	Batas normal
Leukosit	21.56	4.80-10.80/mm ³
Eritrosit	3.29	4.20-5.40/mm ³
HB	9.8	12.0-16.0/gr/dl
Hematokrit	30.3	37.0-54.0/%
Trombosit	220	150-450/mm ³

Kimia klinik		
Glukosa	273	70-140/mg/dl
Ureum	151.8	16.6-48.5/mg/dl
Creatinin	4.9	0.5-1.0/mg/dl
Elektrolite		
Natrium	135	135-155
Kalium	4.2	3.6-5.5
Chloride	104	98-108

3. Pengkajian saat ini (mulai hari pertama saudara merawat klien)

- a. Persepsi dan pemeriksaan kesehatan
 Pengetahuan tentang penyakit / perawatan
 Keluarga mengatakan mengetahui kalau pasien mengalami gagal ginjal.
 Keluarga mengatakan perawatan dirumah hanya menjaga makanan dan kontor gula saja

- b. Pola nutrisi / metabolik

Program diit RS

RPRG 1.700 kalori

Intake makanan

- Di rumah pasien makan 3 kali/h dengan porsi sedang
- Di rumah sakit pasien hanya mau makan 2-5 sendok saja

Intake cairan

- Dirumah minum kurang lebih 3-6 gelas
- Di rumah sakit pasien diberikan batasan untuk minum hanya minum satu gelas air mineral perhari.

- c. Pola eliminasi

1) Buang air besar

Saat di rumah : BAB 2-3x/h

Saat di RS : sekitar 4 hari tidak bisa BAB

2) Buang air kecil

Saat di rumah : ±2-6x/h

Saat di RS : menggunakan kateter 400cc

d. Pola aktifitas dan latihan

Kemampuan perawatan diri 0 1 2 3 4

Makan/minum

Mandi

Toileting

Berpakaian

Mobilitas ditempat tidur

Berpindah

Ambulasi/ Rom

0 : mandiri, 1 : alatbantu, 2 : dibantu orang lain, 3 : dibantu orang lain dan alat, 4 : tergantung total.

Oksigen :

Menggunakan oksigen nasal kanul 3-4 lpm

e. Pola tidur dan istirahat

(lama tidur, gangguan tidur, perawatan saat bangun tidur)

- Saat di rumah keluarga mengatakan pasien susah tidur karena pasien sering mengeluh sakit di bagian kaki dan tangan, gatal-gatal, sesak
- Saat di RS keluarga dan pasien mengatakan susah tidur malam sering terbangun pada malam hari, mampu tidur nyenyak saat jam 05.00-08.00 pagi

f. Pola persepsi

(penglihatan, pendengaran, pengecap, sensasi)

Keluarga mengatakan penglihatan pasien sudah mulai berkurang pasien tidak menggunakan alat bantu melihat (kaca mata), pasien masih mendengar jelas pasien tidak menggunakan alat bantu, pasien masih mampu untuk merasakan asam-manis-pahit, pasien mampu merasakan sentuhan, sensasi panas dan dingin.

g. Pola persepsi diri

(pandangan klien tentang sakitnya, kecemasan, konsep diri)

Pasien merasa cemas dengan kondisinya sekarang, pasien takut jika tidak sembuh. Pasien mengatakan takut jika cuci darah dan pasien mengatakan takut jika membebani anak-anaknya dengan kondisinya sekarang.

- h. Pola seksualitas dan reproduksi
(fertilitis, libido, menstruasi, kontrasepsi,dll)
Pasien tidak menggunakan kontrasepsi, pasien mengatakan pertama kali menstruasi usia 10 tahun
- i. Pola peran hubungan
(komunikasi, hubungan dengan orang lain, kemampuan keluarga)
Pasien lebih dekat dengan anak terakhirnya, komunikasi dengan keluarga baik, pasien menggunakan BPJS.
- j. Pola manajemen coping-stress
(perubahan terbesar dalam hidup pada akhir-akhir ini)
Pasien mengatakan kondisinya sekarang semakin lebah pasien tidak mampu melakukan aktivitas lagi hanya mampu berbaring ditempat tidur.
- k. Sistem nilai dan keyakinan
(pandangan klien tentang agama, kegiatan keagamaan, dll)
Pasien beragama islam sebelum sakit pasien sering solat berjamaah di mesjid dekat rumah.

4. Pemeriksaan fisik

(cephalocaudal) yang meliputi : palpasi perkusi dan auskultasi keluhan yang dirasakan saat ini.

TD : 120/80mm/H P : 24x/m N: 98x/m S : 36,8^oc

BB/TB :45kg/155cm gula :113

a. Kepala

Kepala simentris, kulit kepala kering, rambut berwarna putih, tidak ada benjolan, sebaran rambut tidak merata.

b. Mata dan telinga (penglihatan dan pendengaran)

1) Penglihatan

Penglihatan pasien sudah mulai berkurang pasien tidak menggunakan alat bantu melihat (kaca mata), sclera tidak ikterik, tidak ada nyeri, kornea jernih, tidak menggunakan alat bantu kaca mata.

2) Pendengaran

Pasien masih mendengar jelas pasien tidak menggunakan alat bantu.

c. Hidung

Hidung klien normal, simetris, tidak ada secret.

d. Mulut/Gigi/Lidah

Mukosa bibir kering, lidah sedikit kotor, tidak ada stomatitis, gigi sudah jarang-jarang

e. Leher

Tidak terdapat benjolan pada leher, ada reflek menelan

f. Respiratori

Inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada benjolan, menggunakan otot bantu pernafasan perut, tidak ada batuk

g. Kardiovaskuler

Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sekitar 3 tahun yang lalu, memiliki riwayat jantung, tidak ada demam rematik. Bunyi jantung S1 dan S2, irama teratur, frekuensi nadi 98x/menit, klien tidak mengalami nyeri dada, ada pusing, CRT < 2 detik, ada edem bagian tangan dan kaki

h. Neurologis

Klien mengatakan tidak ada pernah pingsan, tidak ada keluhan pusing, ada keluhan nyeri kepala.

GCS : E4 V5 M6

Pupil : Isokor

Reflek Cahaya : positif

Sinistra : + cepat

Dextra : + cepat

Bicara : Normal

Komunikatif pasien normal, Koordinasi ekstremitas normal.

i. Intergumen

Kulit pasien kering, terkelupas, terdapat bintik-bintik hitam di kulit, turgor kulit tidak elastis, terdapat abses di bagian punggung.

j. Abdomem

Tidak ada nyeri tekan, bising usus 8x/menit, tidak ada asites.

k. Muskuloskeletal

Pergerakan pasien terbatas karena hanya mampu beraktivitas ditempat tidur, nyeri pada bagian tangan dan kaki yang skala nyeri 6-7, nyeri jika terjadi penekanan. (penilaian nyeri SOCRATES)

I. Seksualitas

Pasien sudah tidak aktif melakukan hubungan seksual

5. Program terapi

Injeksi :

- a. Ceftriaxone 2x1 gr
- b. Santagesik 3x 1 ampl (2 ml)
- c. Metronidazole 3x500mg

Syringpum :

Furosemid 10 ampl dengan kecepatan 1,0 cc/jam

6. Hasil pemeriksaan penunjang dan laboratorium (dimulai saat anda mengambil sebagai kasus kelolaan, cantumkan tanggal pemeriksaa, dan kesimpulan hasilnya)

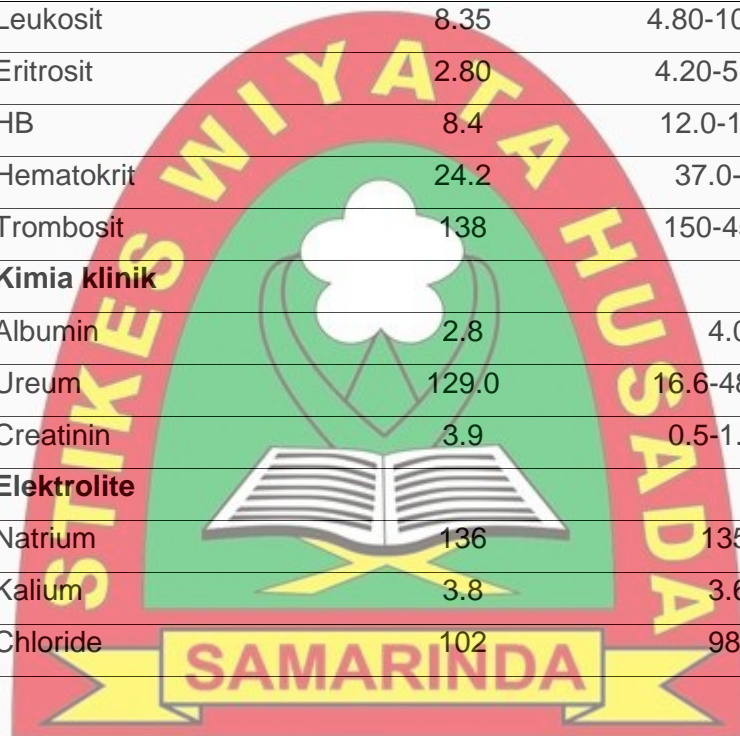
24 november 2017	Hasil	Batas normal
Glukosa puasa	50	70-100/mg/dl
Glukosa 2 jam pp	75	70-150/mg/dl
Albumin	2.5	3.2-4.8
Cholestrol	189	<200

27 november 2017	Hasil	Batasan normal
Natrium	131	135-155
Kalium	4.6	3.6-5.5
Chloride	105	98-108
Ureum	192.7	19.3-49.2/mg/dl
Creatinin	5.1	0.5-1.1/mg/dl

28 november 2017	Hasil	Batasan normal
Leukosit	13.82	4.80-10.80/mm ³
Eritrosit	3.40	4.20-5.40/mm ³
HB	10.3	12.0-16.0/gr/dl
Hematokrit	29.4	37.0-54.0/%
Trombosit	170	150-450/mm ³

Kimia klinik		
Albumin	2.2	4.0-4.9
Ureum	169.6	16.6-48.5/mg/dl
Creatinin	4.6	0.5-1.0/mg/dl
Elektrolite		
Natrium	134	135-155
Kalium	4.2	3.6-5.5
Chloride	105	98-108

1 desember 2017	Hasil	Batasan normal
Leukosit	8.35	4.80-10.80/mm ³
Eritrosit	2.80	4.20-5.40/mm ³
HB	8.4	12.0-16.0/gr/dl
Hematokrit	24.2	37.0-54.0/%
Trombosit	138	150-450/mm ³
Kimia klinik		
Albumin	2.8	4.0-4.9
Ureum	129.0	16.6-48.5/mg/dl
Creatinin	3.9	0.5-1.0/mg/dl
Elektrolite		
Natrium	136	135-155
Kalium	3.8	3.6-5.5
Chloride	102	98-108



Lampiran 6

B. Analisa data

NO	SYMPTOM	Etiologi	PROBLEM
1	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan nyeri dibagian kepala,tangan dan kaki Pasien mengatakan kepala,tangan dan kaki terasa nyeri, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri menjalar bawah dan atas, apabila nyeri klien tidak bisa tidur, hal yang menyebabkan nyeri saat mengubah posisi , skala nyeri 6-7 <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> Saat berpindah posisi pasien berhati-hati Ekspresi pasien meringis Pasie mengeluh nyeri pada kepala tangan dan kaki 	Penyakit metabolik	Nyeri b.d penyakit metabolik
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Paisen mengatakan sesak nafas <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien menggunakan oksigen nasal kanul 3-4 lpm Saturasi oksigen 98 RR 24 x/m Nadi 98x/m Td 120/90mmhg Paisen terlihat gelisah 	<p>Ureum ↑</p> <p>↓</p> <p>Asidosis metabolik</p> <p>↓</p> <p>Hiperventilasi</p>	<p>Ketidakefektifan pola nafas</p> <p>b.d hiperventilasi</p>
3	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan hanya mampu miring-miring dan berada ditempat tidur Pasien mengatakan badannya terasa gatal-gatal Keluarga mengatakan pasien sering menggaruk <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Terdapat bintik-bintik hitam pada kulit Turgor kulit > 2 detik 	<p>Ureum meningkat</p> <p>↓</p> <p>Masuk ke kulit</p> <p>↓</p> <p>Kulit kering dan pruritus</p>	<p>Kerusakan integritas kulit b.d gangguan metabolisme (peningkatan ureum)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Kulit tidak elastis • Terdapat bekas garukan pada kulit • Kulit kering, terkelupas atau seperti sisik 		
4	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan badannya terasa bengkak susah digerakan <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edem pada tangan dan kaki • Pasien dibatasi asupan cairan • Turgor kulit > 2 detik • HB : 9.8 • Hematokrit : 30.3 • Bb sebelum sakit 45 kg , saat sakit 65 kg • Pasien merasa sesak nafas • Produksi urine dari jam 06.00 pagi-07.00 malam 400 cc 	<p>Filtrasi glomerulus ↓</p> <p>↓</p> <p>Retensi natrium ↓</p> <p>↓</p> <p>Edema</p>	Kelebihan volume cairan b.d gangguan mekanisme regulasi
5	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mengatakan pasien sedikit sudah untuk di ubah posisinya • Pasien mengatakan sakit kalau badannya berpindah-pindah posisi <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lemah • Selalu berbaring ditempat tidur • Keterbatasan rentang gerak • Pasien tidak mampu berjalan/ melakukan aktivitas 	<p>Suplai O₂ menurun ↓</p> <p>↓</p> <p>Fatigue / malaise</p>	Intoleransi aktivitas b.d kelemahan, anemia, imobilitas.
6	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mengatakan pasien saat di rumah sakit susah makan hanya makan 2-5 sendok saja, berbeda saat di rumah keluarga mengatakan pasien nafsu makannya baik makan 3x/h 	<p>Produksi as.lambung ↑</p> <p>↓</p> <p>Mual ,muntah</p>	Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidakmampuan makan

- Pasien mengatakan merasa mual dan mau muntah jika makan

DO :

- Pasien terlihat lemas
- Pasien tidak menghabiskan makanannya
- Pasien merasa mual dan mau muntah

C. Diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas

1. Ketidakefektifan pola nafas b.d hiperventilasi
2. Kerusakan integritas kulit b.d gangguan metabolisme (peningkatan ureum)
3. Nyeri akut b.d
4. Kelebihan volume cairan b.d gangguan mekanisme regulasi
5. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidakmampuan makan
6. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan, anemia, imobilitas.

D. Intervensi keperawatan

NO DX	NOC	Indikator	NIC
1	Ketidaefektifan pola nafas b.d hiperventilasi	<p>Status pernafasan: ventilasi</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama..... jam pasien akan menunjukan status pernafasan dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi pernafasan • Irama pernafasan • Irama reguler/teratur • Penggunaan otot bantu nafas • Retraksi dinding dada 	<p>Monitor pernafasan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas. 2.1 Monitor suara nafas tambahan seperti ngorok atau mengi. 3.1 Mencatat pergerakan dada, catat ketidaksimetrisan, penggunaan otot-otot bantu nafas, dan retraksi pada otot 4.1 Monitor pola nafas. 5.1 Pasang sensor pemantauan oksigen non-infasif dengan mengatur alarm pada pasien yang beresiko tinggi sesuai dengan prosedur tetap yang ada.

- Dispnea saat istirahat

6.1 Monitor keluhan sesak nafas pasien, termasuk kegiatan yang meningkatkan atau memperburuk sesak nafas tersebut.

Terapi Oksigen

7.1 Pertahankan kepatenan jalan nafas

8.1 Siapkan peralatan oksigen dan berikan melalui sistem humidifier

9.1 Berikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan.

10.1 Monitor aliran oksigen.

11.1 Monitor peralatan oksigen untuk memastikan bahwa alat tersebut tidak mengganggu upaya pasien untuk bernafas

12.1 Konsultasi dengan tenaga kesehatan lain mengenai penggunaan oksigen selama kegiatan dan/tidur.

Pengaturan posisi

13.1 Tempatkan pasien di atas matras tempat tidur terapeutik.

14.1 Dorong pasien untuk terlibat dalam perubahan posisi.

15.1 Monitor status oksigenasi pasien

16.1 Posisikan pasien untuk memfasilitasi ventilasi/perfusi.

17.1 Tinggikan anggota badan yang terkena dampak setinggi 20 derajat atau lebih, lebih tinggi dari jantung, untuk meningkatkan aliran balik vena.

2 Kerusakan integritas kulit b.d gangguan metabolisme (peningkatan ureum)

Integritas jaringan : kulit dan membran mukosa

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam tingkat integritas kulit membaik dengan indikator sebagai berikut :

1. Integritas kulit tidak terganggu: 5
2. Kelembapan kulit tidak terganggu: 5
3. Lesi pada kulit dalam rentang ringan : 4
4. Pengelupasan kulit dalam rentangan ringan :4

Manajemen pruritus

2.1 Tentukan penyebab pruritus

2.2 Lakukan pengkajian fisik (kulit) untuk mengidentifikasi kerusakan kulit

2.3 Berikan krim, pelembab, atau losion

2.4 Instruksikan keluarga/pasien untuk tidak memakai pakaian yang ketat

2.5 Instruksikan pasien jika ingin menggosok area kulit menggunakan telapak tangan jangan menggunakan kuku.

2.6 Berikan kompres dingin jika terjadi iritasi

Pencegahan luka tekan

			<p>2.7 Hidari kulit dari kelembaban berlebih yang berasal dari keringat, cairan luka</p> <p>2.8 Ubah posisi pasien setiap 1-2 jam</p> <p>2.9 Gunakan bantal untuk meninggikan area yang tertekan</p> <p>2.10 Pasang pernak dari bahan yang nyaman</p> <p>2.11 Berikan perlindungan pada kulit seperti krim pelembab</p> <p>2.12 Lembabkan kulit yang kering atau pecah-pecah</p>
3	Nyeri akut b.d	<p>Kontrol nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam nyeri dapat terkontrol dengan indikator sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengenal faktor-faktor penyebab, sering menunjukkan :4 2. Mengenal onset nyeri,sering menunjukkan : 4 3. Tindakan pertolongan non farmakologi , sering menunjukkan : 4 4. Menggunakan analgetik yang direkomendasikan, secara konsisten menunjukkan : 5 5. Melaporkan gejala-gejala nyeri kepada tim kesehatan, sering menunjukkan : 4 	<p>Manajemen nyeri:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus 3.2 Monitor respon ketidaknyamanan secara verbal dan non verbal. 3.3 Ajarkan penggunaan teknik relaksasi sebelum atau sesudah nyeri berlangsung . 3.4 Tingkatkan istirahat yang adekuat untuk meringankan nyeri. 3.5 Kolaborasi dengan tim kesehatan lain untuk memilih tindakan selain obat untuk meringankan nyeri.
4	Kelebihan volume cairan b.d gangguan mekanisme regulasi	<p>Keseimbangan cairan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam keseimbangan cairan dapat teratasi dengan indikator sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah, agak terganggu : 4 2. Denyut nadi radial, tidak terganggu : 5 3. Keseimbangan intake dan output dalam 24 jam, tidak terganggu : 5 	<p>Manajemen cairan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat) 4.2 Monitor tanda vital 4.3 Kaji daerah edema jika ada 4.4 Monitor hasil lab yang sesuai dengan retensi cairan (BUN , Hmt , osmolalitas urin) 4.5 Kaji lokasi dan luas edema <p>Monitoring cairan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.6 Monitor intake/output cairan

		4. Turgor kulit, tidak terganggu : 5	4.7 Monitor serum albumin dan protein total
		5. Kelembaban membran mukosa , tidak terganggu : 5	4.8 Monitor turgor kulit dan adanya kehausan
			4.9 Monitor warna, kualitas urine
5	Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidakmampuan makan	Status nutrisi Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam pasien dapat memperlihatkan peningkatan makan dengan indikator sebagai berikut : 1. Asupan gizi, Sedikit menyimpang dari normal : 4 2. Asupan makanan, Sedikit menyimpang dari normal : 4 3. Asupan cairan, Tidak menyimpang dari normal : 5 4. Energi, Sedikit menyimpang dari normal : 4	Monitoring Nutrisi 5.1 Monitor adanya penurunan berat badan 5.2 Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan 5.3 Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi 5.4 Monitor turgor kulit 5.5 Monitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah 5.6 Monitor mual dan muntah 5.7 Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht 5.8 Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva 5.9 Monitor kalori dan intake nutrisi 5.10 Catat adanya edema
6	Intoleransi aktivitas b.d kelemahan, anemia, imobilitas.	Toleransi terhadap aktivitas Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam intoleransi aktivitas dapat teratasi dengan indikator sebagai berikut : 1. Frekuensi nadi ketika beraktivitas, sedikit terganggu : 4 2. Frekuensi pernapasan ketika beraktivitas, sedikit terganggu : 4 3. Tekanan darah ketika beraktivitas, tidak terganggu : 5 4. Warna kulit, sedikit terganggu : 4 5. Kemudahan dalam melakukan aktivitas hidup harian, tidak terganggu : 5	Toleransi aktivitas 61. Tentukan penyebab intoleransi aktivitas & tentukan apakah penyebab dari fisik, psikis/motivasi 62. Peningkatan aktivitas secara bertahap, biarkan klien berpartisipasi dapat perubahan posisi, berpindah&perawatan diri 63. Pastikan klien mengubah posisi secara bertahap. 64. Lakukan latihan ROM jika klien tidak dapat menoleransi aktivitas

Lampiran 7

E. Implementasi keperawatan

Hari / tanggal	Dx	Implementasi	Evaluasi
Jum'at 1 Desember 2017	1	<p>Monitor pernafasan</p> <p>18.1 Memonitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas. Ep : pasien mengeluh sesak, RR 24x/m,</p> <p>19.1 Monitor suara nafas tambahan seperti ngorok atau mengi. Ep : tidak terdengar jelas</p> <p>20.1 Mencatat pergerakan dada, catat ketidaksimetrisan, penggunaan otot-otot bantu nafas, dan retraksi pada otot Ep : terdapat otot bantu pernafasan, terdapat retraksi dinsip dada</p> <p>21.1 Monitor pola nafas. Ep : pola nafas cepat</p> <p>22.1 Memasang sensor pemantauan oksigen non-invasif dengan mengatur alarm pada pasien yang beresiko tinggi sesuai dengan prosedur tetap yang ada. Ep : spo2 97%</p> <p>Terapi Oksigen</p> <p>8.1 Siapkan peralatan oksigen dan berikan melalui sistem humidifier Ep : pasien terpasang oksigen</p> <p>9.1 Memberikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan. Ep : pasien menggunakan nasal kanul 3-4 lpm</p> <p>Pengaturan posisi</p> <p>16.1 Memposisikan pasien untuk memfilitasi ventilasi/perfusi.</p>	<p>S : pasien mengatakan sesak mulai berkurang, pasien mengatakan nyaman jika menggunakan oksigen.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien terpasang oksigen nasal kanul 4 lpm • RR 24x/m, spo2 99% • Terdapat retraksi dinsip dada <p>A : Keefektifan pola nafas mengalami peningkatan, sesuai dengan respon pasien menyatakan meningkatnya rasa nyaman setelah diberi terapi oksigen. Namun masih perlu intervensi lanjutan karena masih ada masalah yang belum teratasi ditandai dengan pasien masih mengeluh sesak.</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>1.1 Memonitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas.</p> <p>2.1 Memonitor suara nafas tambahan seperti ngorok atau mengi.</p> <p>3.1 Mencatat pergerakan dada, catat ketidaksimetrisan, penggunaan otot-otot bantu nafas, dan retraksi pada otot</p> <p>4.1 Memonitor r pola nafas.</p> <p>9.1 Memberikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan.</p> <p>16.1 Memposisikan pasien untuk memfilitasi ventilasi/perfusi.</p>

	<p>Ep : memposisikan pasien dengan nyaman pada posisi duduk atau semi fowler dari pada posisi berbaring.</p> <p>17.1 Tinggikan anggota badan yang terkena dampak setinggi 20 derajat atau lebih, lebih tinggi dari jantung, untuk meningkatkan aliran balik vena.</p> <p>Ep : Pasien mengatakan mengerti penggunaan alat pengatur posisi tempat tidur</p>	
Sabtu, 2 Desember 2017	<p>Monitor pernafasan</p> <p>1.1 Memonitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas. Ep : pasien masih mengeluh sesak, irama nafas tidak teratur</p> <p>2.1 Memonitor suara nafas tambahan seperti ngorok atau mengi. Ep : tidak terdengar jelas suara nafas tambahan</p> <p>3.1 Mencatat pergerakan dada, catat ketidaksimetrisan, penggunaan otot-otot bantu nafas, dan retraksi pada otot Ep : terdapat otot bantu pernafasan, terdapat retraksi dinging dada</p> <p>4.1 Memonitor pola nafas Ep : pola nafas cepat 25x/m</p> <p>Terapi Oksigen</p> <p>9.1 Memberikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan. Ep : pasien menggunakan NRM dengan 6-7 lpm</p> <p>Pengaturan posisi</p> <p>16.1 Memposisikan pasien untuk memfatilitasi ventilasi/perfusi. Ep : memposisikan pasien dengan nyaman pada posisi duduk atau semi fowler dari pada posisi berbaring.</p>	<p>S : pasien mengatakan sesak muncul kembali, pasien mengatakan nyaman jika menggunakan oksigen.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien terpasang oksigen NRM 6-7 lpm • RR 25x/m, spo2 98% • Terdapat retraksi dinging dada • Penggunaan otot bantu nafas <p>A : Keefektifan pola nafas belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>1.1 Memonitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas.</p> <p>2.1 Memonitor suara nafas tambahan seperti ngorok atau mengi.</p> <p>3.1 Mencatat pergerakan dada, catat ketidaksimetrisan, penggunaan otot-otot bantu nafas, dan retraksi pada otot</p> <p>4.1 Memonitor r pola nafas.</p> <p>9.1 Memberikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan.</p> <p>16.1 Memposisikan pasien untuk memfatilitasi ventilasi/perfusi</p>
Minggu, 3 Desember 2017	<p>Monitor pernafasan</p> <p>1.1 Memonitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas.</p>	<p>S : pasien mengatakan sesak mulai berkurang, pasien mengatakan nyaman jika menggunakan oksigen.</p> <p>O :</p>

	<p>Ep : pasien mengatakan masih terasa sesak</p> <p>2.1 Memonitor suara nafas tambahan seperti ngorok atau mengi. Ep : tidak terdegar jelas suara nafas tambahan</p> <p>3.1 Mencatat pergerakan dada, catat ketidak simetrisan, penggunaan otot-otot bantu nafas, dan retraksi pada otot Ep : pergerakan dinding dada tidak simetris, ada penggunaan otot bantu pernafasan</p> <p>4.1 Memonitor pola nafas. Ep : pola nafas cepat</p> <p>9.1 Memberikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan. Ep : pasien menggunakan nasal kanul 4 lpm</p> <p>16.1 Memposisikan pasien untuk memfasilitasi ventilasi/perfusi. Ep : memposisikan pasien dengan nyaman pada posisi duduk atau semi fowler dari pada posisi berbaring.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien terpasang oksigen nasal kanul 4 lpm • RR 23x/m, spo2 99% • Terdapat retraksi dinding dada • Terpasang O₂ kanul 4 lpm <p>A : Keefektifan pola nafas belum teratasi ditandai dengan pasien masih mengeluh sesak. P : lanjutkan intervensi</p> <p>1.1 Memonitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas.</p> <p>2.1 Memonitor suara nafas tambahan seperti ngorok atau mengi.</p> <p>3.1 Mencatat pergerakan dada, catat ketidaksimetrisan, penggunaan otot-otot bantu nafas, dan retraksi pada otot</p> <p>4.1 Memonitor r pola nafas.</p> <p>9.1 Memberikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan.</p> <p>16.1 Memposisikan pasien untuk memfasilitasi ventilasi/perfusi</p>
<p>Senin, 4 Desember 2017</p>	<p>1.1 Memonitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas. Ep : pasien mengatakan masih terasa sesak</p> <p>2.1 Memonitor suara nafas tambahan seperti ngorok atau mengi. Ep : tidak terdegar jelas suara nafas tambahan</p> <p>3.1 Mencatat pergerakan dada, catat ketidak simetrisan, penggunaan otot-otot bantu nafas, dan retraksi pada otot Ep : pergerakan dinding dada tidak simetris, ada penggunaan otot bantu pernafasan</p> <p>4.1 Memonitor pola nafas. Ep : pola nafas cepat</p> <p>9.1 Berikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan. Ep : pasien menggunakan nasal kanul 4 lpm</p> <p>16.1 Memposisikan pasien untuk memfasilitasi ventilasi/perfusi. Ep : memposisikan pasien dengan nyaman pada posisi duduk atau semi fowler dari pada posisi berbaring.</p>	<p>S : pasien mengatakan sesak mulai berkurang, pasien mengatakan nyaman jika menggunakan oksigen.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien terpasang oksigen nasal kanul 4 lpm • RR 23x/m, spo2 99% • Terdapat retraksi dinding dada • Terpasang O₂ kanul 3 lpm <p>A : Keefektifan pola nafas belum teratasi ditandai dengan pasien masih mengeluh sesak. P : lanjutkan intervensi</p> <p>1.1 Memonitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas.</p> <p>3.1 Mencatat pergerakan dada, catat ketidaksimetrisan, penggunaan otot-otot bantu nafas, dan retraksi pada otot</p> <p>4.1 Memonitor r pola nafas.</p>

<p>Selasa, 5 Desember 2017</p>	<p>1.1 Memonitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas. Ep : pasien mengatakan masih terasa sesak</p> <p>3.1 Mencatat pergerakan dada, catat ketidak simetrisan, penggunaan otot-otot bantu nafas, dan retraksi pada otot Ep : ada penggunaan otot bantu pernafasan</p> <p>4.1 Memonitor pola nafas. Ep : pola nafas teratur</p> <p>9.1 Memberikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan. Ep : pasien tidak menggunakan oksigen</p> <p>16.1 Memposisikan pasien untuk memfilitasi ventilasi/perfusi. Ep : memposisikan pasien dengan nyaman pada posisi duduk atau semi fowler dari pada posisi berbaring.</p>	<p>9.1 Memberikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan. 16.1 Memposisikan pasien untuk memfilitasi ventilasi/perfusi</p> <p>S : pasien mengatakan sesak mulai berkurang, pasien tidak menggunakan oksigen, pasien mengatakan hanya jika sesak menggunakan oksigen</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien sudah tidak terpasang oksigen • RR 20x/m • Terdapat retraksi dinging dada <p>A : Keefektifan pola nafas belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>1.1 Memonitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas.</p> <p>3.1 Mencatat pergerakan dada, catat ketidaksimetrisan, penggunaan otot-otot bantu nafas, dan retraksi pada otot</p> <p>4.1 Memonitor pola nafas.</p> <p>9.1 Memberikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan. 16.1 Memposisikan pasien untuk memfilitasi ventilasi/perfusi</p>
<p>Rabu, 6 Desember 2017</p>	<p>1.1 Memonitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas. Ep : pasien mengatakan masih terasa sesak</p> <p>3.1 Mencatat pergerakan dada, catat ketidak simetrisan, penggunaan otot-otot bantu nafas, dan retraksi pada otot Ep : ada penggunaan otot bantu pernafasan</p> <p>4.1 Memonitor pola nafas. Ep : pola nafas teratur</p> <p>9.1 Memberikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan. Ep : pasien tidak menggunakan oksigen</p> <p>16.1 Memposisikan pasien untuk memfilitasi ventilasi/perfusi. Ep : memposisikan pasien dengan nyaman pada posisi duduk atau semi fowler dari pada posisi berbaring.</p>	<p>S : pasien mengatakan sesak mulai berkurang, pasien tidak menggunakan oksigen, pasien mengatakan hanya jika sesak menggunakan oksigen</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien sudah tidak terpasang oksigen • RR 20x/m • Terdapat retraksi dinging dada <p>A : Keefektifan pola nafas belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>1.1 Memonitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas.</p> <p>3.1 Mencatat pergerakan dada, catat ketidaksimetrisan, penggunaan otot-otot bantu nafas, dan retraksi pada otot</p>

			4.1 Memonitor pola nafas. 9.1 Memberikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan. 16.1 Memposisikan pasien untuk memfatilitasi ventilasi/perfusi
--	--	--	--

Hari / tanggal	Dx	Implementasi	Evaluasi
Jum'at 1 Desember 2017	2	<p>2.13 Tentukan penyebab pruritus Ep : penyebab pruritus adalah karena pasien memiliki penyakit CKD</p> <p>2.14 Lakukan pengkajian fisik (kulit) untuk mengidentifikasi kerusakan kulit Ep : turgor kulit tidak elastis, ada bercak-bercak warna hitam, terdapat bekas garukan pada kulit</p> <p>2.15 Berikan krim, pelembab, atau losion Ep : memberikan terapi massase VCO pada pasien</p> <p>2.16 Instrusikan keluarga/pasien untuk tidak memakai pakaian yang ketat Ep : meminta keluarga untuk memakaikan baju yang tidak ketat kepada pasien</p> <p>2.17 Instrusikan pasien jika ingin menggosok area kulit menggunakan telapak tangan jangan menggunakan kuku. Ep : meminta pasien untuk tidak menggosok kulit jika gatal-gatal</p> <p>2.8 Ubah posisi pasien setiap 1-2 jam Ep : pasien mau untuk di ubah posisinya, menganjurkan kepada keluarga untuk mengubah posisi pasien</p> <p>2.9 Gunakan bantal untuk meninggikan area yang tertekan Ep : terpasang bantal di sisi pasien</p> <p>2.10 Pasang pernak dari bahan yang nyaman Ep : sudah terpasang pernak pada pasien</p> <p>2.11 Berikan perlindungan pada kulit seperti krim pelembab Ep : memberikan massase VCO pada pasien</p>	<p>S : pasien mengatakan masih gatal-gatal, kadang-kadang masih menggaruk jika gatal</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat bintik-bintik hitam • Terdapat luka bekas garukan • Turgor kulit tidak elastis • Terdapat abses punggung <p>A : kerusakan integritas kulit belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>2.3 Memberikan krim, pelembab, atau losion</p> <p>2.5 Instrusikan pasien jika ingin menggosok area kulit menggunakan telapak tangan jangan menggunakan kuku</p> <p>2.8 Mengubah posisi pasien setiap 1-2 jam</p> <p>2.9 Menggunakan bantal untuk meninggikan area yang tertekan</p> <p>2.11 Memberikan perlindungan pada kulit seperti krim pelembab</p>

Sabtu, 2 Desember 2017	2	<p>2.3 Memberikan krim, pelembab, atau losion Ep : memberikan terapi massase VCO pada pasien</p> <p>2.5 Instrusikan pasien jika ingin menggosok area kulit menggunakan telapak tangan jangan menggunakan kuku. Ep : pasien sudah jarang menggosok kulit jika gatal-gatal</p> <p>2.8 Mengubah posisi pasien setiap 1-2 jam Ep : keluarga mengubah posisi pasien setiap 2 jam</p> <p>2.9 Menggunakan bantal untuk meninggikan area yang tertekan Ep : terpasang bantal di sisi pasien</p> <p>2.11 Memberikan perlindungan pada kulit seperti krim pelembab Ep : memberikan massase VCO pada pasien</p>	<p>S : pasien mengatakan gatal-gatal sudah mulai berkurang , kadang-kadang masih menggaruk jika gatal</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat bintik-bintik hitam • Luka bekas garukan mulai berkurang • Turgor kulit tidak elastis • Terdapat abses punggung <p>A : kerusakan integritas kulit belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>2.3 Memberikan krim, pelembab, atau losion</p> <p>2.5 Instrusikan pasien jika ingin menggosok area kulit menggunakan telapak tangan jangan menggunakan kuku</p> <p>2.8 Mengubah posisi pasien setiap 1-2 jam</p> <p>2.9 Menggunakan bantal untuk meninggikan area yang tertekan</p> <p>2.11 Memberikan perlindungan pada kulit seperti krim pelembab</p>
Minggu, 3 Desember 3017	2	<p>2.3 Memberikan krim, pelembab, atau losion Ep : memberikan terapi massase VCO pada pasien</p> <p>2.5 Instrusikan pasien jika ingin menggosok area kulit menggunakan telapak tangan jangan menggunakan kuku. Ep : pasien sudah tidak menggosok kulit jika gatal-gatal</p> <p>2.8 Mengubah posisi pasien setiap 1-2 jam Ep : keluarga mengubah posisi pasien setiap 2 jam</p> <p>2.9 Menggunakan bantal untuk meninggikan area yang tertekan Ep : terpasang bantal di sisi pasien</p> <p>2.11 Memberikan perlindungan pada kulit seperti krim pelembab Ep : memberikan massase VCO pada pasien</p>	<p>S : pasien mengatakan gatal-gatal mulai berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masih terdapat bintik-bintik hitam • Luka bekas garukan berkurang • Turgor kulit tidak elastis • Terdapat abses punggung • Kulit sudah lembab <p>A : kerusakan integritas kulit belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>2.3 Memberikan krim, pelembab, atau losion</p> <p>2.5 Instrusikan pasien jika ingin menggosok area kulit menggunakan telapak tangan jangan menggunakan kuku</p> <p>2.8 Mengubah posisi pasien setiap 1-2 jam</p>

			<p>2.9 Menggunakan bantal untuk meninggikan area yang tertekan</p> <p>2.11 Memberikan perlindungan pada kulit seperti krim pelembab</p>
Senin, 4 Desember 2017	<p>2.3 Memberikan krim, pelembab, atau losion Ep : memberikan terapi massase VCO pada pasien, keluarga mengatakan memberikan minyak VCO kepada pasien jika tidak ada peneliti.</p> <p>2.5 Instrusikan pasien jika ingin menggosok area kulit menggunakan telapak tangan jangan menggunakan kuku. Ep : pasien sudah tidak menggosok kulit jika gatal-gatal</p> <p>2.8 Mengubah posisi pasien setiap 1-2 jam Ep : keluarga mengubah posisi pasien setiap 2 jam</p> <p>2.9 Menggunakan bantal untuk meninggikan area yang tertekan Ep : terpasang bantal di sisi pasien</p> <p>2.11 Memberikan perlindungan pada kulit seperti krim pelembab Ep : memberikan massase VCO pada pasien</p>	<p>S : pasien mengatakan gatal-gatal mulai berkurang, pasien mengatakan dapat tidur dengan nyaman tidak menggaruk-garuk</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masih terdapat bintik-bintik hitam • Luka bekas garukan sudah tidak ada • Kulit sudah lembab • Turgor kulit tidak elastis • Terdapat abses punggung <p>A : kerusakan integritas kulit belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>2.3 Memberikan krim, pelembab, atau losion</p> <p>2.5 Instrusikan pasien jika ingin menggosok area kulit menggunakan telapak tangan jangan menggunakan kuku</p> <p>2.8 Mengubah posisi pasien setiap 1-2 jam</p> <p>2.9 Menggunakan bantal untuk meninggikan area yang tertekan</p> <p>2.11 Memberikan perlindungan pada kulit seperti krim pelembab</p>	
Selasa, 5 Desember 2017	<p>2.3 Memberikan krim, pelembab, atau losion Ep : memberikan terapi massase VCO pada pasien</p> <p>2.5 Instrusikan pasien jika ingin menggosok area kulit menggunakan telapak tangan jangan menggunakan kuku. Ep : pasien sudah tidak menggosok kulit jika gatal-gatal</p> <p>2.8 Mengubah posisi pasien setiap 1-2 jam Ep : keluarga mengubah posisi pasien setiap 2 jam</p> <p>2.9 Menggunakan bantal untuk meninggikan area yang tertekan Ep : terpasang bantal di sisi pasien</p>	<p>S : pasien mengatakan gatal-gatal mulai berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masih terdapat bintik-bintik hitam • Luka bekas garukan tidak ada • Kulit lembab • Turgor kulit tidak elastis • Terdapat abses punggung • Pasien terlihat nyaman saat dilakukan massase <p>A : kerusakan integritas kulit belum teratasi</p>	

	<p>2.11 Memberikan perlindungan pada kulit seperti krim pelembab Ep : memberikan massase VCO pada pasien</p>	<p>P : lanjutkan intervensi 2.3 Memberikan krim, pelembab, atau losion 2.5 Instrusikan pasien jika ingin menggosok area kulit menggunakan telapak tangan jangan menggunakan kuku 2.8 Mengubah posisi pasien setiap 1-2 jam 2.9 Menggunakan bantal untuk meninggikan area yang tertekan 2.11 Memberikan perlindungan pada kulit seperti krim pelembab</p>
<p>Rabu, 6 Desember</p>	<p>2.3 Memberikan krim, pelembab, atau losion Ep : memberikan terapi massase VCO pada pasien 2.5 Instrusikan pasien jika ingin menggosok area kulit menggunakan telapak tangan jangan menggunakan kuku. Ep : pasien sudah tidak menggosok kulit jika gatal-gatal 2.10 Mengubah posisi pasien setiap 1-2 jam Ep : keluarga mengubah posisi pasien setiap 2 jam 2.11 Menggunakan bantal untuk meninggikan area yang tertekan Ep : terpasang bantal di sisi pasien 2.11 Memberikan perlindungan pada kulit seperti krim pelembab Ep : memberikan massase VCO pada pasien</p>	<p>S : pasien mengatakan gatal-gatal tidak ada O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masih terdapat bintik-bintik hitam • Luka bekas garukan tidak ada • Kulit lembab • Integritas kulit baik • Turgor kulit tidak elastis • Terdapat abses punggung • Pasien terlihat nyaman saat dilakukan massase <p>A : kerusakan integritas kulit belum teratasi P : lanjutkan intervensi 2.3 Memberikan krim, pelembab, atau losion 2.5 Instrusikan pasien jika ingin menggosok area kulit menggunakan telapak tangan jangan menggunakan kuku 2.10 Mengubah posisi pasien setiap 1-2 jam 2.11 Menggunakan bantal untuk meninggikan area yang tertekan 2.11 Memberikan perlindungan pada kulit seperti krim pelembab</p>

Hari / tanggal	Dx	Implementasi	Evaluasi
Jum'at 1 Desember 2017	3	<p>3.6 Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus Ep : skala nyeri 6-7</p> <p>3.7 Memonitor respon ketidaknyamanan secara verbal dan non verbal. Ep : pasien terlihat meringis</p> <p>3.8 Mengajarkan penggunaan teknik relaksasi sebelum atau sesudah nyeri berlangsung. Ep : pasien susah untuk melakukan relaksasi nafas dalam</p> <p>3.9 Tingkatkan istirahat yang adekuat untuk meringankan nyeri. Ep : pasien susah tidur</p> <p>3.10 Kolaborasi dengan tim kesehatan lain untuk memilih tindakan selain obat untuk meringankan nyeri. Ep : pasien mendapatkan obat analgesik</p>	<p>S: Pasien mengatakan kepala,tangan dan kaki terasa nyeri, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri menjalar bawah dan atas, apabila nyeri klien tidak bisa tidur, hal yang menyebabkan nyeri saat mengubah posisi ,skala nyeri 6-7. (penilaian nyeri SOCRATES)</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien terlihat meringis • Pasien melaporkan nyeri • Pasien terlihat gelisah • Saat berpindah posisi pasien berhati-hati <p>A : nyeri belum teratasi ditandai skala nyeri berat 6-7</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>3.1 Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus</p> <p>3.2 Memonitor respon ketidaknyamanan secara verbal dan non verbal.</p> <p>3.3 Mengajarkan penggunaan teknik relaksasi sebelum atau sesudah nyeri berlangsung .</p> <p>3.4 Tingkatkan istirahat yang adekuat untuk meringankan nyeri.</p> <p>3.5 Kolaborasi dengan tim kesehatan lain untuk memilih tindakan selain obat untuk meringankan nyeri.</p>
Sabtu, 2 Desember 2017		<p>3.1 Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus Ep : pasien mengatakan masih terasa nyeri</p> <p>3.2 Memonitor respon ketidaknyamanan secara verbal dan non verbal. Ep : pasien terlihat meringis</p>	<p>S: Pasien mengatakan kepala,tangan dan kaki terasa nyeri, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri menjalar bawah dan atas, apabila nyeri klien tidak bisa tidur, hal yang menyebabkan nyeri saat mengubah posisi ,skala nyeri 5. (penilaian nyeri SOCRATES)</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien terlihat meringis

	<p>3.3 Mengajarkan penggunaan teknik relaksasi sebelum atau sesudah nyeri berlangsung . Ep : pasien dapat mengikuti</p> <p>3.4 Tingkatkan istirahat yang adekuat untuk meringankan nyeri. Ep : pasien mengatakan masih susah tidur</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien melaporkan nyeri • Pasien terlihat gelisah • Saat berpindah posisi pasien berhati-hati <p>A : nyeri belum teratasi skala nyeri 5 (sedang) P : lanjutkan intervensi</p> <p>3.1 Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus</p> <p>3.2 Memonitor respon ketidaknyamanan secara verbal dan non verbal.</p> <p>3.3 Mengajarkan penggunaan teknik relaksasi sebelum atau sesudah nyeri berlangsung .</p> <p>3.4 Tingkatkan istirahat yang adekuat untuk meringankan nyeri.</p>
Minggu, 3 Desember 3017	<p>3.1 Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus Ep : nyeri sudah mulai berkurang</p> <p>3.2 Memonitor respon ketidaknyamanan secara verbal dan non verbal. Ep : pasien sudah tidak terlihat meringis</p> <p>3.3 Mengajarkan penggunaan teknik relaksasi sebelum atau sesudah nyeri berlangsung . Ep : pasien masih ingat cara yang diajarkan</p> <p>3.4 Tingkatkan istirahat yang adekuat untuk meringankan nyeri. Ep : pasien mengatakan masih susah tidur</p>	<p>S: Pasien mengatakan kepala,tangan dan kaki terasa nyeri, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri menjalar bawah dan atas, apabila nyeri klien tidak bisa tidur, hal yang menyebabkan nyeri saat mengubah posisi ,skala nyeri 5. (penilaian nyeri SOCRATES)</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien sudah tidak terlihat meringis • Pasien melaporkan nyeri • Pasien tidak gelisah • Saat berpindah posisi pasien berhati-hati <p>A : nyeri belum teratasi skala nyeri 5 (sedang) P : lanjutkan intervensi</p> <p>3.1 Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus</p> <p>3.2 Memonitor respon ketidaknyamanan secara verbal dan non verbal.</p>

			<p>3.3 Mengajarkan penggunaan teknik relaksasi sebelum atau sesudah nyeri berlangsung .</p> <p>3.4 Tingkatkan istirahat yang adekuat untuk meringankan nyeri.</p>
Senin, 4 Desember 2017		<p>3.1 Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus Ep : pasien mengatakan nyeri sudah berkurang</p> <p>3.2 Memonitor respon ketidaknyamanan secara verbal dan non verbal. Ep : pasien sudah tidak meringis</p> <p>3.3 Mengajarkan penggunaan teknik relaksasi sebelum atau sesudah nyeri berlangsung . Ep : pasien mengatakan menggunakan jika timbul nyeri</p> <p>3.4 Tingkatkan istirahat yang adekuat untuk meringankan nyeri. Ep : pasien mengatakan sudah bisa tidur nyenyak</p>	<p>S: Pasien mengatakan kepala,tangan dan kaki terasa nyeri, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri menjalar bawah dan atas, apabila nyeri klien tidak bisa tidur, hal yang menyebabkan nyeri saat mengubah posisi ,skala nyeri 4. (penilaian nyeri SOCRATES)</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien sudah tidak terlihat meringis • Pasien melaporkan nyeri • Pasien tidak gelisah • Saat berpindah posisi pasien berhati-hati <p>A: nyeri belum teratasi skala nyeri 4 (sedang)</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <p>3.1 Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus</p> <p>3.2 Memonitor respon ketidaknyamanan secara verbal dan non verbal.</p> <p>3.3 Mengajarkan penggunaan teknik relaksasi sebelum atau sesudah nyeri berlangsung .</p> <p>3.4 Tingkatkan istirahat yang adekuat untuk meringankan nyeri.</p>

Hari / tanggal	Dx	Implementasi	Evaluasi
Jum'at 1 Desember 2017	4	<p>4.10 Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat) Ep : membran mukosa kering</p> <p>4.11 Monitor tanda vital</p>	<p>S: Pasien mengatakan tangan dan kakinya masih bengkak dan susah digerakan</p> <p>O:</p>

	<p>Ep : Td 130/90 , N 90, RR 24x/m</p> <p>4.12 Kaji daerah edema jika ada Ep : edem pada tangan dan kaki</p> <p>4.13 Monitor hasil lab yang sesuai dengan retensi cairan (BUN , Hmt , osmolalitas urin) Ep : 1 Desember 2017 (Ureum : 129.0, Creatinin : 3.9, Leukosit : 8.35, Hematokrit : 24.2)</p> <p>4.14 Kaji lokasi dan luas edema Ep : tangan dan kaki</p> <p>4.15 Monitor intake/output cairan Ep : pasien minum dibatasi hanya 1 gelas kecil, urine dari jam 06.00-14.00 : 450cc</p> <p>4.16 Monitor serum albumin dan protein total Ep : 1 Desember 2017 (Albumin : 2.8)</p> <p>4.17 Monitor turgor kulit dan adanya kehausan Ep : turgor kulit tidak elastis</p> <p>4.18 Monitor warna, kualitas urine Ep : warna urine kecoklatan,keruh</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edem pada tangan dan kaki • Pasien dibatasi pemberian cairan • Turgor kulit > 2 detik • Kulit tidak elastis • Warna urine masih kecoklatan dan keruh • Terpasang Sp : furosemid 10 ampul kecemasan 1,0 cc/jam <p>A : kelebihan volume cairan belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>4.1 Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat)</p> <p>4.2 Monitor tanda vital</p> <p>4.3 Kaji daerah edema jika ada</p> <p>4.5 Kaji lokasi dan luas edema</p> <p>4.6 Monitor intake/output cairan</p> <p>4.8 Monitor turgor kulit dan adanya kehausan</p> <p>4.9 Monitor warna, kualitas urine</p>
<p>Sabtu, 2 Desember 2017</p>	<p>4.1 Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat) Ep : membran mukosa kering</p> <p>4.2 Monitor tanda vital Ep : Td 120/90 , N 85, RR 25x/m</p> <p>4.3 Kaji daerah edema jika ada Ep : masih edem pada tangan dan kaki</p> <p>4.6 Monitor intake/output cairan Ep : pasien minum dibatasi hanya 1 gelas kecil, urine dari jam 07.00-14.00 : 600cc</p> <p>4.8 Monitor turgor kulit dan adanya kehausan Ep : turgor kulit tidak elastis</p> <p>4.9 Monitor warna, kualitas urine Ep : warna urine kecoklatan,keruh</p>	<p>S : Pasien mengatakan tangan dan kakinya masih bengkak dan susah digerakan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edem pada tangan dan kaki • Pasien dibatasi pemberian cairan • Turgor kulit > 2 detik • Kulit tidak elastis • Warna urine masih kecoklatan dan keruh • Terpasang Sp : furosemid 10 ampul kecemasan 1,0 cc/jam <p>A : kelebihan volume cairan belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>4.1 Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat)</p> <p>4.2 Monitor tanda vital</p>

			<p>4.3 Kaji daerah edema jika ada</p> <p>4.6 Monitor intake/output cairan</p> <p>4.8 Monitor turgor kulit dan adanya kehausan</p> <p>4.9 Monitor warna, kualitas urine</p>
Minggu, 3 Desember 2017	<p>4.1 Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat) Ep : membran mukosa kering</p> <p>4.2 Monitor tanda vital Ep : Td 130/80 , N 85, RR 23x/m</p> <p>4.3 Kaji daerah edema jika ada Ep : edem pada tangan dan kaki</p> <p>4.5 Monitor intake/output cairan Ep : pasien minum dibatasi hanya 1 gelas kecil, urine dari jam 06.00-14.00 : 300cc</p> <p>4.8 Monitor turgor kulit dan adanya kehausan Ep : turgor kulit tidak elastis</p> <p>4.9 Monitor warna, kualitas urine Ep : Warna urine kuning pekat</p>	<p>S : Pasien mengatakan tangan dan kakinya masih bengkak dan susah digerakan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edem pada tangan dan kaki mulai berkurang • Pasien dibatasi pemberian cairan • Turgor kulit > 2 detik • Kulit tidak elastis • Warna urine kuning pekat • Terpasang Sp : furosemid 10 ampul kecemasan 1,0 cc/jam <p>A : kelebihan volume cairan belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>	<p>4.1 Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat)</p> <p>4.2 Monitor tanda vital</p> <p>4.3 Kaji daerah edema jika ada</p> <p>4.6 Monitor intake/output cairan</p> <p>4.8 Monitor turgor kulit dan adanya kehausan</p> <p>4.9 Monitor warna, kualitas urine</p>
Senin, 4 Desember 2017	<p>4.1 Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat) Ep : membran mukosa kering</p> <p>4.2 Monitor tanda vital Ep : Td 120/90 , N 88, RR 23x/m</p> <p>4.3 Kaji daerah edema jika ada Ep : edem pada tangan dan kaki</p> <p>4.5 Monitor intake/output cairan</p>	<p>S : Pasien mengatakan bengkak pada tangan dan kakinya mulai berkurang dan sudah mulai bisa digerakan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edem pada tangan dan kaki mulai berkurang • Pasien dibatasi pemberian cairan • Turgor kulit > 2 detik • Kulit tidak elastis • Warna urine kuning pekat 	

	<p>Ep : pasien minum dibatasi hanya 1 gelas kecil, urine dari jam 06.00-14.00 : 700cc</p> <p>4.8 Monitor turgor kulit dan adanya kehausan Ep : turgor kulit tidak elastis</p> <p>4.9 Monitor warna, kualitas urine Ep : Warna urine kuning pekat</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sudah tidak terpasang siyring pum furosemid <p>A : kelebihan volume cairan belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>4.1 Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat)</p> <p>4.2 Monitor tanda vital</p> <p>4.3 Kaji daerah edema jika ada</p> <p>4.6 Monitor intake/output cairan</p> <p>4.8 Monitor turgor kulit dan adanya kehausan</p> <p>4.9 Monitor warna, kualitas urine</p>
Selasa, 5 Desember 2017	<p>4.1 Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat) Ep : membran mukosa kering</p> <p>4.2 Monitor tanda vital Ep : Td 120/90 , N 90, RR 20x/m</p> <p>4.3 Kaji daerah edema jika ada Ep : edem pada tangan dan kaki</p> <p>4.5 Monitor intake/output cairan Ep : pasien minum dibatasi hanya 1 gelas kecil, urine dari jam 06.00-14.00 : 650cc</p> <p>4.8 Monitor turgor kulit dan adanya kehausan Ep : turgor kulit tidak elastis</p> <p>4.9 Monitor warna, kualitas urine Ep : warna urine kecoklatan, keruh</p>	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan bengkak pada tangan dan kakinya mulai berkurang dan sudah mulai bisa digerakan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edem pada tangan dan kaki mulai berkurang • Pasien dibatasi pemberian cairan • Turgor kulit > 2 detik • Kulit tidak elastis • Warna urine masih kecoklatan dan keruh • Sudah tidak terpasang siyring pum furosemid <p>A : kelebihan volume cairan belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>4.1 Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat)</p> <p>4.2 Monitor tanda vital</p> <p>4.3 Kaji daerah edema jika ada</p> <p>4.6 Monitor intake/output cairan</p> <p>4.8 Monitor turgor kulit dan adanya kehausan</p> <p>4.9 Monitor warna, kualitas urine</p>
Rabu, 6 Desember 2017	<p>4.1 Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat) Ep : membran mukosa kering</p> <p>4.2 Monitor tanda vital</p>	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan bengkak pada tangan dan kakinya mulai berkurang dan sudah mulai bisa digerakan</p> <p>O :</p>

	<p>Ep : Td 120/90 , N 90, RR 20x/m</p> <p>4.3 Kaji daerah edema jika ada Ep : edem pada tangan dan kaki</p> <p>4.5 Monitor intake/output cairan Ep : pasien minum dibatasi hanya 1 gelas kecil, urine dari jam 06.00-14.00 : 450cc</p> <p>4.8 Monitor turgor kulit dan adanya kehausan Ep : turgor kulit tidak elastis</p> <p>4.9 Monitor warna, kualitas urine Ep : warna urine kecoklatan,keruh</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edem pada tangan dan kaki mulai berkurang • Pasien dibatasi pemberian cairan • Turgor kulit > 2 detik • Kulit tidak elastis • Warna urine masih kecoklatan dan keruh • Sudah tidak terpasang siyring pum furosemid <p>A : kelebihan volume cairan belum teratasi P : lanjutkan intervensi</p> <p>4.1 Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat)</p> <p>4.2 Monitor tanda vital</p> <p>4.3 Kaji daerah edema jika ada</p> <p>4.6 Monitor intake/output cairan</p> <p>4.8 Monitor turgor kulit dan adanya kehausan</p> <p>4.9 Monitor warna, kualitas urine</p>
--	---	---

Hari / tanggal	Dx	Implementasi	Evaluasi
Jum'at 1 Desember 2017	5	<p>5.11 Memonitor adanya penurunan berat badan Ep : keluarga mengatakan sebelum sakit bb 45kg sekarang 65 kg, bb meningkat karena badan pasien bengkak (terjadi penumpukan cairan)</p> <p>5.12 Memonitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan Ep : pasien hanya mampu melakukan aktivitas ditempat tidur</p> <p>5.13 Memonitor kulit kering dan perubahan pigmentasi Ep : kulit kering, ada bintik-bintik hitam pada kulit</p> <p>5.14 Memonitor turgor kulit Tep : turgor kulit tidak elastis > 2detik</p> <p>5.15 Memonitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah Ep : rambut pasien terlihat kusam dan kering</p> <p>5.16 Memonitor mual dan muntah Ep : pasien mengalami mual muntah setiap mau makan</p>	<p>S : Pasien mengatakan susah makan tidak nafsu makan, kalau makan mau muntah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tidak menghabiskan makanan • Pasien hanya makan 1-4 sendok • Pasien terlihat lemas • Membran mukosa pucat <p>A : Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi P : lanjutkan intervensi</p> <p>5.1 Memonitor adanya penurunan berat badan</p> <p>5.2 Memonitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan</p> <p>5.3 Memonitor kulit kering dan perubahan pigmentasi</p>

	<p>5.17 Memonitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht Ep : tanggal 1 Desember 2017 (albumin : 2.8, HB : 8.4, hematokrit : 24.2)</p> <p>5.18 Memonitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva Ep : konjungtiva anemis,</p> <p>5.19 Memonitor kalori dan intake nutrisi Ep : pasien mendapat diit RPRG 1.700 kalori</p> <p>5.20 Mencatat adanya edema Ep : edem pada tangan dan kaki</p>	<p>5.4 Memonitor turgor kulit</p> <p>5.5 Memonitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah</p> <p>5.6 Memonitor mual dan muntah</p> <p>5.9 Memonitor kalori dan intake nutrisi</p> <p>5.10 Catat adanya edema</p>
Sabtu, 2 Desember 2017	<p>5.1 Memonitor adanya penurunan berat badan Ep : keluarga mengatakan belum ada menimbang pasien</p> <p>5.2 Memonitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan Ep : pasien sudah mulai bisa duduk-duduk</p> <p>5.3 Memonitor kulit kering dan perubahan pigmentasi Ap : kulit masih terlihat kering</p> <p>5.4 Memonitor turgor kulit Ep : turgor kulit tidak elastis</p> <p>5.5 Memonitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah Ep : rambut pasien kering</p> <p>5.6 Memonitor mual dan muntah Ep : pasien masih mual muntah</p> <p>5.9 Memonitor kalori dan intake nutrisi Ep : pasien mendapatkan diit RPRG, pasien minum susu 1 gelas</p> <p>5.10 Catat adanya edema Ep : masih edem pada tangan dan kaki</p>	<p>S : Pasien mengatakan susah makan tidak nafsu makan, kalau makan mau muntah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tidak menghabiskan makanan • Pasien hanya makan 1-4 sendok • Pasien terlihat lemas • Membran mukosa pucat <p>A : Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>5.2 Memonitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan</p> <p>5.3 Memonitor kulit kering dan perubahan pigmentasi</p> <p>5.4 Memonitor turgor kulit</p> <p>5.5 Memonitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah</p> <p>5.6 Memonitor mual dan muntah</p> <p>5.9 Memonitor kalori dan intake nutrisi</p> <p>5.10 Catat adanya edema</p>
Minggu, 3 Desember 2017	<p>5.2 Memonitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan Ep : pasien sudah mulai bisa duduk-duduk</p> <p>5.3 Memonitor kulit kering dan perubahan pigmentasi Ep : kulit masih terlihat kering</p>	<p>S : Pasien mengatakan susah makan tidak nafsu makan, kalau makan mau muntah</p> <p>O :</p>

	<p>5.4 Memonitor turgor kulit Ep : turgor kulit tidak elastis</p> <p>5.5 Memonitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah Ep : rambut pasien kering</p> <p>5.6 Memonitor mual dan muntah Ep : pasien masih mual muntah</p> <p>5.9 Memonitor kalori dan intake nutrisi Ep : pasien mendapatkan diit RPRG, pasien minum susu 1 gelas</p> <p>5.10 Catat adanya edema Ep : masih edem pada tangan dan kaki</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien tidak menghabiskan makanan • Pasien makan 1-6 sendok • Pasien terlihat lemas • Membran mukosa pucat <p>A : Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>5.2 Memonitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan</p> <p>5.3 Memonitor kulit kering dan perubahan pigmentasi</p> <p>5.4 Memonitor turgor kulit</p> <p>5.5 Memonitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah</p> <p>5.6 Memonitor mual dan muntah</p> <p>5.9 Memonitor kalori dan intake nutrisi</p> <p>5.10 Catat adanya edema</p>
<p>Selasa, 5 Desember 2017</p>	<p>5.2 Memonitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan Ep : pasien mulai jalan-jalan keluar menggunakan kursi roda</p> <p>5.3 Memonitor kulit kering dan perubahan pigmentasi Ep : kulit masih kering, terdapt bintik-bintik hitam</p> <p>5.4 Memonitor turgor kulit Ep : turgor kulit tidak elastis</p> <p>5.5 Memonitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah Ep : rambut pasien kering</p> <p>5.6 Memonitor mual dan muntah Ep : pasien masih mual</p> <p>5.9 Memonitor kalori dan intake nutrisi Ep : Pasien menghabiskan setengah porsi, pasien minum susu 1 gelas</p> <p>5.10 Catat adanya edema Ep : edem pada tangan dan kaki mulai berkurang</p>	<p>S : Pasien mengatakan susah makan tidak nafsu makan, kalau makan mau muntah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien sudah selera makan • Pasien menghabiskan setengah porsi • Pasien minum susu satu gelas kecil • Membran mukosa pucat • Masih ada mual <p>A : Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>5.2 Memonitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan</p> <p>5.3 Memonitor kulit kering dan perubahan pigmentasi</p> <p>5.4 Memonitor turgor kulit</p>

			<p>5.5 Memonitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah</p> <p>5.6 Memonitor mual dan muntah</p> <p>5.9 Memonitor kalori dan intake nutrisi</p> <p>5.10 Catat adanya edema</p>
--	--	--	---

Hari / tanggal	Dx	Implementasi	Evaluasi
Jum'at 1 Desember 2017	6	<p>65. Menentukan penyebab intoleransi aktivitas & tentukan apakah penyebab dari fisik, psikis/motivasi Ep : pasien terlihat lemah, jika melakukan aktivitas nyeri kepala, pasien terlihat sesak nafas</p> <p>66. Peningkatan aktivitas secara bertahap, biarkan klien berpartisipasi dapat perubahan posisi, berpindah&perawatan diri Ep : mengubah posisi pasien setiap 1-2 jam</p> <p>67. Memastikan pasien mengubah posisi secara bertahap. Ep : pasien mau untuk mengubah posisi</p> <p>68. Melakukan latihan ROM jika klien tidak dapat menoleransi aktivitas Ep : pasien mencoba menggerakkan kaki, dan menggerakkan badannya</p>	<p>S : Pasien mengatakan hanya mampu melakukan aktivitas ditempat tidur,tidak kuat untuk jalan-jalan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien terlihat lemah • Hanya melakukan aktivitas ditempat tidur • Pasien terlihat sesak <p>A : intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>6.2 Peningkatan aktivitas secara bertahap, biarkan klien berpartisipasi dapat perubahan posisi, berpindah&perawatan diri</p> <p>6.3 Memastikan klien mengubah posisi secara bertahap.</p> <p>6.4 Melakukan latihan ROM jika klien tidak dapat menoleransi aktivitas</p>
Sabtu, 2 Desember 2017		<p>6.2 Peningkatan aktivitas secara bertahap, biarkan klien berpartisipasi dapat perubahan posisi, berpindah&perawatan diri Ep : mengubah posisi pasien setiap 1-2 jam</p> <p>6.3 Memastikan klien mengubah posisi secara bertahap. Ep : pasien mau untuk mengubah posisi</p>	<p>S : Pasien mengatakan hanya mampu melakukan aktivitas ditempat tidur,tidak kuat untuk jalan-jalan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien terlihat lemah • Hanya melakukan aktivitas ditempat tidur • Pasien terlihat sesak <p>A : intoleransi aktivitas belum teratasi</p>

	<p>6.4 Melakukan latihan ROM jika klien tidak dapat menoleransi aktivitas Ep : pasien mencoba menggerakkan kaki, dan menggerakkan badannya</p>	<p>P : lanjutkan intervensi 6.2 Peningkatan aktivitas secara bertahap, biarkan klien berpartisipasi dapat perubahan posisi, berpindah&perawatan diri 6.3 Memastikan klien mengubah posisi secara bertahap. 6.4 Melakukan latihan ROM jika klien tidak dapat menoleransi aktivitas</p>
Minggu, 3 Desember 2017	<p>6.2 Peningkatan aktivitas secara bertahap, biarkan klien berpartisipasi dapat perubahan posisi, berpindah&perawatan diri Ep : mengubah posisi pasien setiap 1-2 jam 6.3 Memastikan klien mengubah posisi secara bertahap. Ep : pasien mau untuk mengubah posisi 6.4 Melakukan latihan ROM jika klien tidak dapat menoleransi aktivitas Ep : pasien mencoba menggerakkan kaki, dan menggerakkan badannya, memotivasi pasien untuk mencoba jalan-jalan keluar</p>	<p>S : Pasien mengatakan hanya mampu melakukan aktivitas ditempat tidur,tidak kuat untuk jalan-jalan O : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien terlihat lemah • Hanya melakukan aktivitas ditempat tidur • Pasien terlihat sesak A : intoleransi aktivitas belum teratasi P : lanjutkan intervensi 6.2 Peningkatan aktivitas secara bertahap, biarkan klien berpartisipasi dapat perubahan posisi, berpindah&perawatan diri 6.3 Memastikan klien mengubah posisi secara bertahap. 6.5 Melakukan latihan ROM jika klien tidak dapat menoleransi aktivitas</p>
Selasa, 5 Desember 2017	<p>6.2 Peningkatan aktivitas secara bertahap, biarkan klien berpartisipasi dapat perubahan posisi, berpindah&perawatan diri Ep : mengubah posisi pasien setiap 1-2 jam 6.3 Memastikan klien mengubah posisi secara bertahap. Ep : pasien mau untuk mengubah posisi 6.4 Melakukan latihan ROM jika klien tidak dapat menoleransi aktivitas</p>	<p>S : Pasien mencoba untuk jalan-jalan keluar dengan kursi roda O : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien terlihat masih lemah • Pasien sudah mulai jalan-jalan keluar • Pasien sudah tidak terlihat sesak A : intoleransi aktivitas belum teratasi P : lanjutkan intervensi</p>

		Ep : kaki sudah mulai bisa digerakan, pasien mencoba jalan-jalan keluar	6.2 Peningkatan aktivitas secara bertahap, biarkan klien berpartisipasi dapat perubahan posisi, berpindah&perawatan diri 6.3 Memastikan klien mengubah posisi secara bertahap. 6.4 Melakukan latihan ROM jika klien tidak dapat menoleransi aktivitas
--	--	---	---



Lampiran 8



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
WIYATA HUSADA SAMARINDA**

Jl. H.M. Kadrie Gening Gg, Monalisa No. 77 Samarinda 75124/Telp (0541) 7272431

**LEMBAR KONSULTASI
PROGRAM PROFESI NERS KEPERAWATAN**

NAMA : Lenny Maulinda
NIM : F1605238
Program studi : Program perofesi Ners Keperawatan
Dosen pembimbing : Ns. Crisyen Damanik, S. Kep., M. Kep.
Judul KIAN : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Kerusakan Integritas Kulit Yang Mengalami Chronic Kidney Disease Di Ruang Angrek RSUD Abdul Wahab Sjahranie

No	TGL konsul	Catatan	Paraf
		<p>⊕ Mengapa timbul pruritus ? ini yg diulukan oleh selukang</p> <p>⊕ Pembinaan VGO di Asuhan Keperawatan Pasien dengan Kerusakan Integritas Kulit yg mengalami CKD</p> <p>⊕ Tentukan alat-alat pada body I</p> <p>⊕ Body 2 Fokus ke masalah</p> <p>⊕ Cara Pengulitan Sumber</p>	



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
WIYATA HUSADA SAMARINDA**

Jl. H.M. KadioeningGg. Monalisa No. 77 Samarinda 75124/Telp (0541) 7272431

**LEMBAR KONSULTASI
PROGRAM PROFESI NERS KEPERAWATAN**

NAMA : Lenny Maulinda
NIM : P1605238
Program studi : Program perofesi Ners Keperawatan
Dosen pembimbing : Ns. Crisyen Damanik, S. Kep., M. Kep.
Judul KIAN : **Pemberian VCO Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Kerusakan Integritas Kulit Yang Mengalami *Cronic Kidney Disease***

No	TGL konsul	Catatan	Paraf
	3/01/2018	<p>1. Bab I :</p> <ul style="list-style-type: none">• Ditambahkan hal yang berkaitan dengan manajemen askep selama ini yang dikembangkan• Tambahkan elaborasi <p>2. Bab II :</p> <ul style="list-style-type: none">• Perbaiki tulisan, pengetikan sumber dilihat lagi cara penulisan nya• Langsung bicara konsep pruritus pada CKD• Manajemen askep <p>3. Bab III :</p> <ul style="list-style-type: none">• Implementasi difokuskan pada faktor yang berhubungan• Evaluasi difokuskan ke masalah pasien <p>4. Bab IV :</p> <ul style="list-style-type: none">• Profil/lahan praktek tidak dimasukkan	
	5/01/2018	<p>1. Bab II :</p> <ul style="list-style-type: none">• Askep ditetakan spesifik masalah• Intervensi ditetakan diakhir	



Lampiran 9

Kegiatan Implementasi

