

**ANALISA PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PENERAPAN TERAPI
AKUPRESUR AURIKULA DALAM MANAJEMEN *UREMIC PRURITUS*
PADA PASIEN YANG MENJALANI HEMODIALISA YANG
MENGALAMI KERUSAKAN INTEGRITAS KULIT**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



Oleh :

FITRONIUS, S.Kep

Nim : P1706018

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

2018

**ANALISA PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PENERAPAN TERAPI
AKUPRESUR AURIKULA DALAM MANAJEMEN *UREMIC PRURITUS*
PADA PASIEN YANG MENJALANI HEMODIALISA YANG
MENGALAMI KERUSAKAN INTEGRITAS KULIT**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Untuk memenuhi Sebagai Persyaratan Mencapai Derajat Profesi Ners (Ners/Ns)

Pada Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda



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

2018

HALAMAN PENGESAHAN

ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PENERAPAN TERAPI AKUPRESUR
AURIKULA DALAM MANAJEMEN UREMIC PRURITUS PADA PASIEN YANG
MENJALANI HEMODIALISA YANG MENGALAMI KERUSAKAN
INTEGRITAS KULIT

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

FITRONIUS

NIM: P1706018

Telah dipertahankan dalam ujian
Pada tanggal 27 Desember 2018

PENGUJI I

Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep., M.Kep
NIK. 113072.83.11.023

(.....)

PENGUJI II

Ns. Runtiani, S.Kep
NIP. 19810508.200701.2.012

(.....)

Mengetahui,

Ketua

STIKES Wiyata Husada Samarinda

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

Ketua Program Studi
Ilmu Keperawatan

STIKES Wiyata Husada Samarinda

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

SAMARINDA

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Fitronius, S.Kep

NIM : P1706027

Program Studi : Program Studi Profesi Ners STIKES Wiyata
Husada Samarinda

Judul Laporan Tugas Akhir : Analisa praktik klinik keperawatan Penerapan
Terapia Akupresur Aurikula Dalam Manajemen *Uremic Pruritus* Pada Pasien Yang Menjalani Hemodialisa
Yang Mengalami Kerusakan Integritas Kulit

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 Akhr Ners ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Samarinda, 27 Desember 2018

Yang membuat pernyataan

Fitronius, S.Kep

NIM. P1706018

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, berkat rahmat dan bimbinganNya saya dapat menyelesaikan. Karya Ilmiah Akhir Ners ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Profesi Ners (Ns) pada Program Studi Profesi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda. Dengan judul karya ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Analisa praktik klinik keperawatan Penerapan Terapi Akupresur Aurikula Dalam Manajemen *Uremic Pruritus* Pada Pasien Yang Menjalani Hemodialisa Yang Mengalami Kerusakan Integritas Kulit. 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. Bapak Edy Mulyono, Ns., S.Pd., S.Kep., M.Kep., selaku Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda.
3. Bapak Rusdi, Ns., S.Kep., M.Kep., selaku Ketua Program Studi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda. Terima kasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya terhadap ilmu keperawatan.
4. Bapak Chrisyen Damanik, Ns., S.Kep., M.kep., selaku Dosen dan Pembimbing 1 STIKES Wiyata Husada Samarinda. Terima kasih atas pembelajaran dan bimbingan serta semua ilmu yang telah diberikan sebagai dedikasinya terhadap ilmu keperawatan.
5. Ns. Runtiani, S.Kep Selaku Pembimbing 2 STIKES Wiyata Husada Samarinda. Terima kasih atas pembelajaran dan bimbingan serta ilmu yang telah diberikan selama masa bimbingan sebagai bentuk dedikasinya terhadap ilmu keperawatan.
6. Terima kasih kepada Ayah dan Ibunda yang selalu memberikan semangat dan motivasi serta doa untuk keberhasilan anak tercintanya.
7. Terima kasih kepada teman-teman bimbingan seperjuangan Program Studi Profesi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda.
8. Terima kasih kepada teman-teman seperjuangan Program Studi Profesi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Dan semua pihak yang telah membantu menyelesaikan Laporan Karya ilmiah Akhir Ners ini. Mohon maaf atas segala kesalahan dan ketidak sopanan yang mungkin telah saya perbuat.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa memudahkan setiap langkah-langkah kita menuju kebaikan dan selalu menganugrahkan kasih dan sayang-Nya untuk kita semua. Amin.

Samarinda, 27 Desember 2018

Penulis



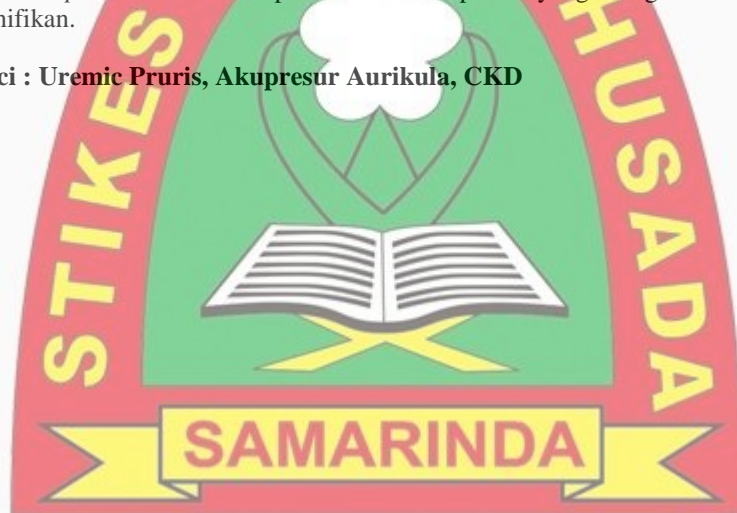
ANALISA PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PENERAPAN TERAPI AKUPRESUR AURIKULA DALAM MANAJEMEN UREMIC PRURITUS PADA PASIEN YANG MENJALANI HEMODIALISA YANG MENGALAMI KERUSAKAN INTEGRITAS KULIT

Fitronius¹, Chrisyen Damanik², Andri Rupawan³

Abstrak

Uremic pruritus adalah istilah yang dipakai untuk pruritus yang dialami oleh pasien penyakit ginjal stadium akhir, dengan tidak disertai oleh penyakit-penyakit lain yang dapat menyebabkan gatal. *Uremic pruritus* pada CKD ini jarang mendapatkan perhatian dalam asuhan keperawatan maupun dari kedokteran. Tindakan terapi komplementer keperawatan yang dapat dilakukan untuk menurunkan *Uremic pruritus* salah satunya dengan memberikan terapi *Akupresur Aurikula* pada pasien CKD yang mengalami *Uremic Pruritus*. Hasil dari penerapan intervensi ini menunjukkan bahwa pemberian terapi *Akupresur Aurikula* memberikan efektifitas penurunan *Uremic pruritus*. Hasil skor menunjukkan bahwa turunnya tingkat *Uremic pruritus* di ukur menggunakan skala ukur VAS yaitu 6 menjadi 4, dari hasil tersebut menunjukkan *Akupresur Aurikula* dapat menurunkan pasien yang mengalami *Uremic Pruritus* sangat Signifikan.

Kata Kunci : *Uremic Pruris, Akupresur Aurikula, CKD*



¹ Program Studi Profesi Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda.

² Program Studi Profesi Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda.

³ Program Studi Profesi Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda

ANALYSIS OF NURSING CLINICAL PRACTICE APPLICATION OF AURICULAR ACUPRESSURE THERAPY IN UREMIC PRURITUS MANAGEMENT IN HEMODIALISA PATIENTS THAT HAVE DAMAGE TO SKIN INTEGRITY

Fitronius¹, Chrisylen Damanik², Runtiani³

Abstract

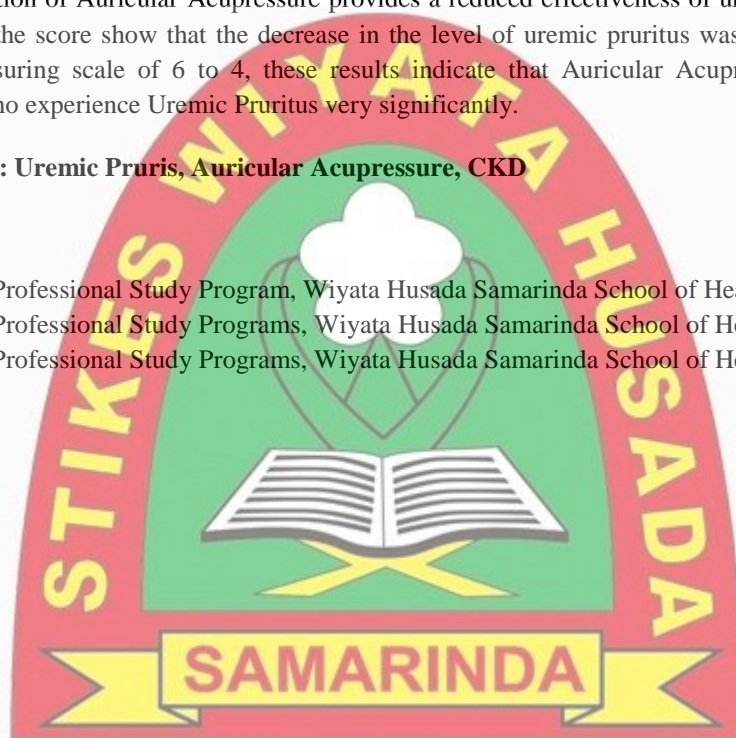
Uremic pruritus is a term used for pruritus experienced by patients with end-stage kidney disease, not accompanied by other diseases that can cause itching. This uremic pruritus in CKD rarely gets attention in nursing care or from medicine. The nursing complementary therapeutic measures that can be done to reduce uremic pruritus is by providing Auricular Acupressure therapy in CKD patients who have Uremic Pruritus. The results of the application of this intervention show that the administration of Auricular Acupressure provides a reduced effectiveness of uremic pruritus. The results of the score show that the decrease in the level of uremic pruritus was measured using a VAS measuring scale of 6 to 4, these results indicate that Auricular Acupressure can reduce patients who experience Uremic Pruritus very significantly.

Keywords: Uremic Pruritis, Auricular Acupressure, CKD

¹ Nursing Professional Study Program, Wiyata Husada Samarinda School of Health Sciences.

² Nursing Professional Study Programs, Wiyata Husada Samarinda School of Health Sciences.

³ Nursing Professional Study Programs, Wiyata Husada Samarinda School of Health Sciences.



DAFTAR ISI

	Hal
Halaman Judul.....	i
Lembar Pengesahan	ii
Lembar Pernyataan Keaslian.....	iii
Kata Pengantar	iv
Abstrak	vi
Intisari	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar Tabel	x
Daftar Gambar.....	xi
Daftra Lampiran	xii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan masalah	5
C. Tujuan Penulis	5
D. Manfaat Penulisan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Telaah Pustaka	9
B. Konsep gagal ginjal kronik.....	9
C. Konsep hemodialisa.....	18
D. Konsep <i>Uremic Pruritus</i>	27
E. Konsep Akupresur Aurikula.....	41
BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA	
A. Pengkajian	50
B. Analisa Data	51
C. Diagnosa Keperawatan.....	53
D. Rencana Intervensi, Implementasi dan Evaluasi Kelolaan	53
E. Rencana Intervensi, Implementasi dan Evaluasi Inovasi.....	54
F. Rencana Intervensi, Implementasi dan Evaluasi Resum.....	56
G. Perbandingan Hasil Intervensi	65
BAB IV ANALISIS SITUASI	
A. Profil Lahan Praktek	66
B. Analisa Masalah Keperawatan dengan Konsep Terkait	67
C. Analisa Salah Satu Intervensi dengan Konsep dan Penelitian ...	70
BAB V PENUTUP	
A. Simpulan	74
B. Saran.....	85

Daftar Pustaka

Lampiran

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 sirkulasi hemodialisa 19



DAFTAR TABEL

Table 3.1 Analisa Data.....	51
Table 3.2 Frekuensi tindakan Inovasi	56



DAFTAR GRAFIK

Table 3.1 Pebandingan Frekuensi Pada Klien Kelolaan dan Resum 61



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Time line
- Lampiran 2 : Asuhan keperawatan resum
- Lampiran 3 : Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 4 : SOP Akupresur Aurikula
- Lampiran 5 : Skala Ukur VAS dan DUO dan Mettang
- Lampiran 6 : Dokumentasi
- Lampiran 7 : ManuSkrip



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu organ yang memiliki fungsi penting didalam tubuh adalah ginjal, dimana ginjal memiliki peran vital bagi tubuh manusia. Bukan hanya berfungsi menyaring darah dan membuang cairan sampah metabolisme dari dalam tubuh, ginjal juga berfungsi untuk menjaga keseimbangan elektrolit, mengontrol tekanan darah dan menstimulasi produksi dari sel-sel darah merah (Nursalam, 2009). Fungsi lainnya dari ginjal diantaranya mengatur konsentrasi garam dalam darah, dan mengatur keseimbangan asam basa serta ekskresi bahan buangan kelebihan garam. Mengingat fungsi ginjal yang begitu penting, tentu saja akan menyebabkan kesulitan besar apabila mengalami kerusakan.

Menurut data WHO, penyakit ginjal telah menyebabkan kematian pada 850 ribu orang setiap tahunnya. Angka tersebut menunjukkan bahwa penyakit ginjal menduduki peringkat ke-12 tertinggi sebagai penyebab angka kematian dunia. Di seluruh dunia, diperkirakan 2 juta orang mendapat dialisis setiap tahunnya dan di Indonesia angkanya mencapai 55.000 orang (Anna, 2011). Amerika Serikat pada tahun 2010 didapatkan data sejumlah 651.000 penderita gagal ginjal kronik yang dirawat dengan *dialysis* dan transplantasi ginjal dan 200.000 orang penderita yang menjalani hemodialisis karena gangguan ginjal kronis, artinya terdapat 1.140 dalam satu juta penderita adalah pasien *dialysis*.

Negara Indonesia termasuk negara dengan tingkat penderita gagal ginjal kronik yang cukup tinggi. Menurut survey yang dilakukan Perhimpunan Nefrologi Indonesia (PERNEFRI) jumlah penderita penyakit ginjal kronik (PGK) mengalami peningkatan 5-10% setiap tahunnya, dan terapi pengganti ginjal (TPG) merupakan suatu tindakan perawatan yang diperlukan untuk penderita penyakit ginjal kronik (PGK) stadium 5. Pada tahun 2009, prevalensi CKD di Indonesia sekitar 12,5%, berarti sekitar 18 juta orang dewasa di Indonesia menderita penyakit ginjal kronik (PERNEFRI, 2011).

Begitu pula di Kalimantan Timur dimana berdasarkan data rekam medik di ruang HD RSUD A.W Sjahranie, didapatkan jumlah pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisis mengalami peningkatan setiap tahunnya yaitusebanyak 250 orang yang menjalani hemodialisa terhitung sejak bulan Juli-Desember 2017 (Rekam Medik Ruang HD RSUD A.W Sjahranie).

Penyakit ginjal kronik (PGK) merupakan kerusakan ginjal yang menyebabkan ginjal tidak dapat membuang racun dan produk sisa darah, yang ditandai adanya protein dalam urin dan penurunan laju filtrasi glomerulus (LFG) yang berlangsung selama lebih dari tiga bulan (Black & Hawks, 2009 didalam Systriana, 2018).

Berdasarkan *Indonesian Renal Registry* (IRR) tahun 2016, sebanyak 98% penderita gagal Ginjal menjalani terapi Hemodialisis dan 2% menjalani terapi Peritoneal Dialisis (PD). Kasus gagal ginjal di Indonesia setiap tahunnya masih terbilang tinggi. Jumlah penderitanya mencapai 300.000 orang tetapi belum semua pasien dapat tertangani oleh para tenaga medis, baru sekitar 25.000 orang pasien yang dapat ditangani, artinya ada 80 persen pasien tak tersentuh pengobatan sama sekali (Susalit, 2012).

Penatalaksanaan CKD dapat dilakukan dengan berbagai cara diantaranya pengaturan diit, masukan kalori suplemen dan vitamin, pembatasan asupan cairan, obat-obatan, terapi penggantian ginjal seperti transplantasi ginjal dan hemodialisis (HD). Hemodialisa sendiri merupakan salah satu metode terapi yang digunakan untuk dapat mempertahankan fungsi ginjal yang stabil sehingga tidak mengalami kondisi penyakit yang semakin parah (Rahardjo, 2006 dalam Susanti. H, 2016).

Peningkatan pasien dengan penyakit ginjal kronik akan membuat permasalahan yang akan sangat berpengaruh pada komplikasi yang semakin kompleks. Dimana keadaan ini disebut sebagai stadium akhir gagal ginjal progresif atau yang lebih dikenal dengan nama *end stage renal disease* (ERSD). ERSD terjadi apabila sekitar 90% dari massa nefron telah hancur, atau sekitar 200.000 nefron yang masih utuh. Nilai GFR hanya 10 % dari keadaan normal, dan bersihan kreatinin mungkin sebesar 5-10 ml per menit atau kurang. Pada keadaan ini, kreatinin serum dan kadar BUN akan meningkat

dengan sangat menyolok sebagai respon terhadap GFR yang mengalami sedikit penurunan. Pada ERSD, pasien mulai merasakan gejala-gejala yang cukup parah, karena ginjal tidak sanggup lagi mempertahankan homeostatis cairan dan elektrolit dalam tubuh. Kompleks perubahan biokimia ini akan menimbulkan *sindrom uremik* (Price & Wilson, 2005).

Sindrom uremik adalah suatu kompleks gejala yang terjadi akibat atau berkaitan dengan retensi metabolit nitrogen karena gagal ginjal. Pada uremia lanjut, sebagian fungsi dari semua sistem organ tubuh dapat menjadi abnormal. Salah satu gejala klinis yang terjadi pada sindrom uremik adalah kelainan pada kulit yang dikenal dengan *uremic pruritus* (Price & Wilson, 2005).

Uremic pruritus pada CKD ini jarang mendapatkan perhatian dalam asuhan keperawatan maupun dari kedokteran menurut penelitian Szepietowski, J. C. *et al* (2011) menunjukkan bahwa kondisi kulit turut berpartisipasi menurunkan kualitas hidup seseorang dengan gagal ginjal kronik tetapi masih kurang dipedulikan di praktek klinik. Dimana keutuhan integritas kulit merupakan pemenuhan dari kebutuhan akan *safety* dan *self esteem* dari teori Maslow. Oleh karena itu, pasien dengan gagal ginjal perlu diperhatikan integritas kulitnya.

Uremic pruritus dianggap sebagai manifestasi peningkatan fungsi kelenjar paratiroid dan pengendapan kalsium dalam kulit. Jika kadar BUN sangat tinggi, maka pada bagian-bagian kulit yang banyak berkeringat akan timbul kristal-kristal urea yang halus dan berwarna putih (Price & Wilson, 2005). Pada penyakit ginjal tahap akhir, terapi pengganti ginjal diperlukan untuk mempertahankan hidup. Terapi pengganti ginjal dapat berupa hemodialisa dan transplantasi ginjal.

Hemodialisa (HD) merupakan salah satu terapi untuk mengalirkan darah ke dalam suatu alat yang terdiri dari dua kompartemen yaitu darah dan dialisat untuk mengeluarkan sisa hasil metabolisme dan kelebihan cairan tubuh (Lewis *et al.*, 2011). Hal ini memiliki arti bahwa hemodialisa memberi peluang untuk mengeluarkan kadar ureum yang berlebihan dalam darah. Namun *uremic pruritus* biasanya sangat resisten terhadap pengobatan dialisis serta agen-agen topikal (Price & Wilson, 2005). Sehingga pasien dengan *uremic pruritus*

membutuhkan tindakan komplementer yang mampu meringankan gejala pruritus.

Terapi komplementer adalah cara penanggulangan penyakit yang dilakukan sebagai pendukung kepada pengobatan medis konvensional atau sebagai pengobatan pilihan lain diluar pengobatan medis yang konvensional. Salah satu terapi komplementer yang kini populer dimasyarakat adalah terapi akupresur. Terapi akupresur adalah perkembangan terapi pijat yang berlangsung seiring dengan perkembangan ilmu akupunktur karena teknik pijat akupresur adalah turunan dari ilmu akupunktur. Teknik dalam terapi ini menggunakan jari tangan sebagai pengganti jarum tetapi dilakukan pada titik-titik yang sama seperti yang digunakan pada terapi akupunktur. Ada beberapa jenis klasifikasi dari akupresur, salah satunya adalah akupresur telinga.

Dari pengalaman praktik para pakar akupunktur, ditemukan titik-titik reaksi pada telinga dan hubungannya dengan penyakit yang terdapat pada bagian tubuh penderita. Hampir semua jenis penyakit bisa disembuhkan dengan pijat dan akupunktur telinga, mulai dari penyakit ringan hingga penyakit mematikan. Dari berbagai macam penyakit tersebut diantaranya adalah penyakit kulit. Beberapa penyakit kulit yang sering menyerang yaitu gatal-gatal (pruritus). Pruritus merupakan jenis penyakit kulit yang menyebabkan kita selalu ingin menggaruk. Hal ini menimbulkan perasaan tidak nyaman dan sering sekali mengakibatkan lecet-lecet. Penanggulangan pruritus dengan pijat dan akupunktur telinga dilakukan pada titik adrenal (T.13), titik paru-paru (T.101), dan titik adrenal (T.82) (Djing, 2006).

Cara melakukan terapi pijat telinga menurut Djing (2006) ada empat macam yaitu teknik menekan titik telinga, teknik mengerik, teknik tinggal biji-bijian, dan teknik dua kutub magnet saling memijat. Adapun teknik terapi pijat telinga yang paling mudah dan menggunakan alat yang sederhana ialah teknik tinggal biji-bijian. Pemijatan telinga dengan teknik tinggal biji-bijian yang dimaksud yaitu menempelkan biji-bijian pada titik-titik terapi. Biji-bijian yang dapat digunakan bisa berupa biji sawi (Djing, 2006).

Penatalaksanaan CKD dapat dilakukan dengan berbagai cara diantaranya pengaturan diet, masukan kalori suplemen dan vitamin, pembatasan asupan

cairan, obat-obatan, terapi penggantian ginjal seperti transplantasi ginjal dan hemodialisis (HD). Hemodialisa sendiri merupakan salah satu metode terapi yang digunakan untuk dapat mempertahankan fungsi ginjal yang stabil sehingga tidak mengalami kondisi penyakit yang semakin parah (Rahardjo, 2006 dalam Susanti. H, 2016).

ERSD terjadi apabila sekitar 90% dari massa nefron telah hancur, atau sekitar 200.000 nefron yang masih utuh. Nilai GFR hanya 10 % dari keadaan normal, dan bersihan kreatinin mungkin sebesar 5-10 ml per menit atau kurang. Pada keadaan ini, kreatinin serum dan kadar BUN akan meningkat dengan sangat menyolok sebagai respon terhadap GFR yang mengalami sedikit penurunan. Pada ERSD, pasien mulai merasakan gejala-gejala yang cukup parah, karena ginjal tidak sanggup lagi mempertahankan homeostatis cairan dan elektrolit dalam tubuh. Kompleks perubahan biokimia ini akan menimbulkan *sindrom uremik* (Price & Wilson, 2005).

Bedasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners Yang berjudul Analisis praktik klinik keperawatan pada pasien *chronic kidney disease* (CKD) dengan intervensi inovasi pemberian akupresur aurikula terhadap *uremic pruritus* pada pasien di ruang hemodialisa RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

B. Perumusan Masalah

Salah satu organ yang memiliki fungsi penting didalam tubuh adalah ginjal, dimana ginjal memiliki peran vital bagi tubuh manusia. Bukan hanya berfungsi menyaring darah dan membuang cairan sampah metabolisme dari dalam tubuh, ginjal juga berfungsi untuk menjaga keseimbangan elektrolit, mengontrol tekanan darah dan menstimulasi produksi dari sel-sel darah merah (Nursalam, 2009). Data WHO, penyakit ginjal telah menyebabkan kematian pada 850 ribu orang setiap tahunnya. Angka tersebut menunjukkan bahwa penyakit ginjal menduduki peringkat ke-12 tertinggi sebagai penyebab angka kematian dunia. Di seluruh dunia, diperkirakan 2 juta orang mendapat dialisis setiap tahunnya dan di indonesia angkanya mencapai 55.000 orang (Anna, 2011).

Amerika Serikat pada tahun 2010 didapatkan data sejumlah 651.000 penderita gagal ginjal kronik yang dirawat dengan *dialysis* dan transplantasi ginjal dan 200.000 orang penderita yang menjalani hemodialisis karena gangguan ginjal kronis, artinya terdapat 1.140 dalam satu juta penderita adalah pasien *dialysis*.

Negara Indonesia termasuk negara dengan tingkat penderita gagal ginjal kronik yang cukup tinggi. Menurut survey yang dilakukan Perhimpunan Nefrologi Indonesia (PERNEFRI) jumlah penderita penyakit ginjal kronik (PGK) mengalami peningkatan 5-10% setiap tahunnya, dan terapi pengganti ginjal (TPG) merupakan suatu tindakan perawatan yang diperlukan untuk penderita penyakit ginjal kronik (PGK) stadium 5. Pada tahun 2009, prevalensi CKD di Indonesia sekitar 12,5%, berarti sekitar 18 juta orang dewasa di Indonesia menderita penyakit ginjal kronik (PERNEFRI, 2011).

Begitu pula di Kalimantan Timur dimana berdasarkan data rekam medik di ruang HD RSUD A.W Sjahranie, didapatkan jumlah pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisis mengalami peningkatan setiap tahunnya yaitu sebanyak 250 orang yang menjalani hemodialisa terhitung sejak bulan Juli-Desember 2017 (Rekam Medik Ruang HD RSUD A.W Sjahranie).

Penyakit ginjal kronik (PGK) merupakan kerusakan ginjal yang menyebabkan ginjal tidak dapat membuang racun dan produk sisa darah, yang ditandai adanya protein dalam urin dan penurunan laju filtrasi glomerulus (LFG) yang berlangsung selama lebih dari tiga bulan (Black & Hawks, 2009 didalam Systriana, 2018). *Sindrom uremik* adalah suatu kompleks gejala yang terjadi akibat atau berkaitan dengan retensi metabolit nitrogen karena gagal ginjal. Pada uremia lanjut, sebagian fungsi dari semua sistem organ tubuh dapat menjadi abnormal. Salah satu gejala klinis yang terjadi pada sindrom uremik adalah kelainan pada kulit yang dikenal dengan *uremic pruritus* (Price & Wilson, 2005).

Dari pengalaman praktik para pakar akupunktur, ditemukan titik-titik reaksi pada telinga dan hubungannya dengan penyakit yang terdapat pada bagian tubuh penderita. Hampir semua jenis penyakit bisa disembuhkan dengan pijat dan akupunktur telinga, mulai dari penyakit ringan hingga

penyakit mematikan. Dari berbagai macam penyakit tersebut diantaranya adalah penyakit kulit. Beberapa penyakit kulit yang sering menyerang yaitu gatal-gatal (*pruritus*). (Djing, 2006).

Adapun rumusan masalah pada KIAN ini adalah merujuk pada “Bagaimanakah Analisa Praktik Klinik Keperawatan Penerapan Terapi Akupresur Aurikula Dalam Manajemen *Uremic Pruritus* Pada Pasien Yang Menjalani Hemodialisa Yang Mengalami Kerusakan Integritas Kulit ?”.

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini bertujuan untuk melakukan Penerapan Terapi Akupresur Aurikula Dalam Manajemen *Uremic Pruritus* Pada Pasien Yang Menjalani Hemodialisa Yang Mengalami Kerusakan Integritas Kulit.

2. Tujuan Khusus

- a. Menggambarkan kasus kelolaan pada klien dengan diagnosa gagal ginjal kronik dengan *uremic pruritus* dan Menggambarkan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa gagal ginjal kronik dengan *uremic pruritus*
- b. Menganalisa masalah keperawatan dengan konsep terkait pemberian akupresur aurikula terhadap *uremic pruritus* pada pasien dengan diagnosa gagal ginjal kronik

D. Manfaat Penulisan

1. Manfaat Aplikatif

a. Bagi pasien

Dapat menjadi terapi nonfarmakologi untuk mengontrol *uremic pruritus* pada pasien gagal ginjal dan sangat mudah untuk dilakukan sehari-hari tanpa mengeluarkan biaya serta dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien.

b. Bagi Perawat

Dapat mengaplikasikan tindakan keperawatan mandiri terapi nonfarmakologi untuk menurunkan *uremic pruritus* dan dapat diterapkan

sebagai salah satu tindakan dalam pemberian asuhan keperawatan sebagai pendamping terapi farmakologi pada pasien gagal ginjal kronik.

2. Manfaat bagi keilmuan keperawatan

a. Manfaat bagi penulis

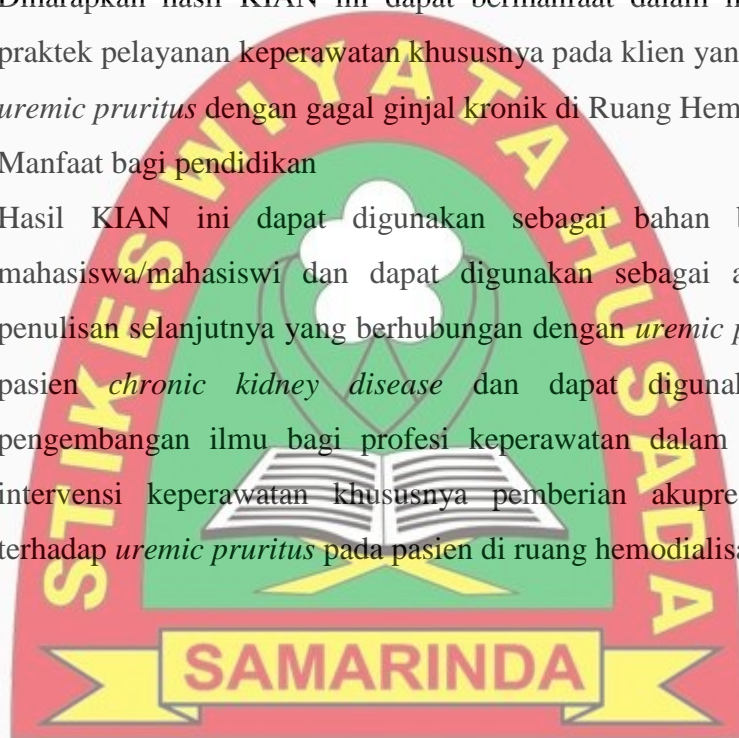
Menambah wawasan penulis tentang pengaruh pemberian akupresur aurikula terhadap *uremic pruritus* pada pasien *chronic kidney disease* (CKD) dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh perawat

b. Manfaat bagi rumah sakit

Diharapkan hasil KIAN ini dapat bermanfaat dalam meningkatkan praktek pelayanan keperawatan khususnya pada klien yang mengalami *uremic pruritus* dengan gagal ginjal kronik di Ruang Hemodialisa

c. Manfaat bagi pendidikan

Hasil KIAN ini dapat digunakan sebagai bahan bacaan bagi mahasiswa/mahasiswi dan dapat digunakan sebagai acuan dalam penulisan selanjutnya yang berhubungan dengan *uremic pruritus* pada pasien *chronic kidney disease* dan dapat digunakan sebagai pengembangan ilmu bagi profesi keperawatan dalam memberikan intervensi keperawatan khususnya pemberian akupresur aurikula terhadap *uremic pruritus* pada pasien di ruang hemodialisa



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Gagal Ginjal Kronik

1. Defenisi

Chronic kidney disease (CKD) atau gagal ginjal kronik (GGK) adalah suatu sindrom klinis yang disebabkan penurunan fungsi ginjal yang bersifat menahun, berlangsung progresif, dan cukup lanjut. Hal ini terjadi apabila laju filtrasi glomerular (LFG) kurang dari 50ml/menit. Gagal ginjal kronik sesuai dengan tahapannya dapat ringan, sedang atau berat. Gagal ginjal tahap akhir adalah tingkat gagal ginjal yang dapat mengakibatkan kematian kecuali jika dilakukan terapi pengganti (Callghan, 2013).

2. Etiologi

Price dan Wilson (2006) menjelaskan bahwa penyebab gagal ginjal kronik adalah sebagai berikut :

- a. Penyakit infeksi tubulointerstisial : Pielonefritis kronik atau refluksnefropati
- b. Penyakit peradangan : Glomerulonefritis
- c. Penyakit vaskuler hipertensif : Nefrosklerosis benigna, Nefrosklerosis maligna, Stenosis arteria renalis
- d. Gangguan jaringan ikat : Lupus eritematosus sistemik, poliarteritis nodosa, sklerosis sistemik progresif
- e. Gangguan congenital dan herediter : Penyakit ginjal polikistik, asidosis tubulus ginjal
- f. Penyakit metabolik: Diabetes mellitus, gout, hiperparatiroidisme, amiloidosis
- g. Nefropati toksik : Penyalahgunaan analgesi, nefropati timah
- h. Nefropati obstruktif : Traktus urinarius bagian atas (batu/calculi, neoplasma, fibrosis, retroperitoneal), traktus urinarius bawah (hipertropi

prostat, striktur uretra, anomaly congenital leher vesika urinaria dan uretra).

3. Patofisiologi

Patofisiologis pada gagal ginjal kronik tergantung dari penyakit yang menyebabkannya. Pada awal perjalanannya, keseimbangan cairan dan penimbunan produksi sisa masih bervariasi dan bergantung pada bagian ginjal yang sakit. Sampai fungsi ginjal turun kurang dari 25%, manifestasi gagal ginjal kronik mungkin minimal karena nefron –nefron lain yang sehat mengambil alih fungsi nefron yang rusak.

Nefron yang rusak meningkatkan laju filtrasi, reabsorpsi dan sekresinya serta mengalami hipertrofi dalam proses tersebut. Seiring dengan semakin banyaknya nefron yang mati, nefron yang tersisa menghadapi tugas yang semakin berat, sehingga nefron – nefron tersebut mengalami kerusakan dan akhirnya mati. Siklus kematian ini tampaknya berkaitan dengan nefron – nefron yang ada untuk meningkatkan reabsorpsi protein. Seiring dengan progresif penyusutan dari nefron, akan terjadi pembentukan jaringan parut dan penurunan aliran darah ke ginjal (Corwin 2009).

Proses kegagalan ginjal selanjutnya masuk ketahap insufisiensi ginjal. Sisa akhir metabolisme mulai terakumulasi dalam darah sebab nefron sehat yang tersisa tidak cukup untuk mengkompensasi nefron yang tidak berfungsi, yang akan mengakibatkan tertimbunnya produk sisa metabolisme di dalam darah yang tidak dapat dikeluarkan oleh ginjal akan mengganggu kerja dari sistem tubuh lainnya. Kerja sistem tubuh yang terganggu meliputi sistem gastrointestinal, integumen, hematologi, syaraf dan otot, kardiovaskuler serta endokrin. Pasien gagal ginjal kronik sering menunjukkan manifestasi klinis berbagai keadaan patologis disfungsi organ baik yang disebabkan oleh penyakit primer (diabetes melitus) dan efek patologis intrinsik uremia atau keduanya. Uremia mengacu pada banyak efek yang dihasilkan dari ketidakmampuan untuk mengekskresikan produk dari metabolisme protein dan asam amino. Beberapa produk metabolisme tertentu menyebabkan disfungsi organ. Efek multiorgan uremia juga

disebabkan oleh gangguan dari berbagai metabolisme dan fungsi endokrin yang biasanya dilakukan oleh ginjal (Milner, 2003).

Dari urutan kejadian diatas akan menimbulkan berbagai manifestasi klinis dan komplikasi pada seluruh sistem tubuh. Semakin banyak tertimbun sisa akhir metabolisme, maka gejala akan semakin berat. Klien akan merasa kesulitan dalam menjalani aktivitas sehari – hari akibat timbulnya berbagai macam manifestasi klinis tersebut (Corwin 2009).

4. Manifestasi Klinis

a. Gangguan pada sistem gastrointestinal

- 1) Anoreksia, mual dan muntah yang berhubungan dengan gangguan metabolisme protein didalam usus, terbentuknya zat-zat toksik akibat metabolisme bakteri usus seperti ammonia dan metal guanidin, serta sebabnya mukosa.
- 2) Foetor uremik disebabkan oleh ureum yang berlebihan pada air liur diubah oleh bakteri di mulut menjadi ammonia sehingga nafas berbau ammonia. Akibat yang lain adalah timbulnya stomatitis dan parotitis.
- 3) Gastritis erosif, ulkus peptik dan kolitis uremik

b. Sistem Integumen

- 1) Kulit berwarna pucat akibat anemia dan kekuning-kuningan akibat penimbunan urokrom. Gatal-gatal dengan eksoriasi akibat toksin uremik dan pengendapan kalsium dipori-pori kulit
- 2) Ekimosis akibat gangguan hematologis
- 3) Bekas-bekas garukan karena gatal-gatal

c. Sistem Hematologi

- 1) Anemia, dapat disebabkan berbagai faktor, antara lain :
 - a) Berkurangnya produksi eritropoietin, sehingga rangsangan eritropoesis pada sumsum tulang menurun
 - b) Hemolisis, akibat berkurangnya massa hidup eritrosit dalam suasana uremia toksik
 - c) Defisiensi besi, asam folat, dan lain-lain, akibat nafsu makan yang berkurang

- d) Perdarahan, paling sering pada saluran pencernaan dan kulit
 - e) Fibrosis sumsum tulang akibat hiperparatiroidisme sekunder
- 2) Gangguan fungsi trombosit dan trombositopenia mengakibatkan perdarahan
- 3) Sistem saraf dan otot
- a) Restless leg syndrome, klien merasa pegal pada kakinya sehingga selalu digerakkan
 - b) Burning feet syndrome, klien merasa kesemutan dan seperti terbakar, terutama ditelapak kaki
 - c) Ensefalopati metabolik, klien tampak lemah tidak bisa tidur, gangguan konsentrasi, tremor, mioklonus, kejang
 - d) Miopati, klien tampak mengalami kelemahan dan hipotrofi otototototot ekstremitas proximal
- 4) Sistem Endokrin
- a) Gangguan metabolisme glukosa, resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin.
 - b) Gangguan metabolisme lemak
 - c) Gangguan metabolisme vitamin D
 - d) Gangguan Seksual
- 5) Sistem Kardiovaskuler
- a) Hipertensi akibat penimbunan cairan dan garam atau peningkatan aktivitas sistem rennin-angiotensin-aldosteron
 - b) Nyeri dada dan sesak nafas akibat perikarditis, efusi pericardial, penyakit jantung koroner akibat aterosklerosis yang timbul dini dan gagal jantung akibat penimbunan cairan
 - c) Gangguan irama jantung aterosklerosis dini, gangguan elektrolit dan klasifikasi metastatic
 - d) Edema akibat penimbunan cairan
- 6) Gangguan sistem lainnya
- a) Tulang: Osteodistrof irenal yaitu osteomalasia, osteitis fibrosa, osteosklerosis dan klasifikasi metastatik

- b) Asidosis: Metabolik akibat penimbunan asam organik sebagai hasil metabolisme
 - c) Elektrolit: Hiperfosfatemia, hiperkalemia, hipokalsemia
 - d) Miopati, klien tampak mengalami kelemahan dan hipotrofi otototot ekstremitas proximal
- 7) Sistem Endokrin
- a) Gangguan metabolisme glukosa, resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin.
 - b) Gangguan metabolisme lemak
 - c) Gangguan metabolisme vitamin D
 - d) Gangguan Seksual
- 8) Sistem Kardiovaskuler
- a) Hipertensi akibat penimbunan cairan dan garam atau peningkatan aktivitas sistem rennin-angiotensin-aldosteron
 - b) Nyeri dada dan sesak nafas akibat perikarditis, efusi pericardial, penyakit jantung koroner akibat aterosklerosis yang timbul dini dan gagal jantung akibat penimbunan cairan
 - c) Gangguan irama jantung aterosklerosis dini, gangguan elektrolit dan klasifikasi metastatic
 - d) Edema akibat penimbunan cairan
- 9) Gangguan sistem lainnya
- a) Tulang: Osteodistrof irenal yaitu osteomalasia, osteitis fibrosa, osteosklerosis dan klasifikasi metastatik
 - b) Asidosis: Metabolik akibat penimbunan asam organik sebagai hasil metabolisme
 - c) Elektrolit: Hiperfosfatemia, hiperkalemia, hipokalsemia

5. Pemeriksaan penunjang

- a. Radiologi: Untuk menilai keadaan ginjal dan derajat komplikasi ginjal
- b. Foto polos abdomen: Menilai bentuk dan besar ginjal serta adakah batu/obstruksi lain

- c. Pielografi Intra Vena: Menilai sistem pelviokalis dan ureter, beresiko terjadi penurunan faal ginjal pada usia lanjut, DM dan nefropati asam urat
- d. USG: Menilai besar dan bentuk ginjal, tebal parenhim ginjal, anatomi sistem pelviokalis dan ureter proksimal, kepadatan parenhim ginjal, anatomi sistem pelviokalis dan ureter proksimal, kandung kemih serta prostat
- e. Renogram: Menilai fungsi ginjal kanan dan kiri, lokasi gangguan (vaskuler, parenkhim) serta sisa fungsi ginjal.

6. Penatalaksanaan

Tujuan utama penatalaksanaan pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah untuk mempertahankan fungsi ginjal yang tersisa dan homeostasis tubuh selama mungkin serta mencegah atau mengobati komplikasi (Smeltzer, 2001; Rubenstein dkk, 2007). Terapi konservatif tidak dapat mengobati *Chronic Kidney Disease* (CKD) namun dapat memperlambat progres dari penyakit ini karena yang dibutuhkan adalah terapi penggantian ginjal baik dengan dialisis atau transplantasi ginjal.

Lima sasaran dalam manajemen medis *Chronic Kidney Disease* (CKD) meliputi :

- a. Untuk memelihara fungsi renal dan menunda dialisis dengan cara mengontrol proses penyakit melalui kontrol tekanan darah (diet, kontrol berat badan dan obat-obatan) dan mengurangi intake protein.
- b. pembatasan protein, menjaga intake protein sehari-hari dengan nilai biologik tinggi < 50 gr), dan katabolisme (menyediakan kalori nonprotein yang adekuat untuk mencegah atau mengurangi katabolisme)
- c. Mengurangi manifestasi ekstra renal seperti pruritus , neurologik, perubahan hematologi, penyakit kardiovaskuler
- d. Meningkatkan kimiawi tubuh melalui dialisis, obat-obatan dan diet
 - e. Mempromosikan kualitas hidup pasien dan anggota keluarga (Black & Hawks, 2011).

Penatalaksanaan konservatif dihentikan bila pasien sudah memerlukan dialisi tetap atau transplantasi. Pada tahap ini biasanya GFR sekitar 5-10 ml/mnt. Dialisis juga diperlukan bila :

- a. Asidosis metabolik yang tidak dapat diatasi dengan obat-obatan
- b. Hiperkalemia yang tidak dapat diatasi dengan obat-obatan
- c. Overload cairan (edema paru)
- d. Ensefalopati uremic, penurunan kesadaran
- e. Efusi perikardial
- f. Sindrom uremia (mual, muntah, anoreksia, neuropati) yang memburuk.
- g. Menurut Sunarya, penatalaksanaan dari CKD berdasarkan derajat LFG nya, yaitu:

Tabel
 Penatalaksanaan derajat *Chronic Kidney Disease* (CKD)

(Suwitra, 2011)

derajat	LFG (ml/mnt/1,873m ²)	Perencanaan penatalaksanaan terapi
1	>90	Dilakukan terapi pada penyakit dasarnya, Kondisi komorbid, evaluasi perburukan (progression) fungsi ginjal, memperkecil resiko kardiovaskuler.
2	60-80	Menghambat perburukan (progression) fungsi ginjal
3	0-59	Mengevaluasi dan melakukan terapi pada komplikasi
4	15-29	Persiapan untuk pengganti ginjal (dialisis)
5	<15	Dialysis dan mempersiapkan terapi pergantian ginjal (trasplantasi ginjal)

B. Konsep Hemodialisa

1. Definisi

Hemodialisis adalah suatu teknologi tinggi sebagai terapi pengganti fungsi ginjal untuk mengeluarkan sisa-sisa metabolisme atau racun tertentu dari peredaran darah manusia seperti air, natrium, kalium, hydrogen, urea, kreatinin, asam urat, dan zat-zat lain melalui membrane semi permeable sebagai pemisah darah dan cairan dialisis pada ginjal buatan di mana terjadi proses difusi, osmosis dan ultrasiftrasi. Dialysis bisa digunakan sebagai pengobatan jangka panjang untuk GJK atau sebagai pengobatan sementara sebelum penderita menjalani transplantasi ginjal. Adapun pada GGA, dialysis hanya selama beberapa hari atau beberapa minggu, sampai fungsi ginjal kembali normal. (Haryono,2012).

Pada hemodialisis, darah adalah salah satu kompartemen dan dialisis adalah bagian yang lain. Membrane semipermeable adalah lembar tipis, berpori-pori terbuat dari selulosa atau bahan sintetik. Ukuran pori-pori membran memungkinkan difusi zat dengan berat molekul rendah seperti urea, kreatinin, dan asam urat berdifusi. Molekul air juga sangat kecil dan bergerak bebas melalui membrane, tetapi kebanyakan protein plasma, bakteri, dan sel-sel darah terlalu besar untuk melewati pori-pori membrane (Haryono,2012).

Peralatan hemodialisa terdiri dari dialiser (*Dializer*), dialisis atau cairan dialisis dan aksesori peralatan. Dialiser merupakan komponen yang terdiri dari membrane dialiser yang memisahkan kompartemen darah dan dialisis. Dialiser bervariasi dalam ukuran, struktur fisik dan tipe membrane yang digunakan untuk membentuk kompartemen darah. Semua factor ini menentukan potensi efisiensi dialiser yang mengacu pada kemampuannya membuang air (ultrafiltrasi) dan produk-produk sisa (Klirens) (Haryono,2012).

Hemodialisa sebagai terapi yang dapat meningkatkan kualitas hidup dan memperpanjang usia. Hemodialisa merupakan metode pengobatan yang sudah dipakai secara luas dan rutin dalam program penanggulangan gagal ginjal akut dan gagal ginjal kronik (Smeltzer, S.C dan Bare, 2008).

2. Fungsi Sistem Ginjal Buatan

- a. Membuang produk metabolisme protein seperti urea, kreatinin dan asam urat.
- b. Membuang kelebihan air dengan mempengaruhi tekanan banding antara darah dan bagian cairan, biasanya terdiri atas tekanan positif dalam arus darah dan tekanan negatif (penghisap) dalam kompartemen dialisat (proses ultrafiltrasi)
- c. Mempertahankan atau mengembalikan sistem nafas tubuh
- d. Mempertimbangkan atau mengembalikan kadar elektrolit tubuh

3. Tujuan Tindakan Hemodialisis

Tindakan hemodialisis bertujuan untuk membersihkan nitrogen sebagai sampah hasil metabolisme, membuang kelebihan cairan, mengoreksi elektrolit dan memperbaiki gangguan keseimbangan basa pada penderita PGK (Levy, dkk., 2004). Tujuan utama tindakan hemodialisis adalah mengembalikan keseimbangan cairan intraseluler dan ekstraseluler yang terganggu akibat dari fungsi ginjal yang rusak (Smeltzer, S.C dan Bare, 2008).

4. Prinsip dalam Proses Hemodialisis

Baradero et.al, (2008) menyebutkan ada tiga prinsip yang mendasari dialisis yaitu *difusi, osmosis dan ultrafiltrasi*. Pada saat dialisis, prinsip osmosis dan difusi atau ultrafiltrasi digunakan secara stimulan atau bersamaan.

- a. Difusi adalah pergerakan butir-butir (partikel) dari tempat yang berkonsentrasi rendah. Dalam tubuh manusia, hal ini terjadi melalui membran semipermeabel. Difusi menyebabkan urea, kreatinin dan asam urat dari darah pasien masuk ke dalam dialisat. Walaupun konsentrasi eritrosit dan protein dalam darah tinggi, materi ini tidak dapat menembus membran semipermeabel karena eritrosit dan protein mempunyai molekul yang besar.

- b. Osmosis mengangkut pergerakan air melalui membran semipermeabel dari tempat yang berkonsentrasi rendah ke tempat yang berkonsentrasi tinggi (osmolaritas).
- c. Ultrafiltrasi adalah pergerakan cairan melalui membran semipermeabel sebagai tekanan gradien buatan. Tekanan gradien buatan dapat bertekanan positif (didorong) atau negatif (ditarik). Ultrafiltrasi lebih efisien dari pada osmosis dalam mengambil cairan dan di tetapkan dalam hemodialisa.

5. Komponen Hemodialisa

a Mesin Hemodialisa

Mesin hemodialisa memompa darah dari pasien ke dialyzer sebagai membran semipermeabel dan memungkinkan terjadi proses difusi, osmosis dan ultrafiltrasi karena terdapat cairan dialysate didalam dialyzer. Proses dalam mesin hemodialisa merupakan proses yang komplek yang mencakup kerja dari deteksi udara, kontrol alarm mesin dan monitor data proses hemodialisa (Misra, 2005).

b Ginjal Buatan (*dialyzer*)

Dialyzer atau ginjal buatan adalah tabung yang bersisi membran semipermeabel dan mempunyai dua bagian yaitu bagian untuk cairan dialysate dan bagian yang lain untuk darah (Levy,dkk.,2004). Beberapa syarat dialyzer yang baik (Heonich & Ronco,2008) adalah volume priming atau volume dialyzer rendah, clereance dialyzer tinggi sehingga bisa menghasilkan clereance urea dan creatin yang tinggi tanpa membuang protein dalam darah, koefisien ultrafiltrasi tinggi dan tidak terjadi tekanan membran yang negatif yang memungkinkan terjadi back ultrafiltration, tidak mengakibatkan reaksi inflamasi atau alergi saat proses hemodialisa (*hemocompatible*), murah dan terjangkau, bisa dipakai ulang dan tidak mengandung racun. Syarat *dialyzer* yang baik adalah bisa membersihkan sisa metabolisme dengan ukuran molekul rendah dan sedang, asam amino dan protein tidak ikut terbang saat proses hemodialisis, volume dialyzer kecil, tidak mengakibatkan alergi

atau *biocompatibility* tinggi, bisa dipakai ulang dan murah harganya (Levy, dkk., 2004).

c *Dialysate*

Dialysate adalah cairan elektrolit yang mempunyai komposisi seperti cairan plasma yang digunakan pada proses hemodialisis (Hoenich & Ronco, 2006). Cairan dialysate terdiri dari dua jenis yaitu cairan acetat yang bersifat asam dan bicarbonat yang bersifat basa. Kandungan dialysate dalam proses hemodialisis menurut Reddy & Cheung (2009).

d *Blood Line (BL)* atau Saluran Darah

Blood line untuk proses hemodialisa terdiri dari dua bagian yaitu bagian arteri berwarna merah dan bagian vena berwarna biru. BL yang baik harus mempunyai bagian pompa, sensor vena, air leak detector (penangkap udara), karet tempat injeksi, klem vena dan arteri dan bagian untuk heparin (Misra, 2005). Fungsi dari BL adalah menghubungkan dan mengalirkan darah pasien ke *dialyzer* selama proses hemodialysis.

e *Fistula Needles*

Fistula Needles atau jarum fistula sering disebut sebagai Arteri Vena Fistula (AV Fistula) merupakan jarum yang ditusukkan ke tubuh pasien PGK yang akan menjalani hemodialisa. Jarum fistula mempunyai dua warna yaitu warna merah untuk bagian arteri dan biru untuk bagian vena.



Gambar 2.1 Proses Hemodialisis (Gujarat Kidney Foundation, 2010)

6. Pemantauan Selama Hemodialisa

Pemantauan selama hemodialisa (Nursalam, 2010) :

- a Monitor status hemodinamik, elektrolit dan keseimbangan asam-basa demikian juga sterilisasi dan sistem tertutup.
- b Biasanya dilakukan oleh perawat yang terlatih dan familiar dengan protokol dan peralatan yang digunakan

7. Pengelolaan Hemodialisa

Pengelolaan hemodialisa menurut nursalam (2010):

- a Penatalaksanaan diet ketat (*protein, sodium dan potasium*) dan pembatasan cairan masuk.
- b Pantau kesehatan secara terus-menerus meliputi penatalaksanaan terapi hingga ekskresi ginjal normal.
- c Komplikasi yang diamati:
 - 1) Penyakit kardiovaskular arteriosklerosis, CHF, gangguan *metabolisme lipid (hipertrigliseridemia)*, penyakit jantung koroner atau stroke.
 - 2) Infeksi kambuhan
 - 3) Anemia dan kelelahan
 - 4) Ulkus lambung dan masalah lainnya
 - 5) Masalah tulang (*osteodistropi ginjal dan nekrosis septik pinggul*) akibat gangguan *metabolisme kalsium*.
 - 6) Hipertensi.
 - 7) Masalah psikososial: depresi, bunuh diri dan disfungsi seksual. d. Dukungan dari lembaga, misalnya organisasi ginjal.

8. Indikasi dan Kontra Indikasi Hemodialisis

Indikasi secara umum dialysis pada gagal ginjal kronik adalah bila laju filtrasi glomerulus (LFG) sudah kurang dari 5 mL/menit. Pasien-pasien tersebut dinyatakan memerlukan hemodialisis apabila terdapat kondisi sebagai berikut :

- a. Hiperkalemia
- b. Asidosis

- c. Kegagalan terapi konservatif
- d. Kadar ureum/kreatinin tinggi dalam darah (ureum>200mg/dL atau kreatinin >6mEq/L)
- e. Kelebihan cairan
- f. Mual dan muntah hebat
- g. Anuria berkepanjangan (> 5 hari)
- h. Malignansi stadium lanjut (kecuali multiple myeloma)
- i. Penyakit Alzheimer's
- j. Multi-infarct dementia
- k. Sindrom Hepatorenal
- l. Sirosis hati tingkat lanjut dengan ensefalopati
- m. Hipotensi
- n. Penyakit terminal
- o. Organi brain syndrome

9. Komplikasi Hemodialisa

Menurut Potter dan Perry (2009) proses hemodialisis dapat menyebabkan komplikasi diantaranya :

- a. Hipotensi yang terjadi selama teapi hemodialisis ketika cairan dikeluarkan.
- b. Emboli udara terjadi ketika udara memasuki system vaskuler.
- c. Nyeri dada terjadi ketika PCO2 menurun bersama dengan terjadinya sirkulasi darah diluar tubuh.
- d. Pruritus terjadi selama terapi hemodialisis.
- e. Gangguan keseimbangan dialysis terjadi ketika perpindahan cairan serebral dan muncul sebagai serangan kejang, kram otot dan mual muntah.

10. Persiapan Sebelum Hemodialisa

- a. Persiapan pasien meliputi :
 - 1) Surat dari dokter nefrologi untuk tindakan hemodialisis (instruksi dokter)

- 2) Identitas pasien dan surat tindakan persetujuan hemodialysis
- 3) Riwayat penyakit yang pernah diderita (penyakit lain dan alergi)
- 4) Keadaan umum pasien
- 5) Keadaan psikososial
- 6) Keadaan fisik seperti: status cairan (bendungan v. Jugularis +/-), ukur tanda-tanda vital, berat badan, warna kulit, mata suara nafas, extremitasi oedema +/-, turgor dan vaskuler akses yang bebas dari infeksi dan pendarahan.
- 7) Data laboratorium: Hb, ureum, kreatinin, HBSAg
- 8) Pastikan pasien benar-benar telah siap untuk hemodialisis

b. Persiapan mesin:

- 1) Listrik
- 2) Air yang sudah diolah dengan cara:
 - a) Filtrasi
 - b) Softening
 - c) Deionisasi
 - d) Reverse osmosis
- 3) Sistem sirkulasi dialisis:
 - a) Proportioning system
 - b) Asetat/bikarbonat
- 4) sirkulasi darah:
 - a) Dialyzer/hollow fiber
 - b) Priming

5) Persiapan peralatan:

Bak instrumen berisi:

- a) Dializer
- b) AV blood line
- c) AV fistula
- d) NaCl 0.9%
- e) Infus set
- f) S spuit 20 cc
- g) Heparin lidocain 0.8 ml

- h) Kassa steril
- i) Duk
- j) Sarung tangan
- k) Bangkok kecil
- l) Densifectan (*alcohol/betadin*)
- m) Klem
- n) Matcan/gelas ukur
- o) Matcan/gelas ukur
- p) Termometer
- q) Plester
- r) Perlak kecil

11. Prosedur Hemodialisa

a. *Setting Dan Priming*

- 1) Mesin dihidupkan
- 2) Lakukan setting dengan cara:
 - a) Tempatkan ujung *vena blood line* (VBL) dalam penampung, hindarkan kontaminasi dengan penampung dan jangan terendam dengan air keluar. Keluarkan *dialyzer* dan *AV blood line* (AVBL) dari bungkusnya, juga selang infuse set dan NaCl nya (perhatikan sterilitasnya)
 - b) Dengan tehnik aseptik hubungkan ujung AVBL pada dialyzer
 - c) Pasang alat tersebut pada mesin sesuai dengan tempatnya
 - d) Hubungkan NaCl melalui infus set bebas dari udara dengan mengisinya lebih terdahulu
- 3) Lakukan priming dengan posisi dialyzer biru di atas (*outlet*) dan yang merah (*inlet*) dibawah ini:
- 4) Alirkan NaCl kedalam sirkulasi dengan kecepatan 100 cc/menit
- 5) Udara dikeluarkan dari sirkulasi
- 6) Setelah semua sirkuit terisi dan bebas dari udara, pompa dimatikan klem kedua ujung AVBL hubungkan ujung *arteri blood line* (ABL)

dan *vena blood line* (VBL) dengan memakai konektor dan klem dibuka kembali

- 7) Sambungkan cairan dialisat dengan dialyzer dengan posisi outlet di bawah dan inlet di atas
- 8) Lakukan sirkulasi 5-10 menit dengan QB 100 cc/menit
- 9) Masukkan heparin 1500 μ dalam sirkulasi
- 10) Pungsi vaskuler akses
- 11) Tentukan tempat punksi atau periksa tempat shunt
- 12) Alasi dengan pernak kecil dan atur posisi
- 13) Bawa alat-alat ke dekat tempat tidur pasien (alat-alat steril masukkan ke dalam bak steril)
- 14) Cuci tangan, bak steril dibuka kemudian memakai sarung tangan
- 15) Beritahu pasien bila akan dilakukan punksi
- 16) Pasang duk steril, sebelumnya desinfeksi daerah yang akan di punksi dengan betadin dan alcohol
- 17) Ambil vial dan punksi outlet terlebih dulu bila diperlu dilakukan anestesi lokal, kemudian desinfeksi
- 18) Ambil darah untuk pemeriksaan laboratorium
- 19) Bolus heparin yang sudah diencerkan dengan NaCl 0.9% (dosis awal)
- 20) Selanjutnya punksi inlet dengan cara yang sama kemudian difiksasi.

12. Memulai Hemodialisa

Sebelum dilakukan punksi dan memulai hemodialisis ukur tanda-tandavital dari berat pre hemodialisis. Pelaksanaannya:

- a. Setelah selesai punksi, sirkulasi dihentikan, pompa dimatikan, ujung AVBL diklem
- b. Sambungkan AVBL dilepas, kemudian ABL dihubungkan dengan punksi outlet. Ujung VBL ditempatkan ke matcan
- c. Buka semua klem dan putar pompa perlahan-lahan sampai ± 100 cc/menit untuk mengalirkan darah, mengawasi apakah ada penyulit

- d. Biarkan darah memasuki sirkulasi sampai pada bubble trap VBL, kemudian pompa dimatikan dan VBL diklem
- e. Ujung VBL dihapus kemudian dihubungkan dengan punksi inlet, klem dibuka (pastikan sambungan bebas dari udara)
- f. Putar pompa dengan QB 100 cc/menit kemudian naikan perlahan-lahan antara 150-200 cc/menit
- g. Fiksasi AVBL agar tidak mengganggu pergerakan
- h. Hidupkan heparin pump sesuai dengan lamanya hemodialisis
- i. Buka klem selang monitor AV pressure
- j. Hidupkan detector udara, kebocoran
- k. Ukur tekanan darah, nadi dan pernapasan
- l. Cek mesin dan sirkulasi dialisat
- m. Cek posisi dialyzer (merah di atas, biru dibawah)
- n. Observasi kesadaran dan keluhan pasien
- o. Programkan hemodialisis
- p. Isi formulir hemodialisis
- q. Rapikan peralatan

13. Penatalaksanaan selama hemodialisis

- a. Memprogram dan memonitor mesin hemodialisis :

- 1) Lamanya hemodialisis
- 2) QB (kecepatan aliran darah) = 100-250 cc/menit
- 3) QD (kecepatan aliran dialisat) = 400-600 cc/menit
- 4) Temperature dialisat 37-40 °C
- 5) TMP dan UFR
- 6) Heparinisasi
- 7) Pemeriksaan (laboratorium, EKG dll)
- 8) Pemberian obat-obatan, transfusi dll
- 9) Monitor tekanan :
 - a) Fistula pressure
 - b) Arterial pressure
 - c) Venous pressure

- 10) Detektor (udara, *blood leak derector*)
- 11) BB diberikan pada waktu punksi
- 12) Heparinisasi :
 - a) Dosis heparin
 - b) Dosis awal = 50-100u/kg
BB diberikan pada waktu punksi
Untuk priming = 155 u Diberikan pada waktu sirkulasi AVBL
- 13) Dosis maintenance (pemeliharaan) = 500-2000 u/jam Diberikan pada waktu hemodialisis berlangsung

14) Cara pemberian dosis *maintenance*

Kontinu: diberikan secara terus-menerus dengan bantuan pompa dari awal hemodialisis sampai dengan sampai 1 jam sebelum hemodialisis berakhir
Intermiten: diberikan 1 jam estela hemodialisis berlangsung dan pemberian selanjutnya dimasukkan tiap selang 1 jam. Untuk 1 jam terakhir tidak diberikan
Minimal heparin: heparin dosis awal kurang lebih 2000 Iu, selanjutnya diberikan kalau perlu

15) Observasi pasien :

- a) Tanda-tanda vital (T, N, S, pernafasan, kesadaran)
- b) Fisik
- c) Perdarahan
- d) Sarana hubungan sirkulasi
- e) Posisi dan aktivitas
- f) Keluhan dan komplikasi hemodialysis
- g) Mengakhiri Hemodialisa

16) Persiapan alat:

- a) Tensimeter
- b) Kasa, betadine, alcohol
- c) Band ald
- d) Verband gulung
- e) Plester
- f) Ember tempat pembuangan
- g) Alat penekanan

17) Pelaksanaan:

- a) Lima menit sebelum hemodialisis berakhir QB diturunkan, TMP dinolkan
- b) Ukur tekanan darah dan nadi
- c) QB dinolkan, ujung arteri line dan fistula punctie di klem kemudian Ujung arteri line dihubungkan dengan NaCl 0.9% klem dibuka dan QB diputar 100 cc/menit untuk mendorong darah dalam blood line masuk ke tubuh bung lepas
- d) Fistula disambungkan dengan spuit, darah didorong masuk memakai udara
- e) Pompa, dimatikan, ujung veneous line dan fistula diklem, sambungan dilepas
- f) Pasien diukur tekanan darahnya dan diobservasi
- g) Jika hasil bagus, jarum punksi dicabut, bekas punksi ditekan dengan kasa betadin ± 10 menit
- h) Jika darah sudah tidak keluar, tutup dengan band aid
- i) Timbang berat badan
- j) Isi formulir hemodialisis
- k) Rapikan tempat tidur dan alat-alat
- l) Perawat cuci tangan
- m) Mesin dimatikan dan didesinfektan Setelah proses pembersihan selesai mesin dimatikan, lepaskan steke mesin di stop kontak, dan tutup kran
- n) Bersihkan ruangan hemodialysis

C. Konsep Uremic Pruritus

1. Defisi Uremic Pruritus

Istilah pruritus berasal dari bahasa latin yang berarti gatal. Pruritus merupakan sensasi kulit yang tidak menyenangkan yang menyebabkan keinginan untuk menggaruk. Pruritus uremik adalah pruritus yang paling sering terjadi pada penderita gagal ginjal kronik (GGK) dengan kadar ureum yang tinggi dan tidak terlihat pada gagal ginjal akut (G. Virga, 2013).

Pruritus merupakan keluhan yang paling sering terjadi pada pasien hemodialisis. Hampir 60-80% pasien yang menjalani dialisis (baik hemodialisis maupun dialisis peritoneal) mengeluhkan pruritus. Pruritus didefinisikan sebagai rasa gatal setidaknya 3 periode dalam waktu 2 minggu yang menimbulkan gangguan, atau rasa gatal yang terjadi lebih dari 6 bulan secara teratur. Pruritus umumnya dialami sekitar 6 bulan setelah awal dialisis dan biasanya makin meningkat dengan lamanya pasien menjalani dialisis (I. Narita, 2014).

Beberapa pasien mengeluhkan pruritus di bagian tubuh tertentu (terlokalisasi), sementara yang lain di seluruh tubuh (menyeluruh). Bila terlokalisasi, biasanya di lengan atas dan punggung bagian atas (G. Virga, 2013)

2. Etiologi

Uremia merupakan penyebab metabolik pruritus yang paling sering. Faktor yang mengeksaserbasi pruritus termasuk panas, waktu malam hari (*nighttime*), kulit kering dan keringat. Penyebab pruritus pada penyakit ginjal tidak jelas dan dapat multifaktorial (I. Narita, 2014) Sejumlah faktor diketahui menyebabkan pruritus uremik namun etiologi spesifik pada umumnya belum diketahui pasti. Beberapa kasus pruritus lebih berat selama atau setelah dialisis dan dapat berupa reaksi alergi terhadap heparin, eritropoietin, formaldehid, atau asetat (I. Narita, 2014).

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 inadkuat, meningkatnya kadar β_2 -mikroglobulin, anemia (atau manifestasi defisiensi eritropoietin), neuropati perifer, kadar aluminium dan magnesium yang tinggi, peningkatan sel mast, xerosis, anemia defisiensi besi, hipervitaminosis A dan disfungsi imun (I. Narita, 2014).

3. Patofisiologi

Patofisiologi pruritus pada pasien dialisis masih belum diketahui. Keluhan pruritus diperkirakan berhubungan dengan pelepasan histamin dari sel mast di kulit. Persepsi pruritus dibawa oleh sistem saraf pusat melalui jalur neural yang berhubungan dengan reseptor opioid. Namun, mekanisme uremia menginduksi pruritus belum diketahui jelas, mungkin karena disequilibrium metabolik. Menarik diperhatikan bahwa pruritus tidak terjadi pada pasien gagal ginjal akut, sehingga kadar blood urea nitrogen (BUN) dan kreatinin bukan menjadi penyebab satu-satunya pruritus (I. Narita, 2014).

Berikut ini beberapa mekanisme yang menyebabkan pruritus (I. Narita, 2008):

a. Xerosis

Xerosis merupakan masalah kulit yang sering terjadi (60% - 90%) pada pasien dialisis yang memicu terjadinya pruritus uremia. Xerosis atau dry skin akibat atrofi kelenjar sebacea, gangguan fungsi sekresi eksternal, dan gangguan hidrasi stratum korneum. *Skin dryness* pada pasien dialisis yang pruritus mempunyai hidrasi lebih rendah dibandingkan pasien dialisis tanpa keluhan pruritus.

b. Berkurangnya eliminasi transepidermal faktor pruritogenik

Secara teori, akumulasi senyawa pruritogenik yang tidak terdialisis dapat menimbulkan efek sensasi gatal di saraf pusat ataupun di reseptor. Senyawa pruritogenik di antaranya vitamin A, hormon paratiroid dan histamin yang berpotensi menimbulkan pruritus. Namun tidak ada bukti yang mendukung bahwa senyawa-senyawa tersebut menyebabkan pruritus uremik. Kadar plasma vitamin A meningkat pada

pasien dialisis, tetapi tidak ada hubungan antara kadar plasma vitamin A dengan derajat pruritus; bahkan autopsi menunjukkan bahwa kadar vitamin A di organ-organ tubuh sama atau lebih rendah pada pasien uremia dibandingkan pasien yang tidak uremia. Senyawa pruritogenik lain adalah interleukin-1, yang dikeluarkan setelah kontak antara plasma dengan membran hemodialisis yang bioinkompatibel. Interleukin-1 mempunyai efek proinflamasi di kulit dan secara teori dapat menyebabkan rasa gatal. Stale-Backdahl menyatakan hipotesa bahwa pruritus uremik dapat disebabkan oleh proliferasi abnormal serabut saraf sensorik yang dikenal sebagai neuropati uremik. Stale menemukan serabut saraf dan saraf terminal tersebar di lapisan epidermis pasien dialisis. Namun, laporan terbaru menyatakan tidak ada perbedaan distribusi serabut saraf sensorik enolase-positif antara pasien normal dengan pasien uremik. Marker inflamasi seperti C-reactive protein dan interleukin-6 dilaporkan juga meningkat pada pasien pruritus uremik.

c. Hiperparatiroid

Hiperparatiroid dapat menstimulasi sel mast untuk melepaskan histamin dan dapat menyebabkan mikropresipitasi garam kalsium dan magnesium di kulit. Namun, tidak semua pasien hiperparatiroid berat mengalami pruritus. Suatu studi pernah melaporkan pruritus dapat hilang sama sekali setelah tindakan paratiroidektomi. Lebih lanjut diketahui tidak ada hubungan antara kadar PTH (parathyroid hormone) plasma dengan proliferasi sel dermal, juga tidak ada perbedaan jumlah sel mast atau kadar PTH antara pasien dengan atau tanpa pruritus.

d. Hiperkalsemia dan hiperfosfatemia

Pada kulit pasien dialisis terdapat kadar kalsium, magnesium, dan fosfat yang tinggi. Meningkatnya kadar ion divalen dapat menyebabkan presipitasi kalsium atau magnesium fosfat yang menyebabkan pruritus. Magnesium berperan dalam modulasi konduksi saraf serta pelepasan histamin dari sel mast. Kalsium juga berperan pada terjadinya pruritus melalui degranulasi sel mast. Pruritus akan berkurang seiring dengan

Pruritus akan berkurang seiring dengan penurunan kadar kalsium dan magnesium

5. Peningkatan kadar histamine

Histamin, basofili, trombosit, dan sel mast peritoneal serta bronkial telah dikenal sebagai pemicu rasa gatal pada kulit yang alergi. Pelepasan histamin dipicu oleh substansi P, neurotransmitter yang terlibat dalam sensasi rasa gatal. Kadar histamin yang meningkat telah dilaporkan pada pasien uremia, namun hubungan antara kadar histamin dengan derajat pruritus masih belum jelas. Reaksi flare akibat histamin sangat sedikit pada pasien uremia dibandingkan pasien normal, dan antagonis histamin biasanya tidak efektif mengurangi pruritus uremik. Jadi, sangat tidak mungkin bahwa histamin berperan sebagai patogen utama pruritus

6. Peningkatan proliferasi sel mast di kulit

Pada pasien uremia, jumlah sel mast dermis meningkat, dan kadar histamin dan triptase plasma lebih tinggi pada pasien dengan pruritus uremik berat

7. Neuropati sensorik uremik

Pruritus uremik merupakan sensasi gatal dari neuropati dan neurogenik. Pruritus ditransmisikan melalui serabut C di kulit. Stimulan serabut C meliputi sitokin, histamin, serotonin, prostaglandin, neuropeptida, dan enzim. Sensasi gatal neuropati dapat berasal dari kerusakan sistem saraf di sepanjang jalur afferen, contohnya neuralgia postherpetik dan infeksi HIV. Sensasi gatal yang berasal dari sentral tanpa kerusakan neuron diistilahkan sebagai neurogenik, contohnya kolestasis dan pemakaian opioid eksogen. Pada nyeri neurogenik, dijumpai peningkatan tonus opioidergik akibat akumulasi opioid endogen

8. Teori imunitas

Gangguan sistem imun dengan proinflamatori turut berperan dalam patogenesis pruritus uremik, faktor IL-2 yang disekresi oleh limfosit Th-1 teraktivasi turut berperan. Telah dilaporkan bahwa pemberian IL-2 intradermal menimbulkan efek pruritogenik yang cepat tetapi lemah, IL-2

mempunyai kaitan kausal dengan sitokin pruritus uremik dan diferensiasi sel T.

4. Manifestasi Klinis

Gambaran klinis dari pruritus uremikum adalah bersifat simetris, dimana daerah yang paling sering terlibat adalah punggung, lengan, dada dan kepala. Pruritus yang bersifat generalisata jarang dijumpai. Eksaserbasi pruritus dapat dipicu oleh adanya panas dari eksternal, keringat, stres dan kulit kering. Sementara mandi dengan air hangat atau dingin, suhu yang dingin dan aktivitas dapat mengurangi pruritus. Pada kulit dapat terlihat ekskoriasi akibat garukan, dengan atau tanpa adanya lesi impetigo, prurigo maupun likenifikasi yang merupakan suatu fenomena sekunder. Agitasi atau depresi dapat ditemukan pada separuh pasien pruritus uremikum. Durasi, derajat keparahan dan karakteristik pruritus bervariasi, dapat berubah sepanjang waktu dan berbeda-beda pada tiap pasien. Pruritus biasanya lebih berat dirasakan pada malam hari sehingga sering menyebabkan gangguan tidur. Sebagian pasien mengalami pruritus dalam jangka waktu yang singkat sementara sebagian lainnya merasakannya sepanjang hari dan sepanjang malam (Mettang, T. *et al*, 2012).

Kriteria spesifik yang digunakan untuk mendiagnosis pruritus uremikum adalah apabila didapatkan salah satu dari gejala-gejala yang berikut ini (Mettang, T. *et al*, 2012):

- a Pruritus timbul segera sebelum dialisis, atau kapan saja, tanpa adanya bukti penyakit aktif lainnya yang dapat menjelaskan terjadinya pruritus.
- b Lebih dari atau sama dengan tiga episode gatal selama suatu periode 2 minggu, dengan gejala yang timbul beberapa kali sehari, terjadi paling tidak beberapa menit, dan mengganggu pasien.
- c Timbulnya suatu keadaan gatal dalam pola yang teratur selama periode 6 bulan, tetapi frekuensinya lebih sedikit daripada yang disebutkan diatas.

5. Derajat Keparahan Pruritus

Derajat keparahan pruritus sulit untuk dinilai oleh sebab sifat-sifat alaminya dan lokalisasinya yang tidak jelas. Secara umum, penilaian pruritus dapat dibagi menjadi 2 kelompok utama yaitu evaluasi subyektif dari rasa gatal dan penilaian garukan. Untuk mengevaluasi rasa gatal secara subyektif dapat dilakukan penilaian sederhana terhadap derajat keparahan rasa gatal [seperti VAS, *numeric rating scale* (NRS), *verbal rating scale* (VRS)], kuesioner gatal yang menyediakan data kualitas gatal, sistem analisis terkomputerisasi, dan penilaian ambang persepsi pruritus. Untuk menilai garukan dapat dilakukan dengan bantuan pengamatan adanya ekskoriaksi dan derajat likenifikasi, rekaman video inframerah, *limb meter* (monitor aktivitas pergelangan tangan, sensor tekanan), transduser vibrasi kuku jari-jari tangan (sensor *piezo film*, pruritometer) dan sistem evaluasi akustik dari garukan. Selain itu, untuk menganalisis aktivitas otak selama episode gatal, telah dilakukan teknik-teknik pencitraan fungsional (*functional magnetic resonance, positron emission tomography*) (Mettang, T. *et all*, 2012).

Untuk menilai pruritus direkomendasikan untuk menggunakan kombinasi paling sedikit dua metode penilaian rasa gatal yang independen. Namun, rekomendasi ini dapat terlalu menghabiskan waktu pada penggunaan klinis sehari-hari, oleh karena itu untuk penilaian intensitas gatal tersebut dibutuhkan suatu metode yang sederhana dan dapat dipercaya.

a. *Visual analogue scale* (VAS)

VAS merupakan salah satu metode yang paling sering digunakan untuk penilaian pruritus karena dapat memberikan estimasi rasa gatal yang mudah dan cepat. VAS dinilai dengan meminta pasien menandai skala 1-10 pada kertas baik horizontal maupun vertikal, untuk menunjukkan derajat keparahan pruritus yang dirasakan pasien

b. Penilaian pruritus modifikasi Duo dan Mettang

Derajat keparahan pruritus dapat dinilai dengan suatu metode yang didasarkan pada metode yang diusulkan oleh Duo (1987) dan dimodifikasi oleh Mettang et al. Skor dinilai oleh peneliti yang sama terhadap semua pasien. Metode ini didasarkan pada kriteria yang

mencakup *scratching*, keparahan, frekuensi, distribusi pruritus, dan gangguan tidur yang berkaitan dengan pruritus, yaitu sebagai berikut (Mettang, T. *et all*, 2012) :

1) *Scratching*: Pruritus yang dilaporkan dengan periode waktu: pagi, sore, dan malam, dan masing-masing memiliki 1 skor

2) Keparahan:

- a) 1 skor : sensasi gatal ringan tanpa perlu menggaruk
- b) 2 skor : beberapa kali menggaruk
- c) 3 skor : sering menggaruk
- d) 4 skor : menggaruk tanpa ada rasa berkurang
- e) 5 skor : pruritus yang dirasakan terus menerus.

c. Distribusi: Setiap lokasi misalnya lengan, tungkai bawah, dan batang tubuh mendapatkan masing-masing 1 skor, dengan skor maksimal adalah 5, untuk pruritus generalisata.

d. Frekuensi: Yang dinilai adalah jumlah episode pruritus dan durasinya. Setiap dua episode singkat (< 10 menit) atau satu episode panjang (> 10 menit) mendapatkan 1 skor. Skor maksimal adalah 5, yaitu dengan > 10 episode singkat atau > 5 episode panjang

e. Gangguan tidur: Keadaan yang dinilai adalah jumlah jam tidur dan frekuensi gangguan tidur oleh karena rasa gatal. Skor 0 jika memiliki > 7 jam tidur pada malam hari dan skor 10 jika tidak dapat tidur sama sekali. Gangguan tidur juga dinilai dari jumlah berapa kali pasien terbangun pada malam hari oleh karena rasa gatal

- 1) 1skor : untuk 1 kali terbangun
- 2) 2skor : untuk 2 kali terbangun
- 3) 3skor : untuk 3 kali terbangun
- 4) 4skor : untuk 4 kali terbangun
- 5) 5 skor : untuk > 5 kali terbangun.

Untuk keparahan, distribusi dan frekuensi, penilaian skor dilakukan pagi dan siang. Sehingga skor paling tinggi selama 24 jam adalah 48. Pada penelitian yang menggunakan penilaian derajat pruritus, evaluasi dalam 4 minggu terakhir pernah dilakukan untuk menentukan skor

pruritus. Skor pruritus dibagi menjadi skor 0 untuk yang tidak pruritus, dan pada subyek yang pruritus derajat keparahannya dapat dibagi gradasinya menjadi 1-16 untuk pruritus ringan, 17-32 pruritus sedang dan 33-48 pruritus berat

6. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium dilakukan untuk membantu mengarahkan diagnosis pruritus uremik. Pada pruritus yang generalisata biasanya dibutuhkan pemeriksaan darah lengkap, profil kimia darah meliputi ureum dan kreatinin serta pemeriksaan urin lengkap. Pemeriksaan elemen-elemen darah lain yang terkait juga dapat dilakukan, seperti kalsium, fosfor, magnesium, aluminium, fosfatase alkali dan hormon paratiroid.

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan *uremic pruritus* (Mettang, 2010):

a. *Topical treatment*

1) Emolien

Emolien efektif pada pruritus uremik. Terapi *bath oil* yang mengandung polidokanol, suatu campuran komponen monoeter laurilalkohol dan makrogol, nampaknya bermanfaat bagi beberapa pasien.

2) *Capsaicin topical*

Capsaicin (*trans*-8-metil-N-vanilil-6nonenamida), suatu alkaloid alami yang terdapat di berbagai spesies Solanacea, diekstraksi dari red chili pepper dan telah banyak digunakan untuk terapi pruritus.

b. *Physical treatment*

1) *Phototherapy (Ultraviolet)*

Sinar ultraviolet mengurangi keluhan pruritus melalui mekanisme yang belum jelas. Durasi efek antipruritus terapi UVB 3 kali seminggu bervariasi, namun dapat bertahan selama beberapa bulan

2) *Acupuncture*

c. *Systemic treatment*

1) *Low-protein diet*

2) Primrose oil

Suplemen oral dari γ -linoleic acid (GLA)-rich primrose oil dilaporkan bermanfaat. Efek yang sama dapat diperoleh dengan menggunakan minyak ikan, minyak zaitun, dan minyak safflower.

3) Lidocaine and mexiletine

4) Opioid antagonists

Nalfurafine efektif menghilangkan keluhan pruritus. Setelah pemberian nalfurafine selama 2-4 minggu, memberikan hasil keluhan gatal, intensitas gatal dan gangguan tidur menjadi berkurang.

d. *Dialysis-related treatment*

e. *Efficient dialysis*

Terapi dialisis yang optimal akan memperbaiki efikasi dialisis dan status nutrisi pasien yang selanjutnya akan mengurangi prevalensi dan derajat keparahan pruritus uremik.

f. Erythropoietin

1) Mengobati anemia penyakit kronik.

2) *Kidney transpla*



D. Konsep Akupresur Aurikula

1. Defenisi

Akupresur adalah cara pengobatan yang berasal dari Cina, yang biasa disebut dengan pijat akupunktur yaitu metode pemijatan pada titik akupunktur (acupoint) di tubuh manusia tanpa menggunakan jarum (Sukanta, 2008). Akupresur merupakan terapi yang sederhana, mudah dilakukan, tidak memiliki efek samping karena tidak melakukan tindakan invasif (Fengge, 2012). Prinsip *healing touch* pada akupresur menunjukkan perilaku caring yang dapat memberikan ketenangan, kenyamanan, rasa dicintai dan diperhatikan bagi klien sehingga lebih mendekatkan hubungan terapeutik perawat dan klien (Metha, 2007).

Titik akupresur terletak di seluruh tubuh, dekat dengan permukaan kulit dan terhubung satu sama lain melalui jaringan yang kompleks dari meridian. Pada titik-titik akupresur terdapat lebih dari seribu saraf kecil dengan diameter kurang lebih satu sentimeter, dengan kedalaman yang bervariasi antara seperempat hingga beberapa inci dari permukaan kulit. Setiap titik akupresur tersebut mempunyai efek khusus pada organ dan sistem tubuh tertentu (Sukanta, 2008; Fengge, 2012; Hartono, 2012).

Akupunktur umum dan telinga masuk ke Indonesia melalui jalur perdagangan dan kebudayaan antarnegara, antara lain zaman kerajaan Sriwijaya. Beberapa abad sebelum Masehi, di dalam buku *Hang Ti Nei Cing* atau buku kedokteran Kaisar Kuning bagian *Ling Su* dikatakan, telinga bukan suatu organ yang berdiri sendiri, tetapi ada hubungannya dengan seluruh organ dalam dan seluruh anggota tubuh. Aliran energi dan darah pada ke-12 meridian umum dan meridian istimewa bersama titik –titiknya naik ke atas berhubungan dengan telinga. Meridian adalah suatu saluran energi yang kasat mata dan terdiri atas dua macam, yaitu meridian istimewa dan meridian umum (Djing, 2006).

Dalam akupresur telinga, bagian yang dimanfaatkan hanyalah daun telinga bagian depan dan belakang, sedangkan bagian tengah dan dalam telinga tidak dipergunakan. Daun telinga merupakan suatu gambaran posisi

janin dalam kandungan pada akhir mmasa kehamilan. Posisi bayi adalah kepala di bawah (tidak sungsang atau melintang) (Djing, 2006).

Terapi akupresur telinga sebanyak 110 titik pertama kali dikemukakan oleh *Bachman* dan *Bischo*. Hal ini dilakukan untuk mempermudah dalam mempelajari dan mengingat titik –titik akupunktur telinga (Djing, 2006)

2. Cara Pemijatan Pada Telinga

Pemeriksaan terhadap seluruh daun telinga penting dilakukan karena dari pemeriksaan ini dapat diketahui kondisi organ tubuh atau anggota tubuh yang mengalami sakit (Djing, 2006).

3. Persiapan

a. Persiapan alat :

- 1) Logam kecil berujung bulat, berdiameter 1 – 2 mm.
- 2) Ujung pulpen dan pentol korek api
- 3) Pangkal korek kuping, berbentuk pipih.
- 4) Ujung pemeriksa yang terbuat dari karet, alat ini hanya sebagai pelengkap untuk menekan titik-titik reaksi positif.
- 5) Lampu senter (bila penerangan tidak cukup).
- 6) Biji-bijian seperti biji sawi atau biji jambu.

b. Persiapan Pasien

- 1) Lakukan pemeriksaan di tempat yang terang atau menggunakan senter. Saat memeriksa, tarik daun telinga pasien menggunakan ibu jari dan telunjuk. Posisi jari telunjuk berada di belakang, sedangkan ibu jari di depan. Pemeriksaan dilakukan mulai dari atas ke bagian bawah telinga, dari daun telinga luar ke bagian dalam.
- 2) Raba kedua telinga (bagian *lobulus*/cuping) dengan ibu jari, sedangkan bagian belakang telinga diraba dengan jari telunjuk. Cara lain juga bisa dilakukan dengan meraba telinga bagian depan dengan jari telunjuk dan ibu jari meraba bagian daun telinga bagian belakang. Lakukan perabaan secara perlahan-lahan dari *lobulus*, kemudian bergerak naik dan berputar pada wilayah

choncha/cekungan. Catat bila ada kelainan seperti benjolan, kulit terkupas, atau tersa seperti berpasir.

- 3) Bila ada reaksi positif, tahan telunjuk pada bagian tersebut. Kemudian, gerakkan ibu jari untuk menekan sehingga reaksi positif semakin jelas. Tekan bagian tersebut dengan alat pemeriksaan
- 4) Ambil kesimpulan yang tepat jika reaksi positif pada kedua telinga berbeda.

c. Prosedur

Pemijatan telinga dengan teknik tinggal biji-bijian yang dimaksud yaitu menempelkan biji-bijian pada titik-titik terapi. Biji-bijian yang dapat digunakan bisa berupa biji sawi dan biji jambu

- 1) Usap area/titik yang akan diterapi dengan kapas yang telah diberi alkohol 70 %.
- 2) Letakkan biji terlebih dahulu di dalam plester, lalu tempelkan pada titik yang bersangkutan.
- 3) Sesudah biji ditempel, pijatlah masing-masing titik selama 1-2 menit, sebanyak 2-3 kali sehari.

4. Efek samping

Efek samping yang mungkin timbul dari pemijatan telinga sebagai berikut (Djing, 2006):

- a. Penggunaan alat-alat dan bahan selain jarum dan cutter tidak menimbulkan efek samping sama sekali.
- b. Untuk meminimalkan efek samping, dalam teknik tinggal jarum pakailah plester yang tidak menimbulkan alergi.
- c. Efek samping yang muncul pada umumnya berupa rasa gatal karena pemakaian plester pada lokasi penempelan.

5. Reaksi yang muncul pada telinga

Jika suatu organ dalam tubuh mengalami sakit maka akan muncul reaksi-reaksi positif di titik refleksi telinga, sebagai berikut (Djing, 2006):

- a. Perubahan warna kulit di titik refleksi telinga dibandingkan warna kulit di sekitarnya.
- b. Gelembung-gelembung dan tonjolan.
- c. Titik-titik bundar berwarna putih atau merah.
- d. Kulit mengelupas, mengalami titik nyeri tekan dan abses atau kapalan (kulit mengeras).
- e. Bentuk tali atau parit tegak lurus atau mendatar.
- f. Bentuk cekungan atau titik-titik kecil seperti bekas ditusuk dengan jarum.

Reaksi positif atau reaksi penyakit (patologi) ini bisa ditemukan melalui pengamatan dan pemeriksaan pada daun telinga. Reaksi-reaksi positif ini dapat digolongkan menjadi 14, sebagai berikut:

- 1) Reaksi patologi penyakit hati
- 2) Reaksi patologi penyakit jantung
- 3) Reaksi patologi penyakit limpa
- 4) Reaksi patologi penyakit sistem pencernaan
- 5) Reaksi patologi penyakit sistem pernafasan
- 6) Reaksi patologi penyakit persendian dan rematik sendi
- 7) Reaksi patologi penyakit ginjal dan kandung kemih
- 8) Reaksi patologi penyakit kewanitaan
- 9) Reaksi patologi penyakit penyakit kulit
- 10) Reaksi patologi penyakit kepala dan tekanan darah
- 11) Reaksi patologi penyakit tumor dan kanker
- 12) Reaksi patologi penyakit mulut dan rahang
- 13) Reaksi patologi akibat gangguan cairan tubuh
- 14) Reaksi patologi akibat luka bakar

6. Titik Terapi Utama Penanggulangan Reaksi Positif

Titik terapi utama dalam pijat dan akupunktur telinga yaitu titik prioritas terapi. Titik- titik lain dalam ilustrasi selain titik terapi utama merupakan titik terapi tambahan yang ditambahkan jika perlu dan merupakan pelengkap terapi.

- a. Penyakit hati dan kandung empedu

1) Hati membesar/hepatomegali

a) Titik terapi utama

- (1)T.97 (Titik hati)
- (2)T.77 (Titik hati Yang dua)
- (3)T.104 (Titik tri pemanas)
- (4)T.55 (Titik kejiwaan)

b) Titik terapi tambahan

- (1)T.96 (Titik kandung empedu)
- (2)T.76 (Titik hati Yang 1)
- (3)T.7A (Titik kelemahan saraf)
- (4)T.22 (Titik endokrin)
- (5)T.22 (Titik selaput otak)

b. Tekanan Darah Tinggi

Untuk mencegah terjadinya stroke akibat hipertensi, minimal satu hari sekali pijat atau tempelkan magnet pada T.78, T.55, T.95, T.100, dan T.105. Titik-titik tersebut juga bisa digunakan untuk penderita tekanan darah rendah.

1) Tekanan Darah Rendah

a) Titik terapi utama

- (1)T.100 (Titik jantung)
- (2)T.51 (Titik sympathis)
- (3)T.29 (Titik belakang kepala)
- (4)T.13 (Titik adrenal)

b) Titik terapi tambahan

- (1)T.34 (Titik selaput otak)
- (2)T.98 (Titik limpa)
- (3)T.55 (Titik sympathis)

c. Penyakit saluran pencernaan

1) Nyeri lambung dan tukak lambuung

a) Titik terapi utama

- (1)T.87 (Titik lambung)
- (2)T.98 (Titik limpa)



(3)T.51 (Titik sympathis)

(4)T.55 (Titik kejiwaan)

b) Titik terapi tambahan

(1)T.88 (Titik usus 12 jari)

(2)T.34 (Titik selaput otak)

(3)Magnet bisa digunakan pada T.88 dan T.34

2) Diare/mencret

a) Titik terapi utama

(1)T.91 (Titik usus besar)

(2)T.89 (Titik usus kecil)

(3)T.51 (Titik sympathis)

(4)T.87 (Titik lambung)

b) Titik terapi tambahan

(1)T.55 (Titik kejiwaan)

(2)T.81 (Titik poros usus)

(3)T.104 (Titik tri pemanas)

3) Sembelit/konstipasi

a) Titik terapi utama

(1)T.91 (Titik usus besar)

(2)T.81 (Titik poros usus)

(3)T.98 (Titik limpa)

b) Titik terapi tambahan

(1)T.88 (Titik usus 12 jari)

(2)T.34 (Titik selaput otak)

(3)Magnet bisa digunakan pada T.88 dan T.34

d. Penyakit saluran pernafasan dan paru-paru

1) Batuk

a) Titik terapi utama

(1)T.101 (Titik paru-paru)

(2)T.13 (Titik adrenal)

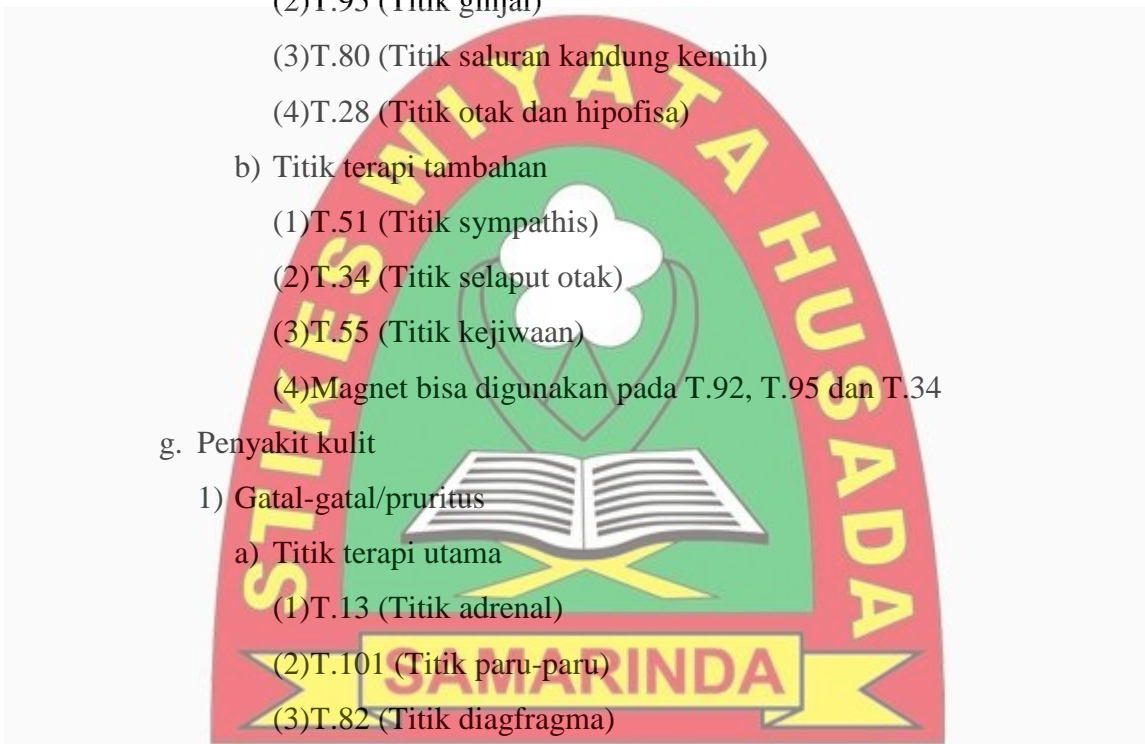
(3)T.15 (Titik pita suara magnet)

(4)T.51 (Titik sympathis)



- 
- 2) Titik terapi tambahan
 - (1)T.55 (Titik kejiwaan)
 - (2)T.42 (Titik dada)
 - (3)T.22 (Titik endokrin)
 - (4)T.104 (Titik tri pemanas)
 - (5)T. 34 (Titik selaput otak)
 - 2) Asma/sesak napas/bengek/asma bronkhial
 - a) Titik terapi utama
 - (1)T.31 (Titik asma)
 - (2)T.60 (Titik alergi dan asma)
 - (3)T.101 (Titik paru-paru)
 - (4)Titik terapi tambahan
 - (5)T.95 (Titik ginjal)
 - (6)T.22 (Titik endokrin)
 - (7)T.13 (Titik adrenal)
 - (8)T.15 (Titik sympathis)
 - (9)T.29 (Titik belakang kepala)
 - e. Penyakit otot, tulang, dan persendian
 - 1) Kejang otot betis
 - a) Titik terapi utama
 - (1)daerah di antara T.48 (Titik mata kaki)
 - (2)T.49 (Titik lutut)
 - 2) Titik terapi tambahan
 - (1)T.40 (Titik tulang pinggang)
 - (2)T.97 (Titik hati)
 - (3)T.98 (Titik limpa)
 - (4)Magnet bisa digunakan pada T.48-T.49 dan T.97
 - f. Penyakit ginjal dan saluran kemih
 - 1) Kolik ginjal karena batu ginjal
 - a) Titik terapi utama
 - (1)T.95 (Titik ginjal)
 - (2)T.13 (Titik adrenal)

- (3)T.92 (Titik kandung kemih)
- (4)T.94 (Titik saluran ginjal)
- b) Titik terapi tambahan
 - (1)T.51 (Titik sympathis)
 - (2)34 (Titik selaput otak)
 - (3)Magnet bisa digunakan pada T.92, T.94, T.95, T.34, dan T.55
- 2) Besar kemih
 - a) Titik terapi utama
 - (1)T.92 (Titik kandung kemih)
 - (2)T.95 (Titik ginjal)
 - (3)T.80 (Titik saluran kandung kemih)
 - (4)T.28 (Titik otak dan hipofisa)
 - b) Titik terapi tambahan
 - (1)T.51 (Titik sympathis)
 - (2)T.34 (Titik selaput otak)
 - (3)T.55 (Titik kejiwaan)
 - (4)Magnet bisa digunakan pada T.92, T.95 dan T.34
- g. Penyakit kulit
 - 1) Gatal-gatal/pruritus
 - a) Titik terapi utama
 - (1)T.13 (Titik adrenal)
 - (2)T.101 (Titik paru-paru)
 - (3)T.82 (Titik diafragma)
 - b) Titik terapi tambahan
 - (1)T.55 (Titik kejiwaan)
 - (2)T.29 (Titik belakang kepala)
 - (3)T.22 (Titik endokrin)
 - (4)T.60 (Titik Alergi dan asma)
 - h. Eksim pada tangan
 - 1) Titik terapi utama
 - a) T.62 (Titik jari jari tangan) ditusuk dan dikeluarkan darahnya atau dipijat kuat-kuat.



- b) T.101 (Titik paru-paru)
- c) T.13 (Titik adrenal)
- d) T.82 (Titik diafragma)
- 2) Titik terapi tambahan
 - a) T.55 (Titik kejiwaan)
 - b) T.29 (Titik belakang kepala)
 - c) T.22 (Titik endokrin)
 - d) .60 (Titik alergi dan asma)

i. Penyakit saraf

1) Sakit kepala

- a) Titik terapi utama
 - (1)T.25 (Titik batang otak)
 - (2)T.28 (Titik otak dan hipofisis)
 - (3)T.29 (Titik belakang kepala)
 - (4)T.33 (Titik dahi)T.34 (Titik selaput otak)
- b) Titik terapi tambahan
 - (1)T.35 (Titik matahari/pelipis)
 - (2)T.13 (Titik adrenal)
 - (3)T.55 (Titik kejiwaan)
 - (4)T.95 (Titik ginjal)
 - (5)Magnet bisa digunakan pada T.34, T.33, T.35, dan T.29

2) Ketegangan saraf/neurasthenia

- a) Titik terapi utama
 - (1) T.7A (Titik ketegangan saraf)
 - (2) T.55 (Titik kejiwaan)
 - (3) T.95 (Titik ginjal)
 - (4) T.97 (Titik hati)
- b) Titik terapi tambahan
 - (1) T.87 (Titik lambung)
 - (2) T.98 (Titik limpa)
 - (3) T.34 (Titik selaput otak)
 - (4) T.100 (Titik jantung)

(5) T.29 (Titik belakang kepala)

j. Penyakit endokrin

1) Kencing manis / sakit gula/diabetes

a) Titik terapi utama

(1)T.22 (Titik endokrin)

(2)T.96 (Titik pankreas)

(3)T.104 (Titik tri pemanas)

(4)T.28 (Titik otak dan hipofisa)

(5)T.17 (Titik haus)

(6)T.18 (Titik lapar)

b) Titik terapi tambahan

(1)T.34 (Titik selaput otak)

(2)T.55 (Titik kejiwaan)

(3)T.92 (Titik kandung kemih)

(4)T.95 (Titik ginjal)

(5)T. 97 (Titik hati)

2) Diabetes karena gangguan pemanas atas

a) Titik terapi utama

(1)T.17 (Titik haus)

(2)T.22 (Titik endokrin)

(3)T.96 (Titik pankreas)

(4)T.104 (Titik tri pemanas)

b) Titik terapi tambahan

(1)T.92 (Titik kandung kemih)

(2)T.95 (Titik ginjal)

(3)T.98 (Titik limpa)

(4)T.34 (Titik selaput otak)

(5)Magnet bisa digunakan pada T.92, T.95, T.96, T.98 danT.34

k. Penyakit telinga, hidung, dan tenggorokan

1) Telinga berdengung/tinnitus

a) Titik terapi utama

(1) T.9 (Titik telinga dalam)



- (2) T.96 (Titik kandung empedu)
- (3) T.95 (Titik ginjal)
- b) Titik terapi tambahan
 - (1) T.55 (Titik kejiwaan)
 - (2) T.97 (Titik hati)
 - (3) T.29 (Titik belakang kepala)
 - (4) T.20 (Titik telinga luar)
 - (5) Magnet bisa digunakan pada T.9, T.95, T.96, dan T.97

1. Radang Sinus/sinusitis

1) Titik terapi utama

- a) T.14 (Titik hidung luar)
- b) T.16 (Titik hidung dalam)
- c) T.33 (Titik dahi)

2) Titik terapi tambahan

- a) T.78 (Titik pucuk telinga)
- b) T.13 (Titik adrenal)
- c) T.22 (Titik endokrin)
- d) T.101 (Titik paru-paru)



BAB III

LAPORAN KASUS

Bab ini menjelaskan tentang asuhan keperawatan lansia kelolaan dengan Gagal ginjal kronik (GGK) yang telah dilakukan intervensi di ruang Hemodialisa (HD). Asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

A. Asuhan Keperawatan Pasien Kelolaan

Pengkajian awal dilakukan pada tanggal 08 desember 2018 jam 07.00 Wita dengan menggunakan format pengkajian pasien keperawatan Medikal Bedah (KMB).

B. Pengkajian Keperawatan Pasien Kelolaan

Pasien dengan inisial Tn. M, usia 56 tahun seorang pensiunan di perusahaan swasta. dengan diagnosis batu ginjal riwayat masuk rumah sakit 2 tahun lalu klien lupa tanggal nya dengan keluhan nyeri pinggang, pusing-pusing dan kaki agak sedikit bengkak kemudian klien periksa di Rumah Sakit berau dengan hasil Rontgen terdapat batu ginjal, kemudian klien di rujuk ke RSUD Abdul Wahab Sjarani samarinda untuk menjalani terapi laser pada batu ginjal, setelah dan di rontgen kembali batu ginjal masih ada dan dokter menyarankan untuk dilakukan operasi pada kedua ginjal, setelah 2 minggu pasien kembali melakukan kontrol di RSUD Abdul Wahab Sjarani Samarinda dan dokter mengatakan bahwa kedua ginjal Tn. M mengalami pengecilan akibat operasi, dokter menyaran kan untuk harus segera melakukan cuci darah atau hemodialisa, dan di anjurkan untuk cuci darah di Rs AWS.

Pada saat pengkajian 6 desember 2018 klien mengatakan keluhan nya kedua kaki bengkak, minum dibatasi ± 2 gelas sehari, makan dibatasi ± 2 porsi termasuk nasi dan lauk, pasien BAK 1 kali sehari, BAB 2 kali sehari dengan

jumlah sedikit dan punggung gatal-gatal sehari sebelum cuci darah berlangsung, terdapat ruam dan lesi daerah punggung dan hasil TTV ditemukan tekanan darah : 160/90 mmHg, pernafasan : 20x/menit, nadi : 79x/menit dan suhu : 36,6 °C, BB pre HD 65 Kg, BB terakhir HD 62 Kg dan BB kering 62 Kg. Pada pemeriksaan fisik kesadaran CM, pernafasan spontan Tidak ada distensi vena jugularis, akral hangat. Klien terpasang alat dialysis dengan QB = 200 ml/menit, QD = 500ml/menit, UF Goal 3000 ml, lamanya proses hemodialisa 4 jam, heparin diawal HD 2000ui dan di akhir HD 2000ui. Pemeriksaan Laboratorium pada Bulan Desember 2018 dengan hasil Ureum = 181,8 mg/dl, Hemoglobin = 8,9 g/dl, hematokrit = 68 %, Creatinin = 18.6 mg/dl, Glukosa sewaktu = 124 mg/dl.

C. Analisa data

Berdasarkan dari data hasil pengkajian yang telah dilakukan, kemudian dilakukan analisa data dan penegakan diagnosa keperawatan yang sesuai dengan masalah yang dialami oleh klien. Hasil analisis data :

Tabel 3.1 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem
1	DS : - Klien mengatakan kakinya agak bengkak - minum dibatasi ±2 gelas sehari - makan dibatasi ±2 porsi - BB kering : 62 kg - BAK 1 kali sehari - BAB 2 kali sehari dengan jumlah sedikit DO : TTV : - TD : 150/90 mmhg, RR : 20x/menit, Nadi: 79x/menit Temp : 36.6° C - BB pre HD : 65 kg	Kegagalan mekanisme regulasi	Kelebihan volume cairan

	<ul style="list-style-type: none"> - BB post HD 62 kg - Tungkai ke 2 kaki odem ringan: CRT 4/detik - Ht : 68% 		
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kakinya masih bengkak - Klien merasakan badannya terasa lemas <p>DO :</p> <p>TTV</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 160/90 mmhg, - RR : 20x/menit, - Nadi: 79x/menit - Temp : 36.6° C - Tungkai ke 2 kaki odem ringan: CRT 4/detik - Hb : 8,9 g/dl 	hipertensi	Ketidakefektifan perfusi jaringan
3	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan badannya terasa gatal terutama pada bagian punggung - Klien mengatakan mulai gatal sehari sebelum HD <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat ruam dan lesi daerah punggung - Istri klien tampak membantu menggaruk punggung klien - Ureum : 181 mg/dl 	Gangguan metabolisme	Gangguan Rasa Nyaman

D. Diagnosa Keperawatan

Didapatkan tiga prioritas masalah keperawatan berdasar pada hasil analisis data, yaitu Kelebihan volume cairan, ketidakefektifan perfusi jaringan, gangguan rasa nyaman. Diagnosa utama yang diangkat yaitu gangguan rasa nyaman. Hal ini dikarenakan gangguan rasa nyaman adalah tindakan mandiri

keperawatan Non farmakologi dengan memberikan terapi *akupresur aurikula* untuk mengatasi gangguan rasa nyaman klien. Oleh karena itu penulis akan membahas masalah utama klien yaitu gangguan rasa nyaman. Walaupun demikian, masalah keperawatan lainnya juga tetap dilakukan intervensi.

E. Rencana Intervensi, Implementasi dan Evaluasi Keperawatan : Gangguan Rasa nyaman berhubungan dengan gatal

1. Rencana Intervensi Keperawatan

Masalah keperawatan yang menjadi prioritas pada pasien kelolaan yaitu Gangguan Rasa Nyaman Berhubungan dengan Gatal. Tujuan umum asuhan keperawatan yang diberikan yaitu diberikan setelah dilakukan 3 kali intervensi diharapkan gangguan rasa nyaman “gatal” yang di alami klien berkurang dan keluarga dapat mempratikan dirumah. Setelah tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan rasa nyaman (gatal) dapat teratasi dari skala sedang menjadi ringan. Intervensi yang dilakukan yaitu kaji tanda-tanda vital klien, observasi keluhan nyeri pasien termasuk lokasi dan lamanya, bantu pasien untuk memposisikan semi fowler, bantu pasien untuk membantu menurunkan persepsi respon gatal dalam hal ini terapi akupresur aurikula saat klien menjalani proses hemodialisa untuk menurunkan persepsi respon gatal yang dialami pasien dapat berkurang dari skala sedang menjadi skala ringan. Intervensi yang dilakukan kepada pasien yaitu memberikan terapi akupresur aurikula dengan menggunakan biji sawi pada titik ginjal (T. 95), titik paru-paru (T. 101), titik jantung (T. 100), titik *shen men* (T. 55), titik endokrin (T. 22), dan titik *subcortical* (T. 28) sebanyak tiga kali. Dimana titik utama terapi yaitu titik paru-paru (T. 101) sedangkan titik yang lain merupakan titik tambahan.

Tindakan keperawatan inovasi akupresur aurikula terhadap *uremic pruritus* kepada Tn.M. Gakan dilakukan pada tanggal 06 Desember 2018, 10 desember 2018, 13 desember 2018 diruang Hemodialisa RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Tujuan dilakukan pemberian akupresur aurikula untuk menurunkan tingkat keparahan pruritus yang ditunjukkan dari VAS, skor pengukuran skala pruritus modifikasi Duo dan Mettang.

Hasil dari tindakan keperawatan inovasi yaitu diharapkan hasil pengukuran tingkat keparahan pruritus sebelum dilakukan intervensi mengalami penurunan setelah dilakukan intervensi.

2. Implementasi Inovasi

Implementasi awal yang dilakukan memberikan edukasi tentang manfaat terapi akupresure aurikula untuk mengatasi masalah gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gatal yang di rasakan klien melibatkan keluarga pasien. Adapun implementasi mandiri yang dilakukan antara lain dengan memberikan terapi *Akupresure Aurikula* untuk mengurangi rasa gatal yang dialami pasien.

Implementasi yang dilakukan pada pertemuan pertama pada tanggal 6 desember 2018 sesuai dengan intervensi yaitu dengan mengkaji keluhan klien sebelum dilakukan terapi yaitu klien mengatakan punggung terasa gatal serta mengkaji tanda-tanda vital klien ditemukan tekanan darah : 150/90 mmHg, pernafasan : 20x/menit, nadi : 79x/menit dan suhu : 36,6 °C, BB pre HD 65 Kg, BB terakhir HD 62 Kg dan BB kering 62 Kg. Pada pemeriksaan fisik kesadaran CM, pernafasan spontan Tidak ada distensi vena jugularis, akral hangat. Klien terpasang alat dialysis dengan QB = 200 ml/menit, QD = 500ml/menit, UF Goal 3000 ml, lamanya proses hemodialisa 4 jam, heparin diawal HD 2000ui dan di akhir HD 2000ui. Tindakan mandiri keperawatan untuk mengatasi gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gatal yang di alami klien yaitu dengan menjelaskan kembali dan memberikan terapi *Akupresure Aurikula* dengan melakukan penekanan pada titik ginjal (T. 95), titik paru-paru (T. 101), titik jantung (T.

100), titik *shen men* (T. 55), titik endokrin (T. 22), dan titik *subcortical* (T. 28) pada bagian telinga. Tindakan pemberian akupresur aurikula dilakukan guna menurunkan tingkat keparahan pruritus dengan terlebih dahulu memeriksa reaksi positif pada titik terapi di kedua telinga dan melakukan disinfektan dengan menggunakan kapas alkohol 70%. Setelah itu Menempelkan biji sawi pada plester yang telah dipotong sesuai keperluan sebanyak 6 buah untuk masing-masing telinga dan memberikan tekanan pada masing-masing titik telinga selama 1-2 menit di kedua telinga secara bilateral dengan kekuatan jari yang sesuai sampai pasien merasa tertekan, rasa sakit, mati rasa, dan panas.

3. Evaluasi Inovasi

Hasil intervensi inovasi tindakan pemberian akupresur aurikula terhadap *uremic pruritus* pada Tn. M :

Dari hasil intervensi inovasi setelah dilakukan pemberian akupresur aurikula secara kontinyu dalam 3 kali intervensi menunjukkan bahwa terjadi penurunan tingkat keparahan pruritus yang ditandai dengan hasil tingkat keparahan pruritus yang ditunjukkan dari skor VAS, skor pengukuran skala pruritus modifikasi Duo dan Mettang, begitu pula dengan hasil observasi yaitu ruam dan gatal di punggung pasien berkurang.

Tabel 3.2 Interven Inovasi

Hari/tanggal	Intervensi	VAS	Penilaian pruritus modivikasi duo dan mettang
Kamis 06/12/18	pre	6	17 (sedang)
	Post	6	17 (sedang)
Senin 10/12/18	Pre	5	15 (ringan)
	Post	5	15 (ringan)
Kamis 13/12/18	Pre	4	13 (ringan)
	Post	4	13 (ringan)

F. Pengkajian Keperawatan Resum I

1. Pengkajian Keperawatan

Pasien dengan inisial Tn.S, usia 50 tahun seorang kepala rumah tangga, Tinggal di jalan Ir. Sutami Perumahan Karpotek, dengan diagnosis CKD riwayat masuk rumah sakit HIS dengan keluhan sesak nafas, pusing-pusing, mual, tensi tinggi. Lalu dirujuk ke RS aws dan di periksa darah periksa darah dan dengan hasil nya Klien di diagnosa CKD stage V dan harus segera melakukan cuci darah atau hemodialisa. Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit Diabetes Mellitus dan Hipertensi. Pasien juga mengatakan didalam keluarganya tidak ada yang mengalami penyakit yang sama dengan dirinya.

Pada saat pengkajian 6 desember 2018 klien mengatakan keluhan nya gatal-gatal pada daerah pinggang saat cuci darah berlangsung dan bengkak di ke dua kaki dengan CRT 4/detik, BAK $\pm 2x$ sehari, BAB $\pm 1x$ sehari. Hasil TTV ditemukan tekanan darah : 150/90 mmHg, pernafasan : 22x/menit, nadi : 84x/menit dan suhu : 36,6 0C, BB pre HD 61 Kg, BB terakhir HD 58 Kg dan BB kering 58 Kg. Pada pemeriksaan fisik Kesadaran CM, Tidak ada distensi vena jugularis, akral hangat. Klien terpasang alat dialysis dengan QB = 200 ml/menit, QD = 500ml/menit, UF Goal 2000 ml, lamanya proses hemodialisa 4 jam.

Pemeriksaan Laboratorium pada bulan Desember 2018 dengan hasil Ureum = 172,2 mg/dl, Hemoglobin = 8,9 g/dl, hematokrit = 26,7 %, Creatinin = 12,7 mg/dl, Glukosa sewaktu = 375 mg/dl

2. Analisa Data

Berdasarkan dari data hasil pengkajian yang telah dilakukan, kemudian dilakukan analisa data dan penegakan diagnosa keperawatan yang sesuai dengan masalah yang dialami oleh klien. Hasil analisis data :

Tabel 3.3 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem
1	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kakinya agak bengkak - minum dibatasi ±2 gelas sehari - makan dibatasi ±2 porsi - BAK 2 kali sehari - BAB 2 kali sehari <p>DO :</p> <p>TTV :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 150/90 mmhg, RR : 22x/menit, Nadi: 84x/menit Temp : 36.6° C - BB pre HD : 61 kg - BB post HD 58 kg - BB kering : 58 kg - Tungkai ke 2 kaki odem ringan: CRT 4/detik - Ht : 26,7% 	Kegagalan mekanisme regulasi	Kelebihan volume cairan
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kakinya masih bengkak - Klien merasakan badannya terasa lemas <p>DO :</p> <p>TTV</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 150/90 mmhg, RR : 22x/menit, Nadi: 84x/menit Temp : 36.6° C - Tungkai ke 2 kaki odem ringan: CRT 4/detik - Hb : 8,9 g/dl 	hipertensi	Ketidakefektifan perfusi jaringan
3	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan badannya terasa gatal terutama pada bagian pinggang 	Gangguan metabolisme	Gangguan Rasa Nyaman

-
- Klien mengatakan mulai gatal sehari sebelum HD

DO :

- Terdapat ruam dan lesi daerah pinggang bekas garukan
 - Ureum : 172,2 mg/dl
-

3. Diagnosa Keperawatan

Didapatkan tiga prioritas masalah keperawatan berdasar pada hasil analisis data, yaitu Kelebihan volume cairan, ketidakefektifan perfusi jaringan, gangguan rasa nyaman.

4. Rencana Intervensi, Implementasi dan Evaluasi Keperawatan : Gangguan Rasa nyaman berhubungan dengan gatal

a. Intervensi

Tujuan umum asuhan keperawatan yang diberikan yaitu diberikan yaitu setelah dilakukan 3 kali intervensi diharapkan gangguan rasa nyaman “gatal” yang di alami klien berkurang dan keluarga dapat mempratikan dirumah. Setelah tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan rasa nyaman (gatal) dapat teratasi dari skala sedang menjadi ringan.

Intervensi yang dilakukan kepada pasien yaitu memberikan terapi akupresur aurikula dengan menggunakan biji sawi pada titik ginjal (T. 95), titik paru-paru (T. 101), titik jantung (T. 100), titik *shen men* (T. 55), titik endokrin (T. 22), dan titik *subcortical* (T. 28) sebanyak tiga kali. Dimana titik utama terapi yaitu titik paru-paru (T. 101) sedangkan titik yang lain merupakan titik tambahan.

Tindakan keperawatan inovasi akupresur aurikula terhadap *uremic pruritus* kepada Tn.M. Gakan dilakukan pada tanggal 06 Desember 2018, 10 desember 2018, 13 desember 2018 diruang Hemodialisa RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

b. Implementasi

Tindakan mandiri keperawatan untuk mengatasi gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gatal yang di alami klien yaitu dengan menjelaskan kembali dan memberikan terapi *Akupresure Aurikula* dengan melakukan penekanan pada titik ginjal (T. 95), titik paru-paru (T. 101), titik jantung (T. 100), titik *shen men* (T. 55), titik endokrin (T. 22), dan titik *subcortical* (T. 28) pada bagian telinga. Tindakan pemberian

akupresur aurikula dilakukan guna menurunkan tingkat keparahan pruritus dengan terlebih dahulu memeriksa reaksi positif pada titik terapi di kedua telinga dan melakukan disinfektan dengan menggunakan kapas alkohol 70%. Setelah itu Menempelkan biji sawi pada plester yang telah dipotong sesuai keperluan sebanyak 6 buah untuk masing-masing telinga dan memberikan tekanan pada masing-masing titik telinga selama 1-2 menit di kedua telinga secara bilateral dengan kekuatan jari yang sesuai sampai pasien merasa tertekan, rasa sakit, mati rasa, dan panas.

c. Evaluasi

Hasil intervensi inovasi tindakan pemberian akupresur aurikula terhadap *uremic pruritus* pada Tn. S :

Dari hasil intervensi inovasi setelah dilakukan pemberian akupresur aurikula secara kontinyu dalam 3 kali intervensi menunjukkan bahwa terjadi penurunan tingkat keparahan pruritus yang ditandai dengan hasil tingkat keparahan pruritus yang ditunjukkan dari skor VAS, skor pengukuran skala pruritus modifikasi Duo dan Mettang, begitu pula dengan hasil observasi gatal di pinggang pasien berkurang.

Tabel 3.4 Intervensi Inovasi

Hari/tanggal	Intervensi	VAS	Penilaian pruritus modivikasi duo dan mettang
Kamis 06/12/18	pre	4	15 (sedang)
	Post	4	15 (sedang)
Senin 10/12/18	Pre	4	15 (ringan)
	Post	4	15 (ringan)
Kamis 13/12/18	Pre	3	11 (ringan)
	Post	3	11 (ringan)

G. Pengkajian Keperawatan Resum II

1. Pengkajian Keperawatan

Pasien dengan inisial Tn, H usia 60 tahun seorang kepala rumah tangga dengan diagnosis CKD riwayat masuk rumah sakit pada tanggal 18 Mei 2016 di Rumah sakit di Bontang dengan keluhan Mual muntah, pusing-pusing dan kaki agak sedikit bengkak kemudian klien periksa

darah dan di USG dengan hasilnya Klien di diagnosa CKD stage V dan harus segera melakukan cuci darah atau hemodialisa. Klien mengatakan memiliki Riwayat Hipertensi, klien mengaku tidak mempunyai riwayat penyakit ginjal, asma, asam urat dan jantung. Pasien juga mengatakan didalam keluarganya tidak ada yang mengalami penyakit yang sama dengan dirinya. Pada awalnya klien takut untuk cuci darah klien berfikir cuci darah ini dilakukan seumur hidup dan klien belum siap. Klien berunding dengan keluarga dan pada akhirnya memberanikan dirinya untuk melakukan cuci darah.

Pada saat pengkajian 11 Desember 2018 klien mengatakan kakinya pada saat cuci darah berlangsung sering mengalami gatal-gatal, klien juga mengatakan kesulitan tidur dan hasil TTV ditemukan tekanan darah : 170/100 mmHg, pernafasan : 21x/menit, nadi : 88x/menit dan suhu : 36,6 0C, BB sebelum sakit 65 kg BB pre HD 60 Kg, BB terakhir HD 55 Kg dan BB kering 55 Kg. Pada pemeriksaan fisik Kesadaran CM, pernafasan spontan, di temukan edema derajat 2 pada ekstermitas bawah. Kekuatan otot ekstermitas 5. turgor kulit elastis, CRT < 2 detik, Tidak ada distensi vena jugularis, akral hangat. Klien terpasang alat dialysis dengan QB = 200 ml/menit, QD = 500ml/menit, UF Goal 5000 ml, lamanya proses hemodialisa 4 jam.

Pemeriksaan Laboratorium pada Bulan desember 2018 dengan hasil Ureum = 149,8 mg/dl, Hemoglobin = 8,7 g/dl, hematokrit = 22 %, Creatinin = 7,7 mg/dl, Glukosa sewaktu = 127 mg/dl.

2. Analisa Data

Berdasarkan dari data hasil pengkajian yang telah dilakukan, kemudian dilakukan analisa data dan penegakan diagnosa keperawatan yang sesuai dengan masalah yang dialami oleh klien. Hasil analisis data :

Tabel 3.5 analisa data

No	Data	Etiologi	Problem
1	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kakinya agak bengkak - Klien mengatakan tidak dapat mengontrol minumannya saat haus <p>DO :</p> <p>TTV :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 170/100 mmhg, RR : 21x/menit, Nadi: 88x/menit Temp : 36.6° C - BB pre HD : 60 kg - BB post HD 55 kg - BB kering : 55 kg - Tungkai ke 2 kaki odem ringan: CRT 4/detik - Ht : 22% 	Kegagalan mekanisme regulasi	Kelebihan volume cairan
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kakinya masih bengkak - Klien merasakan badannya terasa lemas <p>DO :</p> <p>TTV</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 170/100 mmhg, RR : 21x/menit, Nadi: 88x/menit Temp : 36.6° C - Tungkai ke 2 kaki odem ringan: CRT 4/detik - Hb : 8,97g/dl 	hipertensi	Ketidakefektifan perfusi jaringan
3	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kaki terasa gatal terutama pada bagian paha sebelah kiri - Klien mengatakan mulai gatal pada saat 	Gangguan metabolisme	Gangguan Rasa Nyaman

malam hari

DO :

- Terdapat ruam dan lesi daerah paha bekas garukan
 - Ureum : 149,4 mg/dl
-

3. Diagnosa Keperawatan

Didapatkan tiga prioritas masalah keperawatan berdasar pada hasil analisis data, yaitu Kelebihan volume cairan, ketidakefektifan perfusi jaringan, gangguan rasa nyaman

4. Rencana Intervensi, Implementasi dan Evaluasi Keperawatan : Gangguan Rasa nyaman berhubungan dengan gatal

a. Intervensi

Tujuan umum asuhan keperawatan yang diberikan yaitu diberikan yaitu setelah dilakukan 3 kali intervensi diharapkan gangguan rasa nyaman “gatal” yang di alami klien berkurang dan keluarga dapat mempratikan dirumah. Setelah tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan rasa nyaman (gatal) dapat teratasi dari skala sedang menjadi ringan.

Intervensi yang dilakukan kepada pasien yaitu memberikan terapi akupresur aurikula dengan menggunakan biji sawi pada titik ginjal (T. 95), titik paru-paru (T. 101), titik jantung (T. 100), titik *shen men* (T. 55), titik endokrin (T. 22), dan titik *subcortical* (T. 28) sebanyak tiga kali. Dimana titik utama terapi yaitu titik paru-paru (T. 101) sedangkan titik yang lain merupakan titik tambahan.

Tindakan keperawatan inovasi akupresur aurikula terhadap *uremic pruritus* kepada Tn.S. Gakan dilakukan pada tanggal 06 Desember 2018, 10 desember 2018, 13 desember 2018 diruang Hemodialisa RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

b. Implementasi

Tindakan mandiri keperawatan untuk mengatasi gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gatal yang di alami klien yaitu dengan menjelaskan kembali dan memberikan terapi *Akupresure Aurikula*

dengan melakukan penekanan pada titik ginjal (T. 95), titik paru-paru (T. 101), titik jantung (T. 100), titik *shen men* (T. 55), titik endokrin (T. 22), dan titik *subcortical* (T. 28) pada bagian telinga. Tindakan pemberian akupresur aurikula dilakukan guna menurunkan tingkat keparahan pruritus dengan terlebih dahulu memeriksa reaksi positif pada titik terapi di kedua telinga dan melakukan disinfektan dengan menggunakan kapas alkohol 70%. Setelah itu Menempelkan biji sawi pada plester yang telah dipotong sesuai keperluan sebanyak 6 buah untuk masing-masing telinga dan memberikan tekanan pada masing-masing titik telinga selama 1-2 menit dikedua telinga secara bilateral dengan kekuatan jari yang sesuai sampai pasien merasa tertekan, rasa sakit, mati rasa, dan panas.

c. Evaluasi

Hasil intervensi inovasi tindakan pemberian akupresur aurikula terhadap *uremic pruritus* pada Tn. S :

Dari hasil intervensi inovasi setelah dilakukan pemberian akupresur aurikula secara kontinyu dalam 3 kali intervensi menunjukkan bahwa terjadi penurunan tingkat keparahan pruritus yang di tandai dengan hasil tingkat keparahan pruritus yang ditunjukkan dari skor VAS, skor pengukuran skala pruritus modifikasi Duo dan Mettang, begitu pula dengan hasil observasi gatal di pinggang pasien berkurang.

Tabel 3.6 Intervensi Inovasi

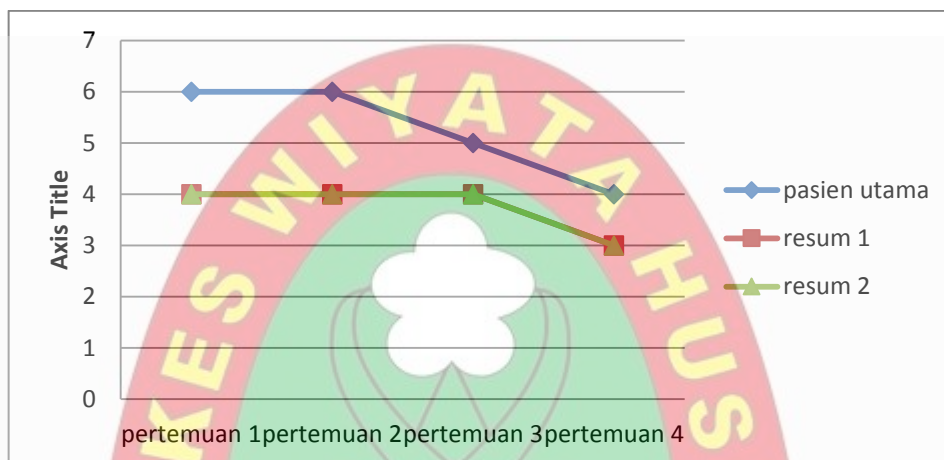
Hari/tanggal	Intervensi	VAS	Penilaian pruritus modivikasi duo dan mettang
Kamis 06/12/18	pre	4	13 (sedang)
	Post	4	13 (sedang)
Senin 10/12/18	Pre	4	13 (sedang)
	Post	4	13 (sedang)
Kamis 13/12/18	Pre	3	13 (sedang)
	Post	3	13 (sedang)

H. Pebandingan Hasil Intervensi

Perbandingan hasil intervensi pasien kelolaan dengan pasien resume yang dilakukan yaitu sebagai berikut :

Akupresur Aurikula adalah sebagian dari terapi Non farmakologi yang dilakukan sebagai intervensi utama pada pasien *pruritus*. Pada intervensi yang sudah di implementasikan kepada 3 klien yang mengalami pruritus dengan 3 kali pemberian terapi terjadi penurunan frekuensi defekasi

Grafik 3.1 Pebandingan Frekuensi Pada Klien Kelolaan dan Resum



Berdasarkan pada grafik 3.1 tampak adanya perbaikan frekuensi defekasi pada ke 3 klien yang dilakukan terapi. Pada minggu pertama pada saat pengukuran dan diberikan 1 kali intervensi tidak ada perubahan, terapi di minggu ke 2 setelah diberikan intervensi inovasi terjadi penurunan pada pasien Utama : 6 menjadi 4, pasien resum 1 terjadi penurunan : 5, pada pasien resum 1 setelah diberikan intervensi inovasi pada minggu ke 3 pasien Utama terjadi penurunan 4 menjadi 3, pasien resum 2 terjadi penurunan 4 menjadi 3 dan pasien resum 3 tidak terjadi penurunan.

Hal ini menunjukkan adanya perbaikan setelah dilakukan intervensi inovasi pada pasien utama dan resum 1 dan pada pasien resum 2 tidak ada perbaikan setelah dilakukan intervensi.

BAB IV

ANALISA SITUASI

A. Profil Lahan Praktik

Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda terletak di jalan Palang Merah Indonesia kecamatan Samarinda Ulu Kota Samarinda. Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie (RSUD A.W.S) Samarinda adalah Rumah Sakit kelas A serta sebagai tempat pendidikan yang merupakan rumah sakit rujukan di Provinsi Kalimantan Timur. Visi Rumah Sakit Umum Abdul Wahab Sjahranie Samarinda adalah menjadi rumah sakit dengan pelayanan bertaraf internasional. Misi Rumah Sakit Umum Daerah Abdul wahab Sjahranie Samarinda adalah meningkatkan akses dan kualitas pelayanan berstandar internasional, mengembangkan rumah sakit sebagai pusat penelitian dengan motto bersih, aman, kualitas, tertib dan informatif (BAKTI). Falsafah Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda adalah menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia dalam pelayanan kesehatan, pendidikan, dan penelitian (Bidang Keperawatan, 2017).

Oleh karena itu Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda meningkatkan predikatnya dengan meningkatkan mutu dan pelayanan kesehatan termasuk pelayanan keperawatan. Pelayanan keperawatan ini dapat dilihat dari pelayanan yang diberikan semua perawat di semua ruang perawatan yang ada di Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, salah satunya di ruang Hemodialisa Ruang Hemodialisa merupakan unit dari Staf Medis Fungsional (SMF) Penyakit Dalam di RSUD A. W. Sjahranie Samarinda. Ruangan ini memiliki fasilitas 37 tempat tidur pasien dan 37 mesin Hemodialisa. Pada saat ini jumlah pasien yang menjalani hemodialisis pada bulan Desember 2017 yang menggunakan jaminan BPJS mencapai 256 orang yang terbagi menjadi dua waktu pelaksanaan hemodialisa pada pagi dan sore. Jadwal hemodialisa diatur dua kali dalam satu

minggu terdiri dari 3 waktu yaitu jadwal senin/kamis, selasa/jum'at, rabu/sabtu. Pelaksanaan hemodialisa di pagi hari dimulai dari jam 06.00-11.00 Wita dan siang pada pukul 11.00-17.00 Wita serta malam 17.00-20.00 Wita (berlaku pada hari senin dan kamis). Waktu kerja karyawan di Ruang Hemodialisa diatur dalam tiga sift yakni sift pagi, sift sore dan sift malam. Karyawan Ruang Hemodialisa berjumlah 34 orang terdiri dari dokter penanggung jawab (dr. Kuntjoro Yakti, Sp.Pd), dokter ruangan (dr. Sizigia Hascarini), Kepala Ruangan (H. Mulyono, STT), 20 perawat yang sudah tersertifikasi, 2 orang tenaga Administrasi, 2 orang POS3 orang CS dan 4 orang teknisi.

Ruangan Hemodialisa terbagi dalam beberapa ruangan: ruang pelayanan atau tindakan hemodialisa, ruang istirahat, ruang rapat, ruang dokter penanggung jawab, ruang administrasi, ruang *re_use* dan bilas, 1 gudang alkes dan satu gudang BHP, 3 toilet (2 toilet untuk karyawan dan 1 toilet pasien dan penunggu), musholla dan nurse station.

B. Analisa Masalah Keperawatan Dengan Konsep Terkait Dan Konsep Kasus

1. *Chronic Kidney Disease (CKD)* yang terjadi pada pasien

Chronic Kidney Disease (CKD) adalah suatu sindroma klinik yang disebabkan oleh penurunan fungsi ginjal yang bersifat menahun, berlangsung progresif dan *irreversible* dimana kemampuan tubuh gagal dalam mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga menyebabkan terjadinya uremia atau *azotemia* (Smeltzer & Bare, 2008). Gagal ginjal kronik secara progresif kehilangan fungsi ginjal nefronnya satu persatu yang secara bertahap menurunkan keseluruhan fungsi ginjal. Pada penyakit ginjal tahap akhir, terapi pengganti ginjal diperlukan untuk mempertahankan hidup. Terapi pengganti ginjal dapat berupa hemodialisa dan transplantasi ginjal (Sjamsuhidajat & Jong, 2011).

Di Indonesia peningkatan penderita penyakit ini mencapai angka 20%. Pusat data dan informasi Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PDPERSI) menyatakan jumlah penderita gagal ginjal kronik diperkirakan sekitar 50 orang per satu juta penduduk. Berdasarkan data dari Indonesia Renal Registry, suatu kegiatan registrasi dari perhimpunan nefrologi Indonesia, pada tahun 2008 jumlah pasien hemodialisa (cuci darah) mencapai 2260 orang dari 2146 orang pada tahun 2007 (Pribadi, 2012).

Bila seseorang mengalami penyakit ginjal kronik sampai pada stadium 5 atau telah mengalami penyakit ginjal kronik (gagal ginjal) dimana laju filtrasi glomerulus (15 ml/menit) ginjal tidak mampu lagi menjalankan seluruh fungsinya dengan baik maka dibutuhkan terapi untuk menggantikan fungsi ginjal. Hingga saat ini dialisis dan transplantasi ginjal adalah tindakan yang efektif sebagai terapi untuk gagal ginjal terminal. Sedangkan salah satu penatalaksanaan pada penderita gagal ginjal kronik adalah hemodialisa (Digiulio, 2014).

Pada karya ilmiah ini, kasus yang dibahas adalah klien dengan diagnosa medis CKD stadium akhir yang menjalani hemodialisa. Klien sedang dirawat di ruang Hemodialisa RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda sekitar satu tahun yang lalu, saat klien berusia 48 tahun. Klien mengatakan awal mulanya klien memiliki keluhan mual muntah dan terasa nyeri bagian perut tembus bagian belakang. Sehingga klien dirawat di RS tentara selama satu minggu, kemudian klien dirujuk ke RS AWS dan dinyatakan menderita penyakit gagal ginjal serta harus menjalani hemodialisa setiap satu minggu sekali. Setelah tiga bulan menjalani hemodialisa, klien disarankan dokter untuk menjalani hemodialisa sebanyak dua kali seminggu. Klien mengatakan sebelumnya klien memiliki riwayat penyakit hipertensi dan diabetes mellitus namun hanya berobat ke Puskesmas.

Salah satu manifestasi klinik yang terjadi pada CKD stadium akhir adalah *uremic pruritus* yang disebabkan oleh kemampuan tubuh gagal dalam mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan

elektrolit sehingga menyebabkan terjadinya uremia. *Uremic pruritus* adalah istilah yang dipakai untuk pruritus yang dialami oleh pasien CKD atau penyakit ginjal stadium akhir, dengan tidak disertai oleh penyakit-penyakit lain yang dapat menyebabkan gatal. Beberapa pasien mengeluhkan pruritus di bagian tubuh tertentu (terlokalisasi), sementara yang lain di seluruh tubuh (menyeluruh). Bila terlokalisasi, biasanya di lengan atas dan punggung bagian atas (G. Virga, 2003).

Upaya untuk mengatasi uremia dengan melakukan pembuangan zat-zat tertentu (toksik) yaitu ureum dari darah melalui membrane semipermeabel buatan (artificial) di dalam ginjal buatan yang disebut dialiser (Baradero *et.al*, 2009). Dan salah satu cara untuk menurunkan tingkat keparahan pruritus adalah dengan akupresur aurikula (Djing, 2006).

Pada Tn.M dari hasil pengkajian didapatkan masalah keperawatan yaitu kelebihan volume cairan b/d kegagalan mekanisme regulasi, ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b/d hipertensi, gangguan rasa nyaman b/d gatal.

2. Gangguan rasa nyaman b/d gatal

Kondisi klien ketika memulai proses hemodialisa adalah adanya keluhan gatal-gatal di bagian punggung klien. Dan hasil pemeriksaan fisik terdapat ruam serta bekas garukan di bagian punggung klien. Hal ini umumnya disebut *uremic pruritus* yang merupakan masalah yang sering terjadi pada pasien yang menderita CKD stadium akhir.

Pruritus merupakan keluhan yang paling sering terjadi pada pasien hemodialisis. Hampir 60-80% pasien yang menjalani dialisis (baik hemodialisis maupun dialisis peritoneal) mengeluhkan pruritus. Pruritus didefinisikan sebagai rasa gatal setidaknya 3 periode dalam waktu 2 minggu yang menimbulkan gangguan, atau rasa gatal yang terjadi lebih dari 6 bulan secara teratur. Pruritus umumnya dialami sekitar 6 bulan setelah awal dialisis dan biasanya makin meningkat dengan lamanya pasien menjalani dialisis (I. Narita, 2008).

Uremia merupakan penyebab metabolik pruritus yang paling sering. Faktor yang mengeksaserbasi pruritus termasuk panas, waktu malam hari (*nighttime*), kulit kering dan keringat. Penyebab pruritus pada penyakit ginjal tidak jelas dan dapat multifaktorial (I. Narita, 2008).

Sejumlah faktor diketahui menyebabkan pruritus uremik namun etiologi spesifik pada umumnya belum diketahui pasti. Beberapa kasus pruritus lebih berat selama atau setelah dialisis dan dapat berupa reaksi alergi terhadap heparin, eritropoietin, formaldehid, atau asetat (I. Narita, 2008).

Salah satu penatalaksanaan *uremic pruritus* menurut (Mettang, 2012) adalah dengan *physical treatment* yaitu akupunktur. Dimana salah satu jenis akupunktur yang efektif dan aman yaitu akupresur. Akupresur adalah cara pengobatan yang berasal dari Cina, yang biasa disebut dengan pijat akupunktur yaitu metode pemijatan pada titik akupunktur (acupoint) di tubuh manusia tanpa menggunakan jarum (Sukanta, 2008). Akupresur merupakan terapi yang sederhana, mudah dilakukan, tidak memiliki efek samping karena tidak melakukan tindakan invasif (Fengge, 2012).

Hal ini juga didukung oleh penelitian Cui-na Yan *et al.* (2015) dimana dari kelompok intervensi ($n = 32$) yang menjalani perawatan akupresur aurikula dengan menggunakan biji vacaria pada titik ginjal (T. 95), titik paru-paru (T. 101), titik jantung (T. 100), titik *shen men* (T. 55), titik endokrin (T. 22), dan titik *subcortical* (T. 28) sebanyak tiga kali seminggu selama enam minggu sedangkan kelompok kontrol tidak diberikan perawatan akupresur aurikula. Didapatkan hasil yaitu ada perbedaan yang signifikan pada skor VAS antara kelompok intervensi (3.844 ± 1.687) dan kelompok kontrol (5.567 ± 2.285).

Berdasarkan uraian diatas peneliti berasumsi yang mempengaruhi terjadinya kerusakan integritas kulit adalah ancaman pada status kesehatan yang sekarang dialami, sehingga dapat mengganggu kenyamanan pasien. Ketidaknyamanan ini mengakibatkan penurunan

kualitas hidup pasien. Maka dari itu diharapkan pasien mampu menjaga kebersihan diri dan mengaplikasikan akupresur aurikula guna mengurangi tingkat keparahan pruritus yang terjadi pada klien

3. Analisis Intervensi Inovasi Terapi Akupresur Aurikula terhadap *Uremic Pruritus*

Salah satu intervensi yang dilakukan untuk menurunkan *uremic pruritus* adalah dengan melakukan terapi akupresur aurikula. Tindakan terapi akupresur aurikula bisa dilakukan pada kapan saja dan tanpa harus mengeluarkan biaya yang banyak, di RSUD tindakan terapi akupresur aurikula bisa digunakan untuk menurunkan *uremic pruritus* pada pasien dengan gagal ginjal kronik diruangan hemodialisa.

Keefektifan untuk menurunkan *uremic pruritus* pada Tn.M dilakukan tindakan terapi akupresur pada titik ginjal (T. 95), titik paru-paru (T. 101), titik jantung (T. 100), titik *shen men* (T. 55), titik endokrin (T. 22), dan titik *subcortical* (T. 28) sebanyak tiga kali pertemuan, setelah dilakukan tindakan tersebut didapatkan data pada tanggal 06 desember 2018 sampai tanggal 13 yaitu skor VAS 6 (pruritus sedang) menjadi skor VAS 4 (pruritus sedang), kemudian dari pengukuran Duo-Mettang didapatkan penurunan tingkat keparahan pruritus dari skor 17 (pruritus sedang) menjadi skor 15 (pruritus ringan).

Klien Resum 1 dengan Tn. S setelah diberikan terapi akupresur aurikula dengan melakukan akupresur pada titik ginjal (T. 95), titik paru-paru (T. 101), titik jantung (T. 100), titik *shen men* (T. 55), titik endokrin (T. 22), dan titik *subcortical* (T. 28) sebanyak tiga kali pertemuan setelah dilakukan tindakan tersebut didapatkan data pada tanggal 06 desember 2018 sampai tanggal 13 yaitu skor VAS 4 (pruritus sedang) menjadi skor VAS 3 (pruritus ringan) kemudian dari pengukuran Duo-Mettang didapatkan penurunan

tingkat keparahan pruritus dari skor 15 (pruritus ringan) menjadi skor 11 (pruritus ringan).

Klien resum 2 dengan Tn.H setelah diberikan terapi akupresur aurikula dengan melakukan akupresur pada titik ginjal (T. 95), titik paru-paru (T. 101), titik jantung (T. 100), titik *shen men* (T. 55), titik endokrin (T. 22), dan titik *subcortical* (T. 28) sebanyak tiga kali pertemuan setelah dilakukan tindakan tersebut didapatkan data pada tanggal 11 desember 2018 sampai tanggal 14 desember 2018 skor VAS 4 (pruritus sedang) menjadi skor VAS 3 kemudian dari pengukuran Duo-Mettang didapatkan penurunan tingkat keparahan pruritus dari skor 13 (pruritus ringan) menjadi skor 11 (pruritus ringan).

Dari data di atas didapatkan penurunan tingkat keparahan *uremic pruritus* dengan pemberian akupresur aurikula. Pruritus merupakan keluhan yang paling sering terjadi pada pasien hemodialisis. Hampir 60-80% pasien yang menjalani dialisis (baik hemodialisis maupun dialisis peritoneal) mengeluhkan pruritus. Pruritus didefinisikan sebagai rasa gatal setidaknya 3 periode dalam waktu 2 minggu yang menimbulkan gangguan, atau rasa gatal yang terjadi lebih dari 6 bulan secara teratur. Pruritus umumnya dialami sekitar 6 bulan setelah awal dialisis dan biasanya makin meningkat dengan lamanya pasien menjalani dialisis (I. Narita, 2008).

Salah satu penatalaksanaan *uremic pruritus* menurut (Mettang, 2012) adalah dengan *physical treatment* yaitu akupunktur. Dimana salah satu jenis akupunktur yang efektif dan aman yaitu akupresur. Akupresur adalah cara pengobatan yang berasal dari Cina, yang biasa disebut dengan pijat akupunktur yaitu metode pemijatan pada titik akupunktur (acupoint) di tubuh manusia tanpa menggunakan jarum (Sukanta, 2008). Akupresur merupakan terapi yang sederhana, mudah dilakukan, tidak memiliki efek samping karena tidak melakukan tindakan invasif (Fengge, 2012).

Hal ini juga didukung oleh penelitian Cui-na Yan *et al.* (2015) dimana dari kelompok intervensi (n = 32) yang menjalani perawatan akupresur

aurikula dengan menggunakan biji vacaria pada titik ginjal (T. 95), titik paru-paru (T. 101), titik jantung (T. 100), titik *shen men* (T. 55), titik endokrin (T. 22), dan titik *subcortical* (T. 28) sebanyak tiga kali seminggu selama enam minggu sedangkan kelompok kontrol tidak diberikan perawatan akupresur aurikula. Didapatkan hasil yaitu ada perbedaan yang signifikan pada skor VAS antara kelompok intervensi (3.844 ± 1.687) dan kelompok kontrol (5.567 ± 2.285).

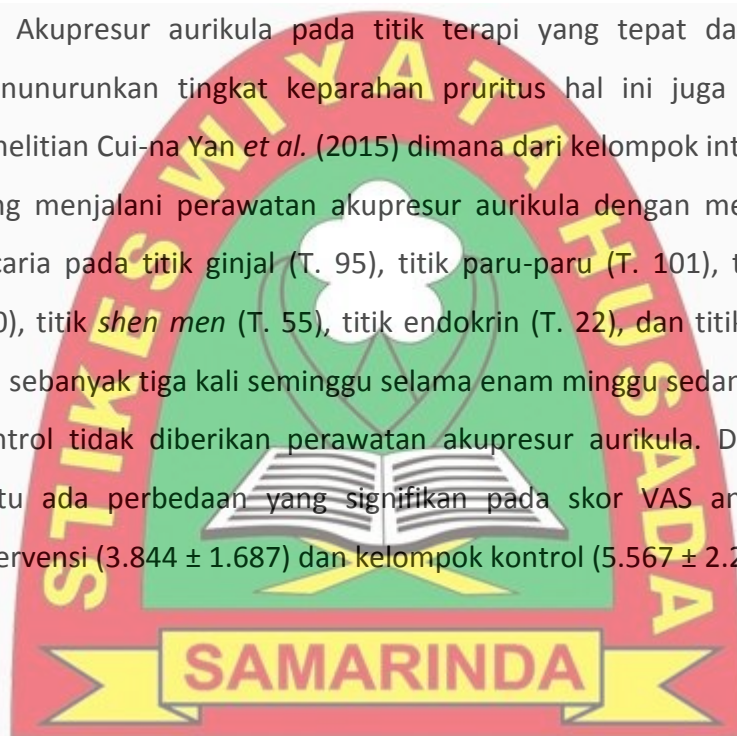
4. Alternatif Pemecahan yang dapat dilakukan

Intervensi lain yang dapat dilakukan untuk mengurangi iuremic pruritus adalah dengan tindakan akupresur aurikula. Hasil penelitian menunjukkan bahwa akupresur aurikula dapat menurunkan tingkat keparahan pruritus. Dimana tindakan terapi akupresur pada titik ginjal (T. 95), titik paru-paru (T. 101), titik jantung (T. 100), titik *shen men* (T. 55), titik endokrin (T. 22), dan titik *subcortical* (T. 28) sebanyak tiga kali pertemuan, setelah dilakukan tindakan tersebut didapatkan data pada tanggal 09 Januari 2018 yaitu skor VAS 8 (pruritus berat) menjadi skor VAS 3 (pruritus ringan), kemudian dari pengukuran Duo-Mettang didapatkan penurunan tingkat keparahan pruritus dari skor 17 (pruritus sedang) menjadi skor 13 (pruritus ringan).

Klien Resum 1 dengan Tn. S setelah diberikan terapi akupresur aurikula dengan melakukan akupresur pada titik ginjal (T. 95), titik paru-paru (T. 101), titik jantung (T. 100), titik *shen men* (T. 55), titik endokrin (T. 22), dan titik *subcortical* (T. 28) sebanyak tiga kali pertemuan setelah dilakukan tindakan tersebut didapatkan data pada tanggal 06 Desember 2018 sampai tanggal 13 yaitu skor VAS 5 (pruritus sedang) menjadi skor VAS 3 (pruritus ringan) kemudian dari pengukuran Duo-Mettang didapatkan penurunan tingkat keparahan pruritus dari skor 15 (pruritus ringan) menjadi skor 11 (pruritus ringan).

Klien resum 2 dengan Tn.H setelah diberikan terapi akupresur aurikula dengan melakukan akupresur pada titik ginjal (T. 95), titik paru-paru (T. 101), titik jantung (T. 100), titik *shen men* (T. 55), titik endokrin (T. 22), dan titik *subcortical* (T. 28) sebanyak tiga kali pertemuan setelah dilakukan tindakan tersebut didapatkan data pada tanggal 11 desember 2018 sampai tanggal 14 desember 2018 skor VAS 4 (pruritus sedang) dan tidak ada perubahan kemudian dari pengukuran Duo-Mettang didapatkan penurunan tingkat keparahan pruritus dari skor 13 (pruritus ringan) menjadi skor 13 (pruritus ringan).

Akupresur aurikula pada titik terapi yang tepat dapat membantu menurunkan tingkat keparahan pruritus hal ini juga didukung oleh penelitian Cui-na Yan *et al.* (2015) dimana dari kelompok intervensi (n = 32) yang menjalani perawatan akupresur aurikula dengan menggunakan biji vacaria pada titik ginjal (T. 95), titik paru-paru (T. 101), titik jantung (T. 100), titik *shen men* (T. 55), titik endokrin (T. 22), dan titik *subcortical* (T. 28) sebanyak tiga kali seminggu selama enam minggu sedangkan kelompok kontrol tidak diberikan perawatan akupresur aurikula. Didapatkan hasil yaitu ada perbedaan yang signifikan pada skor VAS antara kelompok intervensi (3.844 ± 1.687) dan kelompok kontrol (5.567 ± 2.285).



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil intervensi dan pembahasan pada bab sebelumnya, maka dapat diambil kesimpulan bahwa:

1. Intervensi Inovasi pada klien kelolaan dan klien resum :

- a. Setelah dilakukan tindakan dengan Tn.M didapatkan data pada tanggal 09 Januari 2018 yaitu skor VAS 8 (pruritus berat) menjadi skor VAS 3 (pruritus ringan), kemudian dari pengukuran Duo-Mettang didapatkan penurunan tingkat keparahan pruritus dari skor 17 (pruritus sedang) menjadi skor 13 (pruritus ringan).
- b. Klien Resum 1 dengan Tn. S setelah diberikan terapi akupresur aurikula dengan melakukan akupresur pada titik ginjal (T. 95), titik paru-paru (T. 101), titik jantung (T. 100), titik *shen men* (T. 55), titik endokrin (T. 22), dan titik *subcortical* (T. 28) sebanyak tiga kali pertemuan setelah dilakukan tindakan tersebut didapatkan data pada tanggal 06 desember 2018 sampai tanggal 13 yaitu skor VAS 5 (pruritus sedang) menjadi skor VAS 3 (pruritus ringan) kemudian dari pengukuran Duo-Mettang didapatkan penurunan tingkat keparahan pruritus dari skor 15 (pruritus ringan) menjadi skor 11 (pruritus ringan).
- c. Klien resum 2 dengan Tn.S setelah diberikan terapi akupresur aurikula dengan melakukan akupresur pada titik ginjal (T. 95), titik paru-paru (T. 101), titik jantung (T. 100), titik *shen men* (T. 55), titik endokrin (T. 22), dan titik *subcortical* (T. 28) sebanyak tiga kali pertemuan setelah dilakukan tindakan tersebut didapatkan data pada tanggal 11 desember 2018 sampai tanggal 14 desember 2018 skor VAS 4 (pruritus sedang) dan tidak ada perubahan kemudian dari pengukuran Duo-Mettang didapatkan penurunan tingkat keparahan pruritus dari skor 13 (pruritus ringan) menjadi skor 13 (pruritus ringan)

2. Akupresur aurikula pada titik terapi yang tepat dapat membantu menurunkan tingkat keparahan pruritus setelah diberi intervensi selama 3 kali pertemuan

B. Saran

1. Institusi akademis

Institusi akademis sebaiknya mengadakan diskusi mengenai penerapan tindakan terapi akupresur aurikula terhadap penurunan *uremic pruritus* pada kasus-kasus pasien dengan *chronic kidney disease*, sehingga mahasiswa mampu meningkatkan cara berpikir kritis dalam menerapkan intervensi mandiri keperawatan sesuai dengan jurnal penelitian terbaru.

2. Perawat

Perawat lebih banyak memberikan pelayanan secara maksimal sehingga mampu meningkatkan kualitas hidup klien untuk terhindar dari *uremic pruritus* yang bisa mengakibatkan memburuknya kondisi pasien *chronic kidney disease* dan memberikan pendidikan kesehatan serta motivasi sehingga dapat berdampak positif terhadap kesehatan pasien dan keluarga.

3. Mahasiswa

Mahasiswa diharapkan lebih banyak menerapkan tindakan akupresur aurikula pada pasien yang mengalami *uremic pruritus*, sehingga dapat menurunkan tingkat keparahan *uremic pruritus* pada pasien. Selain terhadap pasien yang dikelolanya mahasiswa juga dapat menerapkan kepada pasien yang lain, sehingga mahasiswa lebih mahir dan profesional dalam pelaksanaannya dan juga mahasiswa harus lebih banyak belajar dan mencari referensi lebih banyak baik dari buku maupun jurnal penelitian terbaru mengenai keefektifan penggunaan tindakan terapi akupresur aurikula.

DAFTAR PUSTAKA

Asmadi, (2008). *Teknik Prosedural Keperawatan; Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika

Baradero, Mary, dkk, (2009). *Seri Asuhan Keperawatan Klien Gangguan*. EGC, Jakarta

Bidang Keperawatan. (2017). *Bagian Rekam Medik*. RSUD Abdoel Wahab Syahrani, Samarinda

Black, J., & Hawks, J. (2005). *Medical Surgical Nursing Clinical Management for Positive Outcome* 7th edition. Philadelphia: W.B Saunders Company

Brunner and Suddarth, (2011). *Text Book Of Medical Surgical Nursing* 12th Edition. China : LWW

Callghan, (2009). *Anxiety and human psyc*, edition 2, JFA fundation ARG cendika press

Djing, G. O., (2006). *Terapi Pijat Telinga*. Jakarta: Penebar Swadaya

Greenen Beverly, (2005). *Seri Asuhan Keperawatan Klien Gangguan jantung dan ginjal*. Jakarta : EGC

Gulliford et all, (2006). *Complications During Hemodialysis*. Diunduh dari <http://www.dialysistips.com/complications.html> pada tanggal 03 Desember 2018

Harlim, Ago. (2012). *Pruritus Uremik pada Penyakit Gagal Ginjal Kronik*. (Majalah Kedokteran). Universitas Kristen Indonesia

Hidayat dkk, (2008). *Pengantar kebutuhan dasar manusia*. Jakarta : Salemba Medika

Kementerian Kesehatan RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013*. Jakarta: Badan penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Kementerian Kesehatan

Kesting, M, R,. (2006). *Electrical Ear Acupuncture Reduces Histamine-induced Itch (Alloknesis) (Investigation Report)*. Germany: Ruhr-University of Bochum

Kholil.(2010). *Improving compliance in dialysis patient: does anything work?* Semin dial. 14(5), 324-327

Levey,dkk.2007. *Gagal Ginjal Kronik. Diagnosis dan Terapi Kedokteran Penyakit Dalam Buku 1*. Jakarta: Salemba Medika

Lewis. Sharon L., Dirksen. Shannon R., Heitkemper. Margaret M., Buncher. Linda.,Camera. Ian M.. (2011). *Medical Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems*, Eighth Edition volume: 2. United States of America : ELSEVIER MOSBY.

Lukman, N. (2013). *Hubungan Tindakan Hemodialisa Terhadap Tingkat Depresi Klien Gagal Ginjal Kronik di Ruangan Dahlia Rsup PROF Dr.R.D KANDOU MANADO (Karya Akhir)*. Manado: Universitas Sam Ratulangi

Mettang T, Weisshaar E. (2012). *Pruritus: Control of Itch in Patients Undergoing Dialysis*. European : European Renal Association, European Dialysis and Transplant Association

Mian, Wisyanti U, L,. (2016). *Hubungan Antara Kalsium, Fosfor dan Produk Kalsium Fosfor Serum Dengan Skor Pruritus pada Pasien yang Menjalani Hemodialisis Di RSUP Haji Adam Malik Medan (Tesis)*. Medan: Universitas Sumatera Utara

Narita I, et al. (2008). *Uremic pruritus in chronic hemodialysis patients*. European: European Renal Association, European Dialysis and Transplant Association

Nursalam. (2011). *Manajemen Keperawatan*. edisi 3. Jakarta : Salemba Medika.

PERNEFRI. (2011). *Konsensus Peritoneal Dialisis pada Penyakit Gagal Ginjal Kronik*. Jakarta: Penerbit PERNEFRI.

Phillip *et al*, (2011). *Hubungan Lama Menjalani Hemosialis dan Skor Pruritus pada Pasien yang Menjalani Hemodialisis di RSUP Haji Adam Malik Medan. (Tesis)*. Universitas Sumatera Utara: Medan.

Potter & Perry. (2008). *Buku ajar fundamental keperawatan*. Jakarta: EGC.

Price and Wilson . 2005. *Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit Edisi 6*. Vol.2.Jakarta: EGC.

Remolda, dkk. (2011). *Buku Ajar Ilmu Penyakit dalam II*. Jakarta : Balai penerbit FKUI.

Roesli. (2013). *Dasar-Dasar Keperawatan Propesional*. Edis Pertama. Jakarta,Widya Medika.

Roswati, Eva. (2013). *Pruritus pada Pasien Hemodialisis (Majalah Kedokteran)*. Medan: Universitas Sumatera Utara

Smeltzer, C. S. dan Bare, G. B. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah*. Jakarta : EGC

Sudoyo, (2009). *Buku Ajar Penyakit Dalam*. Jakarta : Salemba Medika

Sumanto, dkk. (2017). *Pengaruh Terapi Akupunktur pada Titik BL 13, LI 11, SP10, ST36 dan HT7 Terhadap Perbaikan Ig. E Pasien Pruritus Dermatitis pada*



LAMPIRAN



Lampiran 2

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN RESUM KEPERAWATAN

RUANG HEMODIALISA

Nama Mahasiswa : Fitronius

NIM : P1706018

Tempat Pengkajian : Ruang Hemodialisa

Tanggal Pengkajian : 6 desember 2018

IDENTITAS KLIEN

Hari/Tanggal Pengkajian	: Selasa, 20 Nov 2018	Jenis Mesin HD	: Joyheal
Nama Pasien	: Tn. M	Type Dyalizer	: Polypure
Umur	: 56 Tahun	Mulai HD Pukul	: 12:05
NO.RM	: 31. 95. 47	Selesai HD Pukul	: 16:05
Alamat	: Berau	Lama HD	: 4 jam
Jaminan	: BPJS	UF Target / UV Goal	: 5000
Status Rawat	: Rawat Jalan	Volume Priming	: 200
Dokter yang merawat	: Dr. Kuncoro	Jenis Dialyzat	: Acid Bicarbonat
Diagnosa Medis	: Ckd on HD	Akses Vaskuler	: Fistula AV (Cimino)
BB HD Terakhir	: 65 Kg	Heparinisasi	: Reguler
BB Kering (DW)	: 62 Kg	Dosis Awal	: 1000
Keluhan Utama	: Dada sesak disertai batuk	Dosis Akhir	: 3000
Penyakit Penyerta	: Batu ginjal	Informasi	: Klien dan keluarga
Riwayat Alergi	: Tidak ada		

PROSES KEPERAWATAN

PRE HEMODIALISA

1) Data Fokus

Data Subjektif : Klien mengatakan gatal bagian punggung

Data Objektif : - Keadaan umum baik
- Kesadaran compos mentis
- GCS : E:4 V:5 M:5

- Mukosa bibir lembah

5 | 5

- MMT

5 | 5

Pemeriksaan Laboratorium pada Bulan Desember 2018 dengan hasil Ureum = 181,8 mg/dl, Hemoglobin = 8,9 g/dl, hematokrit = 68 %, Creatinin = 18.6 mg/dl, Glukosa sewaktu = 124 mg/dl

TTV & HASIL LAB		PRE HD
Kesadaran	:	Compos Mentis
Tekanan Darah	:	150/90 mmHg
Suhu/Nadi	:	79 x /i / 36,6°C
Pernafasan	:	20 x /i
Berat Badan (BB)	:	65 Kg
Penambahan/Penurunan	:	+ Kg
Laboratorium	:	
o Leukosit		3.76
o Eritrosit		2.00
o Hemoglobin		8,9 g/dL
o Hematokrit		68 %
o Ureum		181,8 mg/dL
o PLT		107
o Creatinin		18,6 mg/dL

INTERVENSI KEPERAWATAN

No DX	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Tindakan
1	Gangguan rasa nyaman (00214)	<p>Status kenyamanan fisik (2008)</p> <p>Definisi : kenyamanan fisik yang berkaitan dengan sensasi tubuh dan mekanisme homeostatis</p> <p>Kenyamanan klien meningkat dalam waktu jam dengan kriteria hasil :</p> <p>Keterangan Indikator skala :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat terganggu 2. Banyak terganggu 3. Cukup terganggu 4. Sedikit terganggu 5. Tidak terganggu <p>Indikator</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Defiasi berat 2. Defiasi cukup berat 3. Defiasi sedang 4. Defiasi ringan 5. Tidak ada defiasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Kaji rasa gatal yang dialami pasien 1.2 Jelaskan pada klien penyebab terjadinya gatal 1.3 Berikan terapi komplementer 1.4 Kolaborasi dengan dokter jika rasa gatal bertambah parah 1.5 Observasi TTV 1.6 Anjurkan klien untuk lebih rileks

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

No	Tanggal	No Dx	Implementasi
1	20 November 2018	1	<p>Jam: 12:30</p> <p>1.1 Menjelaskan pada klien penyebab gatal Ep : Membantu klien dalam mengenal akibat dari penyakit yang di deritanya</p> <p>Jam : 12:30</p> <p>1.2 Memberikan terapi komplementer Ep : Memberikan klien posisi senyaman mungkin untuk melakukan terapi komplementer</p> <p>Jam: 13:00</p> <p>1.3 Mengobservasi TTV Ep : TD : 150/90, N : 82x/i, RR : 20x/i, T : 36,6°C</p>

EVALUASI KEPERAWATAN (SOAP)

No	Tanggal	No Dx	Evaluasi
1	20 November 2018	1	<p>S : klien mengatakan sesaknya sedikit berkurang</p> <p>O : - Tidak ada retraksi dinding dada - TD : 150/90 mmHg - N : 92x/i - RR : 21x/i - T : 36,6°C - Klien tampak rileks</p> <p>A : gangguan rasa nyaman b/d gatal</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>

INTRA HEMODIALISA

ANALISA DATA

Data Subjektif : Klien mengatakan mual

Data Objektif : - Keadaan umum lemah
- Kesadaran compos mentis
- GCS : E:4 V:5 M:5
- Mukosa bibir lembah

- MMT

5	5
5	5

Monitoring

TIME / WAKTU	12:05	12:35	13:05	14:05	15:05	16:05
	STAR	½ JAM	1 JAM	2 JAM	3 JAM	4 JAM
Blood Pump	200	200	200	200	200	200
Arteri Pressure	5	5	5	5	5	5
Vena Pressure	10	15	10	12	12	10

Blood Pressure	130/90	130/90	150/90	150/90	150/90	150/90
Pols/Temp	69/37,0	81/37,0	90/37,0	81/37,0	72/37,0	82/37,0
TMP	20	20	20	40	60	20
UF Goal	3000	3000	3000	3000	3000	3000
UF Volume	0	0243	0878	1233	2676	3000

INTERVENSI KEPERAWATAN

No DX	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tindakan	Rencana Tindakan
2	Mual berhubungan dengan proses Hemodialisa	<p>Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1 x 4 jam diharapkan mual dapat berkurang dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien melaporkan mual berkurang dari skala 2 menjadi skala 4 <p>Indikator</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Parah 2. Banyak 3. Cukup 4. Sedikit 5. Tidak Ada 	<p>2.1 Lakukan pengkajian mual (frekuensi, durasi, tingkat mual dan faktor yang menyebabkan pasien mual)</p> <p>2.2 Evaluasi efek mual terhadap nafsu makan pasien</p> <p>2.3 Anjurkan makan sedikit tapi sering</p> <p>2.4 Berikan istirahat dan tidur yang cukup</p>

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

No	Tanggal	No Dx	Implementasi
1	20 November 2018	2	<p>Jam 13.00</p> <p>2.1 Melakukan pengkajian mual (frekuensi, durasi, tingkat mual dan faktor yang menyebabkan pasien mual)</p> <p>Ep : frekuensi mual 3 kali, fakto yang menyebabkan klien telat makan</p> <p>Jam 13.20</p> <p>2.2 Mengevaluasi efek mual terhadap nafsu makan pasien</p> <p>Ep : klien mengatakan telat makan</p> <p>Jam 14.00</p> <p>2.3 Menganjurkan makan sedikit tapi sering</p> <p>Ep : klien memakan sedikit demi sedikit bekal yang dia bawa</p> <p>Jam 14.20</p> <p>2.4 Memberikan istirahat dan tidur yang cukup</p> <p>Ep : klien tidur setelah makan</p>

EVALUASI KEPERAWATAN (SOAP)

No	Tanggal	No Dx	Evaluasi
1	20 November 2018	2	<p>S : klien mengatakan mual berkurang</p> <p>O : - Keadaan umum : baik</p> <p>- Klien tampak rileks</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - Mual (-) - TD : 150/90 mmHg - N : 82x/i - RR : 20x/i - T : 37,0°C <p>A : Mual teratasi dengan kriteria :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien melaporkan mual berkurang dari skala 2 menjadi skala 4 <p>P : Hentikan Intervensi</p>
--	--	--	---

POST HEMODIALISA

Analisa Data

Data Subjektif : klien mengatakan badannya terasa lemas

Data Objektif : - Keadaan Umum : lemah
 - Kesadaran compos mentis
 - GCS : E:4 V:5 M:5
 - Mukosa bibir lembah

5	5
5	5

TTV & HASIL LAB	POST HD
Kesadaran	: Compos Mentis
Tekanan Darah	: 150/90 mmHg
Suhu/Nadi	: 37,0°C / 82x/i
Pernafasan	: 20 x /i
Berat Badan (BB)	: 79Kg
Penambahan/Penurunan	: -1Kg

INTERVENSI KEPERAWATAN

No DX	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Tindakan
	Resiko Perdarahan berhubungan dengan pencabutan AV	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 jam diharapkan TD dalam batas normal dengan kriteria hasil : - TTV dalam batas normal dari 3 dipertahankan ke 4 TD:130/80mmHg N : 60-100x/i T : 36°C Rr : 18-24x/i - Tidak ada perdarahan dari 3 dipertahankan ke 5 Indikator 1. Deviasi berat dari	3.1 Observasi TTV 3.2 Pantau adanya tanda-tanda perdarahan 3.3 Pertahankan bed rest selama perdarahan aktif

		kisaran normal 2. Deviasi cukup berat dari kisaran normal 3. Deviasi sedang dari kisara normal 4. Deviasi ringan dari kisaran normal 5. Tidak ada deviasi dari kisaran normal	
--	--	---	--

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

No	Tanggal	No Dx	Implementasi
1	20 November 2018	3	<p>Jam: 12:00</p> <p>3.1 Mengobservasi TTV Ep : TD : 150/90 mmHg Nadi : 82x/menit RR : 20X/menit Temp : 37,0^oc</p> <p>Jam 13.25</p> <p>3.2 Memantau adanya tanda-tanda perdarahan Ep : tidak ada tanda-tanda terjadinya perdarahan. Misalnya gusi berdarah, pada daerah bekas penusukan fistula.</p> <p>Jam 14.00</p> <p>3.3 Mempertahankan bed rest selama perdarahan aktif Ep : anjurkan ke pasien untuk istirahat selama terjadi perdarahan, dengan melakukan bedrest dapat memberikan kesempatan bagi tubuh untuk pulih kembali</p>

EVALUASI KEPERAWATAN (SOAP)

No	Tanggal	No Dx	Evaluasi
1	20 November 2018	3	<p>S : -</p> <p>O : Keadaan Umum : Baik TD : 150/90 mmHg N : 82x/i T : 37,0^oc Rr : 20x/i Perdarahan (-)</p> <p>A : Resiko perdarahan tidak terjadi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TTV dalam batas normal dari skala 3 dipertahankan ke sakala 4 2. Tidak ada pendarahan dari skala 2 dipertahankan ke skala 4 <p>P : Intervnsi dihentikan, pasien pulang</p>

Lampiran 3

INFORMED CONSENT (PERNYATAAN PERSETUJUAN)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Umur :
Alamat :
Nomor Telpon :

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai :

1. Penelitian yang berjudul “Analisa Praktik Klinik Keperawatan Penerapan Terapi Akupresur Aurikula Dalam Manajemen *Uremic Pruritus* Pada Pasien Yang Menjalani Hemodialisa Yang Mengalami Kerusakan Integritas”
2. Perlakuan yang akan diterapkan pada subyek
3. Manfaat ikut sebagai subyek penelitian
4. Bahaya yang akan timbul
5. Prosedur Penelitian

Dan prosedur penelitian mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut. Oleh karena itu saya bersedia/tidak bersedia*) secara sukarela untuk menjadi subyek penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Samarinda, Desember 2018

Responden

Peneliti

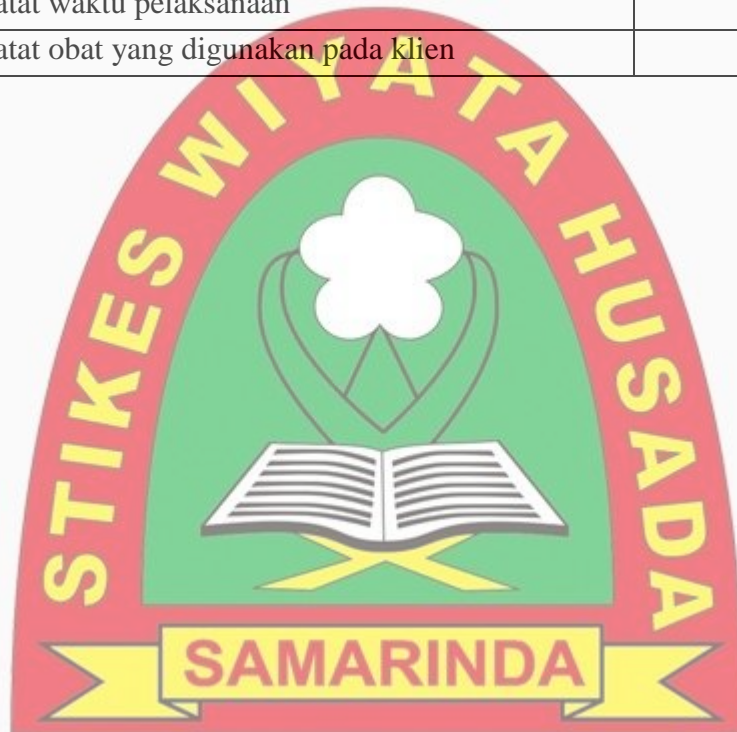
fitronius

lampiran 4

		<p style="text-align: center;">Standar Oprasional Prosedur (SOP) Latihan Akupresur aurikula</p>		
No		Ya	Tidak	Ket
1	<p>Pengertian : Akupresur aurikula Merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien yang memiliki <i>uremic pruritus</i>.</p>			
2	<p>Tujuan Umum</p> <p>Mahasiswa mampu melakukan tindakan terapi akupresur aurikula dengan benar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menurunkan atau Mengurangi gejala <i>uremic pruritus</i> - Membuat perasaan relaks 			
3	<p>Tujuan Khusus</p> <p>Setelah mengikuti praktikum ini mahasiswa mampu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan tujuan terapi akupresur aurikula - Menjelaskan tahapan prosedur terapi akupresur aurikula - Menerapkan terapi akupresur aurikula 			
	Fase pre interaksi			
	Mencuci tangan			
	<p>Mempersiapkan alat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stetoskop - Tensimeter - Handscoon - Masker - Pinset - Kapas alkohol 70% - Plester - Gunting - Biji sawi - Lembar Observasi 			
	Fase interaksi			
	Memberi salam dan menyapa nama klien			
	Memperkenalkan diri			

	Menjelaskan Tujuan dan Prosedur pelaksanaan			
	Menanyakan kesediaan klien untuk dilakukan tindakan			
	Mendekatkan alat-alat			
	Fase kerja			
	Menanyakan keluhan dan kaji gejala spesifik yang ada pada klien			
	Posisikan klien berbaring/senyaman pasien			
	Gunakan sarung tangan			
	Periksa tanda-tanda vital dan catat dalam lembar observasi			
	<ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa area titik terapi yang terdiri dari titik utama dan titik tambahan terhadap reaksi positif pada kedua daun telinga yaitu titik ginjal (T. 95), titik paru-paru (T. 101), titik jantung (T. 100), titik shen men (T. 55), titik endokrin (T. 22), dan titik subcortical (T. 28). Membersihkan telinga pasien terlebih dahulu menggunakan kapas alkohol 70% - Menempelkan biji sawi pada plester yang telah dipotong sesuai keperluan sebanyak 6 buah untuk masing-masing telinga - Menempelkan biji sawi pada titik terapi di kedua telinga dengan menekankan terlebih dahulu di titik terapi sebagai penanda. - Memberikan tekanan pada masing-masing titik telinga selama 1-2 menit dikedua telinga secara bilateral dengan kekuatan jari yang sesuai sampai pasien merasa tertekan, rasa sakit, mati rasa, dan panas. - Mengintruksikan keluarga untuk mengulangi terapi akupresur aurikula sebanyak 5-8 kali hingga malam hari 			

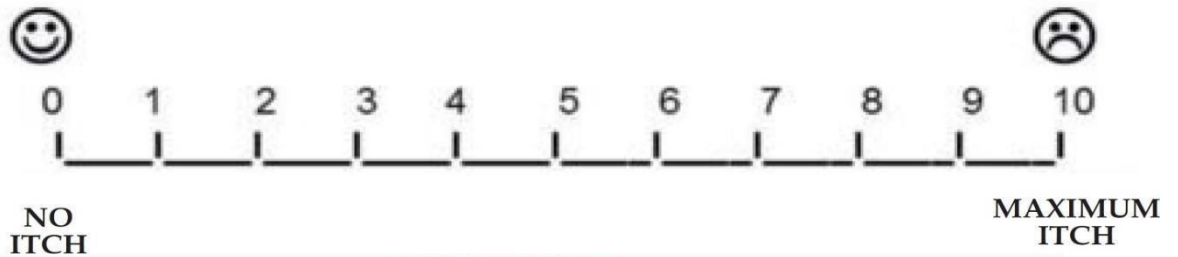
	Fase terminasi			
	Mengevaluasi respon klien			
	Memberi reinforcement positif			
	Membuat kontrak pertemuan selanjutnya			
	Merapikan alat			
	Mencuci tangan			
	Evaluasi			
	Evaluasi tekanan darah / tanda-tanda vital klien			
	Evaluasi respon klien			
	Dokumentasi			
	Catat waktu pelaksanaan			
	Catat obat yang digunakan pada klien			





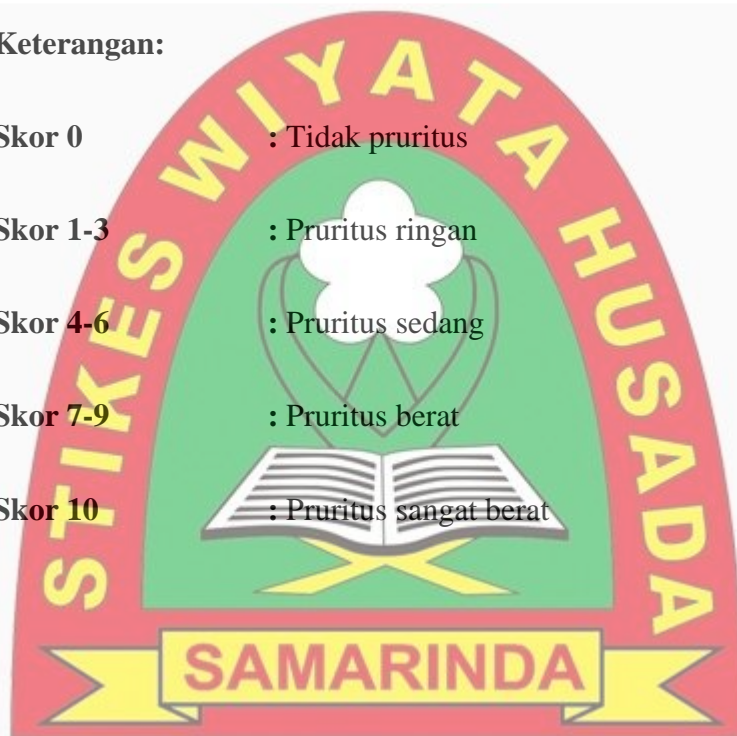
Lampiran 5

INSTRUMEN PENGUKURAN
SKALA VISUAL ANALOG SCALE (VAS)
VISUAL ANALOG SCALE



Keterangan:

- Skor 0 : Tidak pruritus
- Skor 1-3 : Pruritus ringan
- Skor 4-6 : Pruritus sedang
- Skor 7-9 : Pruritus berat
- Skor 10 : Pruritus sangat berat



PENILAIAN PRURITUS MODIFIKASI DUO DAN METTANG

Petunjuk :

1. *Scratching*: Pruritus yang dilaporkan dengan periode waktu: pagi, sore, dan malam, dan masing-masing memiliki 1 skor
2. Kepa
3. rahan:
 - a. Skor 1 : sensasi gatal ringan tanpa perlu menggaruk
 - b. Skor 2 : beberapa kali menggaruk
 - c. Skor 3 : sering menggaruk
 - d. Skor 4 : menggaruk tanpa ada rasa berkurang
 - e. Skor 5 : pruritus yang dirasakan terus menerus.
4. Distribusi: Setiap lokasi misalnya lengan, tungkai bawah, dan batang tubuh mendapatkan masing-masing 1 skor, dengan skor maksimal adalah 5, untuk pruritus generalisata
5. Frekuensi: Yang dinilai adalah jumlah episode pruritus dan durasinya. Setiap dua episode singkat (< 10 menit) atau satu episode panjang (> 10 menit) mendapatkan 1 skor. Skor maksimal adalah 5, yaitu dengan > 10 episode singkat atau > 5 episode panjang
6. Gangguan tidur: Keadaan yang dinilai adalah jumlah jam tidur dan frekuensi gangguan tidur oleh karena rasa gatal. Skor 0 jika memiliki > 7 jam tidur pada malam hari dan skor 10 jika tidak dapat tidur sama sekali. Gangguan tidur juga dinilai dari jumlah berapa kali pasien terbangun pada malam hari oleh karena rasa gatal.

- 1 skor : untuk 1 kali terbangun
- 2 skor : untuk 2 kali terbangun
- 3 skor : untuk 3 kali terbangun
- 4 skor : untuk 4 kali terbangun
- 5 skor : untuk > 5 kali terbangun

Untuk keparahan, distribusi dan frekuensi, penilaian skor dilakukan pagi dan siang.

Keterangan:

Skor 0 : Tidak pruritus

Skor 1-3 : Pruritus ringan

Skor 4-6 : Pruritus sedang

Skor 7-9 : Pruritus berat

Skor 10 : Pruritus sangat berat

No.	Jenis Penilaian	Skor	
		Siang	Malam
1.	<i>Scratching</i>		
2.	Keparahan		
3.	Distribusi		
4.	Frekuensi		
5.	Gangguan Tidur		
	Total		



Lampiran 4

1. Pasien Kelolaan



2. Pasien Resum 1



3. Pasien Resum 2

