

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN CHRONIC KIDNEY DISEASE
(CKD) DENGAN IMPLEMENTASI PEMBERIAN MINYAK
ZAITUN PADA PASIEN GANGGUAN INTEGRITAS KULIT
DI RSUD KABUPATEN REJANG LEBONG
TAHUN 2023



DISUSUN OLEH :
CINDY CLAREDHYA PRAHESTY
NIM. P00320120007

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2023

LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) DENGAN IMPLEMENTASI PEMBERIAN MINYAK ZAITUN PADA PASEIN GANGGUAN INTEGRITAS KULIT DI RSUD KABUPATEN REJANG LEBONG TAHUN 2023

**Diajukan Sebagai Syarat Untuk Memperoleh
Gelar Ahli Madya Keperawatan**



**DISUSUN OLEH :
CINDY CLAREDHYA PRAHESTY
NIM. P00320120007**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2023**

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

**ASUHAN KEPERAWATAN CHRONIC KIDNEY DISEASE DENGAN
IMPLEMENTASI PEMBERIAN MINYAK ZAITUN PADA PASIEN
GANGGUAN INTEGRITAS KULIT DI RSUD
KABUPATEN REJANG LEBONG
TAHUN 2023**

Disusun oleh:

CINDY CLAREDHYA PRAHESTY
NIM : P00320120007

Telah diujikan di depan Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi
Keperawatan Program Diploma Tiga
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Pada Tanggal 04 Juli 2023, dan dinyatakan

LULUS

Ketua Dewan Penguji



Chandra Buana, SST, MPH
NIP.197101041991021001

Anggota Penguji I



Ns. Dodi Hernawan, S.Kep
NIP.197709031996021001

Anggota Penguji II



Ns. Misniarti S.Kep, M.Kep.
NIP. 197703112001122001

Karya Tulis Ilmiah ini telah memenuhi salah satu persyaratan
Untuk mencapai derajat Ahli Madya Keperawatan

Mengetahui,

**Ketua Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga
Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu**



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep, M.Kep
NIP: 197112171991021001

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Atas :

Nama : Cindy Claredhya Prahesty

Tempat, Tanggal Lahir : Curup, 15 Maret 2003

N I M : P00320120007

Judul Karya Tulis Ilmih : Asuhan Keperawatan Chronic Kidney Disease (CKD) Dengan Implementasi Pemberian Minyak Zaitun Pada Pasien Gangguan Integritas Kulit Di RSUD Kabupaten Rejang Lebong

Kami setuju untuk diseminarkan pada tanggal 04 Juli 2023

Curup, 27 Juni 2023
Pembimbing



Ns. Misniarti S.Kep, M.Kep.
NIP. 197703112001122001

**ASUHAN KEPERAWATAN CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD)
DENGAN IMPLEMENTASI PEMBERIAN MINYAK ZAITUN PADA
PASEIN GANGGUAN INTEGRITAS KULIT
DI RSUD KABUPATEN REJANG LEBONG
TAHUN 2023**

ABSTRAK

Latar Belakang : Ginjal merupakan organ yang sangat penting dalam pengaturan cairan asam basa, metabolisme, pembuangan racun dan sampah dari dalam tubuh. Namun, jika terjadi kerusakan dapat mengakibatkan ginjal gagal dalam menjalankan fungsinya, dan jika dibiarkan dapat terjadi *Chronic Kidney Disease* (CKD). CKD menyebabkan ginjal tidak mampu mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga mengakibatkan uremia. **Tujuan :** penelitian ini untuk mengetahui pengaruh pemberian minyak zaitun pada kulit pruritus pada pasien gagal ginjal kronik. **Hasil :** setelah dilakukan implementasi selama 3 hari, gangguan integritas kulit teratasi dengan tingkat skala berada diangka 3 yang menunjukkan ada perubahan pada tingkat pruritus yang sebelumnya berada diangka 5.

Kata kunci : Chronic Kidney Disease, Pruritus, Minyak Zaitun

**CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) NURSING CARE WITH THE
IMPLEMENTATION OF OLIVE OIL FOR PATIENTS WITH SKIN
INTEGRITY DISORDERS IN REJANG LEBONG DISTRICT HOSPITAL IN
2023**

ABSTRACT

Background : *Kidney is a very important organ in regulating acid-base fluids, metabolism, removing toxins and waste from the body. However, if there is damage, it can cause the kidneys to fail in carrying out their functions, and if left unchecked, Chronic Kidney Disease (CKD) can occur. CKD causes the kidneys to be unable to maintain metabolism and fluid and electrolyte balance, resulting in uremia.*

Purpose: *this study was to determine the effect of giving olive oil on pruritic skin in patients with chronic kidney failure. Results :* *after being implemented for 3 days, the skin integrity disorder was resolved with the scale level being at number 3 which indicates there has been a change in the level of pruritus which was previously at number 5*

Keywords: *Chronic Kidney Disease, Pruritus, Olive Oil*

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul Asuhan Keperawatan *Chronic Kidney Disease* (CKD) Dengan Implementasi Pemberian Minyak Zaitun Pada Kulit Pruritus Dengan Gangguan Integritas Kulit Di RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Program Diploma III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.

Dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini banyak mendapat bantuan baik materil maupun moril dari berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Eliana, S.KM, MPH selaku direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu
2. Ns. Septiyanti, S. Kep, M. Pd selaku ketua jurusan keperawatan di Poltekkes Kemenkes Bengkulu
3. Ns. Derison Marsinova Bakara, S. Kep, M. Kep selaku ketua program studi diploma III keperawatan
4. Ns. Misniarti, S. Kep, M. Kep selaku pembimbing dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini yang senantiasa selalu memberikan saran positif dan kritik yang membangun, serta selalu dapat menyediakan waktu untuk memberikan konsultasi.

5. Kepada kedua orang tua saya Bapak Giminanto dna Ibu Mismaningsih yang selalu memberikan dukungan kepada anaknya materil maupun moril.
6. Seluruh Civitas Akademik yang telah membantu dalam menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Tidak lupa juga kepada teman-teman yang selalu membantu untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Mudah-mudahan Karya Tulis Ilmiah ini dapat dilaksanakan penelitiannya.

Curup, 27 Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
ABSTRAK.....	v
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR SKEMA	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Penyakit.....	8
2.1.1 Definisi.....	8
2.1.2 Etiologi.....	10
2.1.3 Manifestasi Klinis.....	11
2.1.4 Anatomi Fisiologi	13
2.1.5 Patofisiologi	16

2.1.6	WOC (<i>Web OF Caution</i>)	18
2.1.7	Pemeriksaan Penunjang	19
2.1.8	Pemeriksaan Medis	21
2.1.9	Pemeriksaan Keperawatan	25
2.2	Konsep Gangguan Integritas Kulit	26
2.2.1	Definisi	26
2.2.2	Tanda Gejala.....	27
2.2.3	Etiologi.....	27
2.2.4	Kondisi Klinis.....	28
2.3	Pemberian Minyak Zaitun Untuk Masalah Integritas Kulit	28
2.3.1	Tujuan Pemberian Minyak Zaitun	28
2.3.2	Manfaat Pemberian Minyak Zaitun	29
2.3.3	Evidence Based Pemberian Minyak Zaitun	29
2.4	Konsep Asuhan Keperawatan	30
2.4.1	Pengkajian	30
2.4.2	Diagnosa Keperawatan	34
2.4.3	Rencana Keperawatan.....	36
2.4.4	Implementasi Keperawatan	47
2.4.5	Evaluasi Keperawatan.....	48
BAB III	METODE PENELITIAN	49
3.1	Desain Penelitian.....	49
3.2	Subjek Studi Kasus.....	49
3.3	Fokus Studi Kasus	49
3.4	Definisi Operasional.....	50
3.5	Tempat dan Waktu	50
3.6	Pengumpulan Data	50
3.7	Penyajian Data	51
3.8	Etika Penelitian	51

BAB IV TINJAUAN KASUS	54
4.1 Pengkajian.....	54
4.2 Analisa Data.....	68
4.3 Diagnosa Keperawatan	70
4.4 Rencana Keperawatan	71
4.5 Implementasi.....	78
4.6 Evaluasi.....	83
Ringkasan Pulang.....	87
BAB V PEMBAHASAN	88
5.1 Pengkajian	88
5.2 Diagnosa Keperawatan.....	90
5.3 Rencana Keperawatan	90
5.4 Implementasi	91
5.5 Evaluasi	94
BAB VI PENUTUP	96
6.1 Kesimpulan	96
6.2 Saran.....	98
DAFTAR PUSTAKA.....	100
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

No Tabel	Judul Tabel	Halaman
2.1	Intervensi Keperawatan	36
4.1	Pola Kebiasaan Sehari-hari	59
4.2	Hasil Laboratorium	66
4.3	Terapi Obat	67
4.4	Analisa Data	68
4.5	Diagnosa Keperawatan	70
4.6	Intervensi Keperawatan	71
4.7	Implementasi	78
4.8	Evaluasi	83

DAFTAR GAMBAR

No Gambar	Judul Gambar	Halaman
2.1	Anatomi Ginjal	14
2.2	Fisiologi Ginjal	15

DAFTAR SKEMA

No Skema	Judul Skema	Halaman
2.1	Bagan WOC	18
4.1	Genogram	57

DAFTAR LAMPIRAN

No	Judul
1	Lembar Observasi
2	Dokumentasi
3	SOP
4	Jurnal Pendukung
5	Pernyataan
6	Biodata
7	Lembar Konsul
8	Surat Permohonan Izin Studi Pendahuluan
9	Surat Izin Pengambilan Data
10	Surat Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Ginjal merupakan organ yang sangat penting dalam pengaturan cairan asam basa, metabolisme, pembuangan racun dan sampah dari dalam tubuh. Namun, jika terjadi kerusakan dapat mengakibatkan ginjal gagal dalam menjalankan fungsinya, dan jika dibiarkan dapat terjadi *Chronic Kidney Disease* (CKD). CKD menyebabkan ginjal tidak mampu mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga mengakibatkan uremia (Black et al, 2014). Penumpukan uremia ini dapat ditangani dengan melakukan dialisis yang salah satunya dilakukan melalui hemodialisis yang menjadi pilihan utama dan metode perawatan umum untuk penderita penyakit ginjal kronik (Suharyanto, 2014)

Menurut World Health Organization (WHO) 2015 kasus penyakit ginjal kronik telah mencapai 10 persen dari populasi orang di dunia. Data dari *The United States Renal Data System* (USRDS) 2015 kasus penyakit ginjal kronik telah diperkirakan mencapai 3.010.000 orang dengan tingkat pertumbuhannya 7% (Anggeria & Resmita, 2019).

Berdasarkan data hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2018, Indonesia mengalami peningkatan penderita *Chronic Kidney Disease* (CKD) sebanyak 1,8% sejak 2013. Prevalensi CKD di Indonesia pada kelompok umur 35-44 tahun (3,31 %), diikuti umur 45-54 tahun (5,64 %) dan tertinggi pada

kelompok umur 65-74 tahun (8,23%). Pemerintah provinsi Bengkulu melaporkan penyakit CKD meningkat setiap tahunnya, pada tahun 2018 meningkat mencapai 4,5 permil lebih besar dibanding provinsi lainnya seperti Sulawesi Barat 1,8 permil (Riskesdas, 2018). Data yang terhimpun dari RSUD Kabupaten Rejang Lebong tentang penyakit CKD (*Chronic Kidney Disease*) ini sebanyak 88 kasus sepanjang tahun 2020. Jumlah ini menurun pada tahun 2021 dengan jumlah pasien CKD sebanyak 54 kasus. Pada tahun 2022 jumlah pasien CKD diruang melati sebanyak 104 kasus.

Komplikasi umum pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) yang menjalani Hemodialisis (HD) yaitu pruritus uremik. Pruritus uremik muncul dengan keluhan gatal sehari-hari yang umumnya menyerang punggung, wajah dan lengan (Simonsen et al., 2017). Rasa gatal muncul pada 6 bulan setelah awal dialisis dan biasanya meningkat dengan lamanya pasien menjalani dialisis (Roswati, 2013). Pruritus uremik sampai saat ini belum ditemukan etiologi secara spesifik, tetapi terdapat beberapa faktor penyebab pruritus seperti kulit kering, berkurangnya eliminasi transdermal faktor pruritogenik, hiperparatiroid, peningkatan kadar kalsium, magnesium dan fosfat yang tinggi. Pruritus adalah gejala umum dan menyedihkan yang mempengaruhi pasien dengan penyakit ginjal kronis. Menentukan penyebab, perawatan yang efektif dan tindakan pencegahan untuk gatal adalah salah satu dari 10 prioritas (Combs, dkk, 2015).

Pruritus uremia adalah komplikasi umum yang dialami pasien hemodialisis. Pruritus terjadi pada 15%- 49% pasien CKD predialisis dan 50%-90% pada pasien yang menjalani dialisis (peritoneal dialisis dan hemodialisis). Penelitian pruritus

jarang dilakukan dibanding dengan penelitian komplikasi hemodialisis yang lain seperti kelelahan. Pruritus pada pasien hemodialisis dapat terjadi karena kulit kering akibat penarikan cairan saat hemodialisis berlangsung, penumpukan kadar beta 2 microglobulin dalam darah, serta retensi dari vitamin A (Muliani, dkk, 2021).

Prevalensi kejadian pruritus uremik dilaporkan sebanyak 22% - 84% pada pasien CKD yang menjalani HD dan kulit kering terjadi sebanyak 50-100% pada pasien dengan dialysis yang sering muncul pada ekstermitas bawah dan lengan bawah. Pasien yang mengalami kulit kering (xerosis) tidak selalu menderita gatal jika mereka melakukan rehidrasi dan melembabkan kulitnya dengan baik (Mettang, 2016).

Timbulnya masalah integritas kulit pruritus menyebabkan rasa gatal dan reflek menggaruk, menggaruk bila dilakukan secara terus menerus dapat menimbulkan inflamasi sel serta terlepasnya histamin pada ujung syaraf yang akhirnya membuat rasa gatal semakin meningkat (Ningrum, dkk, 2020) dan jika kegiatan menggaruk terus menerus dilakukan akan menimbulkan luka pada kulit. Kulit kering atau xerosis telah terjadi sebanyak 52% pada pasien yang menjalani hemodialisa, hal ini terjadi karena adanya atrofi kelenjar sebacea, gangguan hidrasi epidermis, dan gangguan sekresi eksternal (Daryaswanti, 2021). Ada beberapa terapi yang digunakan baik dalam bentuk obat-obatan maupun krim untuk mengatasi masalah integritas kulit pruritus (gatal) seperti kortikosteroid topical untuk mengurangi rasa gatal, serta krim emolien atau pun body lotion yang dapat menjaga kelembapan kulit misalnya minyak zaitun (Brunner, 2016).

Dalam penelitian ini peran perawat dalam asuhan keperawatan adalah dengan memberikan terapi penggunaan minyak zaitun agar terapi yang akan dijalani memberikan dampak positif pada kejadian pruritus yang dialami pasien dengan penggunaan yang teratur. Penggunaan minyak zaitun salah satu terapi yang memiliki efek positif sebagai relaksasi anti inflamasi, analgesia, desinfeksi dan antioksidasi. Asam esensial dan turunannya berguna menurunkan limfosit dan limfokin serta meningkatkan prostaglandin dan leukotrien, yang menghasilkan penurunan gatal, peradangan kulit dan melindungi struktur kulit. Misalnya asam linolenat dan asam arakidonat berperan dalam melindungi kulit, mengurangi pruritus dan gangguan kulit lainnya (Afrasiaifar, dkk., 2017).

Berdasarkan data rekam medis di ruang Melati RSUD Kabupaten Rejang Lebong didapatkan data pada bulan Januari sampai dengan April 2023 bahwa kasus pasien dengan diagnosa *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruang Melati sebanyak 37 kasus setidaknya ada sekitar 20 pasien yang menggunakan produk pelembap untuk mengurangi pruritus dan kulit kering. Dari uraian tersebut peneliti ingin mendapatkan gambaran pelaksanaan dalam “Asuhan Keperawatan *Chronic Kidney Disease* (CKD) Dengan Implementasi Pemberian Minyak Zaitun Pada Pasien Gangguan Integritas Kulit di RSUD Kabupaten Rejang Lebong tahun 2023” secara komprehensif guna memperoleh gambaran secara nyata.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang dikemukakan tersebut, dapat dirumuskan masalah studi kasus yaitu Asuhan Keperawatan *Chronic Kidney*

Disease (CKD) Dengan Implementasi Pemberian Minyak Zaitun Pada Pasien Gangguan Integritas Kulit Di RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023.

1.3 Tujuan Penelitian

1) Tujuan Umum

Mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan *Chronic Kidney Disease* (CKD) Dengan Implementasi Pemberian Minyak Zaitun Pada Pasien Gangguan Integritas Kulit Di RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023 secara komprehensif.

2) Tujuan Khusus

- a) Melakukan pengkajian pada pasien yang mengalami *Chronic Kidney Disease* (CKD) Dengan Implementasi Pemberian Minyak Zaitun Pada Pasien Gangguan Integritas Kulit Di RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023.
- b) Menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien yang mengalami *Chronic Kidney Disease* (CKD) Dengan Implementasi Pemberian Minyak Zaitun Pada Pasien Gangguan Integritas Kulit Di RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023.
- c) Menyusun perencanaan tindakan keperawatan pada pasien yang mengalami *Chronic Kidney Disease* (CKD) Dengan Implementasi Pemberian Minyak Zaitun Pada Pasien Gangguan Integritas Kulit Di RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023.

- d) Melaksanakan tindakan Asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami *Chronic Kidney Disease* (CKD) Dengan Implementasi Pemberian Minyak Zaitun Pada Pasien Gangguan Integritas Kulit Di RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023.
- e) Mengevaluasi dari tindakan keperawatan pada pasien yang mengalami *Chronic Kidney Disease* (CKD) Dengan Implementasi Pemberian Minyak Zaitun Pada Pasien Gangguan Integritas Kulit Di RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023.

1.4 Manfaat Penelitian

1) Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi pengalaman belajar dilapangan dan dapat meningkatkan pengetahuan peneliti tentang Asuhan keperawatan *Chronic Kidney Disease* (CKD) Dengan Implementasi Pemberian Minyak Zaitun Pada Pasien Gangguan Integritas Kulit Di RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023 sehingga perawat dapat melakukan tindakan asuhan keperawatan yang tepat.

2) Bagi Tempat Penelitian

Penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberi masukan atau saran serta menambah keluasan ilmu Asuhan Keperawatan *Chronic Kidney Disease* (CKD) Dengan Implementasi Pemberian Minyak Zaitun Pada Pasien Gangguan Integritas Kulit Di RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023.

3) Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam Asuhan Keperawatan *Chronic Kidney Disease* (CKD) Dengan Implementasi Pemberian Minyak Zaitun Pada Pasien Gangguan Integritas Kulit Di RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi

Gagal ginjal kronis yang juga disebut CKD atau *Chronic Kidney Disease* (CKD) ditandai oleh penurunan fungsi ginjal yang cukup besar, yaitu biasanya hingga kurang dari 20% nilai GFR yang normal, dalam periode waktu yang lama biasanya > 3 bulan. Penyakit ginjal kronis bisa berlangsung tanpa keluhan dan gejala selama bertahun - tahun dengan peningkatan uremia dan gejala yang menyertai ketika GFR sudah turun hingga di bawah 60 mL/menit. Penyebab CKD yang semuanya berupa penyakit kronis jangka panjang (Tao, 2013). *Chronic Kidney Disease* (CKD) merupakan suatu keadaan menurunnya fungsi ginjal yang bersifat kronis akibat kerusakan progresif sehingga terjadi uremia atau penumpukan akibat kelebihan urea dan sampah nitrogen di dalam darah (Pongsibidang, 2016).

Dari definisi diatas penulis dapat menyimpulkan bahwa *Chronic Kidney Disease* (CKD) merupakan penyakit yang dimana fungsi ginjal menurun secara bertahap akibat kerusakan jaringan ginjal, komposisi darah, dan urine atau tes pencitraan ginjal yang dialami lebih dari 3 bulan.

Klasifikasi *Chronic Kidney Disease* (CKD)

Fungsi renal menurun, produk akhir metabolisme protein (yang normalnya diekskresikan ke dalam urin) tertimbun dalam darah. Terjadi uremia dan mempengaruhi setiap sistem tubuh. Semakin banyak timbunan produk sampah maka gejala akan semakin berat. Biasanya gejala uremia membaik setelah dialisis. (Brunner, dkk, 2016). Klasifikasi Gagal ginjal kronik dibagi 3 stadium :

- Stadium 1 : penurunan cadangan ginjal, pada stadium kadar kreatinin serum normal dan penderita asimtomatik.
- Stadium 2 : insufisiensi ginjal, dimana lebih dari 75 % jaringan telah rusak, *Blood Urea Nitrogen* (BUN) meningkat, dan kreatinin serum meningkat.
- Stadium 3 : gagal ginjal stadium akhir atau uremia.

Kidney Disease : Improving Global Outcomes (KDIGO) merekomendasikan pembagian CKD berdasarkan stadium dari tingkat penurunan LFG :

- Stadium 1 : kelainan ginjal yang ditandai dengan albuminaria persisten dan LFG yang masih normal ($> 90 \text{ ml / menit / } 1,73 \text{ m}^2$)
- Stadium 2 : Kelainan ginjal dengan albuminaria persisten dan LFG antara 60-89 mL/menit/ $1,73 \text{ m}^2$
- Stadium 3 : kelainan ginjal dengan LFG antara 30-59 mL/menit/ $1,73 \text{ m}^2$
- Stadium 4 : kelainan ginjal dengan LFG antara 15- 29mL/menit/ $1,73 \text{ m}^2$
- Stadium 5 : kelainan ginjal dengan LFG $< 15 \text{ mL/menit/} 1,73 \text{ m}^2$ atau gagal ginjal terminal.

2.1.2 Etiologi

Angka kejadian gagal ginjal meningkat setiap tahunnya, baik di Indonesia maupun di dunia. Data di Indonesia, penyebab *Chronic Kidney Disease* (CKD) terbanyak adalah Glomerulus nefritis, Infeksi Saluran Kemih (ISK), Batu saluran kencing, Nefropati diabetik, Nefrosklerosis hipertensi, dan Ginjal polikistik (Irwan, 2016). Hipertensi dengan persentase kemungkinan sebesar 24%, diabetes mellitus sebesar 30%, glomerulonefritis sebesar 17%, chronic pyelonephritis sebesar 5% dan yang terakhir tidak diketahui penyebabnya sebesar 20%. Selain itu penyebab CKD juga dipengaruhi oleh faktor gaya hidup yaitu merokok, mengonsumsi minuman suplemen berenergi, mengonsumsi kopi (Prandari, 2013). Penyebab *Chronic Kidney Disease* (CKD) diantaranya, yaitu :

- 1) Prerenal :
 - a. Stenosis arteria renalis / penyempitan arteri ginjal
 - b. Emboli (Kedua ginjal) / gumpalan darah atau gelembung gas tersangkut dalam pembuluh darah dan menyebabkan penyumbatan vaskuler.
- 2) Parenkim / Jaringan dasar :
 - a. Diabetes mellitus
 - b. Hipertensi
 - c. Glomerulonefritis kronis / Peradangan ginjal
 - d. Nefritis tubulointerstisial kronis / Peradangan tubulus
 - e. Amiloidosis / protein abnormal yang menumpuk pada organ.
 - f. Cancer renal / Kanker ginjal
 - g. Systemic lupus erythematosus / SLE

3) Postrenal :

- a. Obtruksi saluran kemih
- b. Infeksi saluran kemih (Tao, 2013).

Faktor predisposisi yang dapat menyebabkan *Chronic Kidney Disease* (CKD) salah satunya adalah riwayat gaya hidup. Gaya hidup yang dimaksud adalah gaya hidup seperti riwayat penggunaan obat analgetika dan obat anti inflamasi non steroid yaitu obat yang digunakan untuk mengurangi peradangan, sehingga meredakan nyeri dan menurunkan demam, selain itu adanya riwayat merokok, riwayat penggunaan minuman suplemen berenergi (Dewi, 2015). Faktor pencetus lainnya yaitu dimulai dari zat toksik (antibiotik, alkohol, kokain, dan heroin), dan obstruksi saluran kemih yang dapat menyebabkan arterio sclerosis / arteri yang mengeras (Paweninggalih, 2019).

2.1.3 Manifestasi Klinis

Pasien akan menunjukkan beberapa tanda dan gejala ; Keparahan kondisi bergantung pada tingkat kerusakan ginjal, kondisi lain yang mendasari, dan usia pasien.

a) Sistem Kardiovaskuler

Hipertensi, retinopati (kerusakan retina mata) dan ensefalopati hipertensif (suatu sindrom akibat dari peningkatan tekanan arteri mendadak tinggi yang dapat mempengaruhi fungsi otak), beban sirkulasi berlebih, edema, gagal jantung kongestif (kegagalan jantung dalam memompa pasokan darah yang dibutuhkan tubuh), dan distritmia (gangguan irama jantung).

b) Sistem Dermatologi

Pucat, pruritis atau gatal, Kristal uremia, kulit kering, dan memar.

c) Sistem Neurologi

Mudah lelah, otot mengecil dan lemah, sistem saraf tepi : Penurunan ketajaman mental, konsentrasi buruk, kekacauan mental, koma, otot berkedut, kejang.

d) Sistem pernafasan

Dispnea yaitu kondisi yang terjadi akibat tidak terpenuhinya pasokan oksigen ke paru – paru yang menyebabkan pernafasan menjadi cepat, pendek, dan dangkal., edema paru, pneumonitis, kussmaul (pola pernapasan yang sangat dalam).

e) Sistem Gastrointestinal

Anoreksia, mual, muntah, nafas bau amoniak, mulut kering, pendarahan saluran cerna, diare, stomatitis atau sariawan, parotitis atau infeksi virus yang menyebabkan pembengkakan pada kelenjar parotis pada wajah.

f) Sistem Perkemihan

Poliuria (urine dikeluarkan sangat banyak dari normal), berlanjut menuju oliguria (urine yang dihasilkan sangat sedikit), lalu anuria (kegagalan ginjal sehingga tidak dapat membuat urine), nokturia (buang air kecil di sela waktu tidur malam), proteinuria (Protein didalam urine).

g) Hematologik

Anemia, hemolysis (kehancuran sel darah merah), kecenderungan perdarahan, risiko infeksi.

h) Biokimia

Azotemia (penurunan GFR, menyebabkan peningkatan BUN dan kreatinin), hyperkalemia, Retensi Na, Hipermagnesia, Hiperrurisemia.

i) Sex

Libido hilang, Amenore (ketika seorang wanita usia subur tidak mengalami haid), Impotensi dan sterilisasi.

j) Metabolisme

Hiperglikemia kebutuhan insulin menurun, lemak peningkatan kadar trigliserad, protein sintesis abnormal.

k) Gangguan kalsium

Hiperfosfatemia, hipokalsemia, konjungtivitis / ureamia mata merah (Suharyanto, 2014).

2.1.4 Anatomi Fisiologi

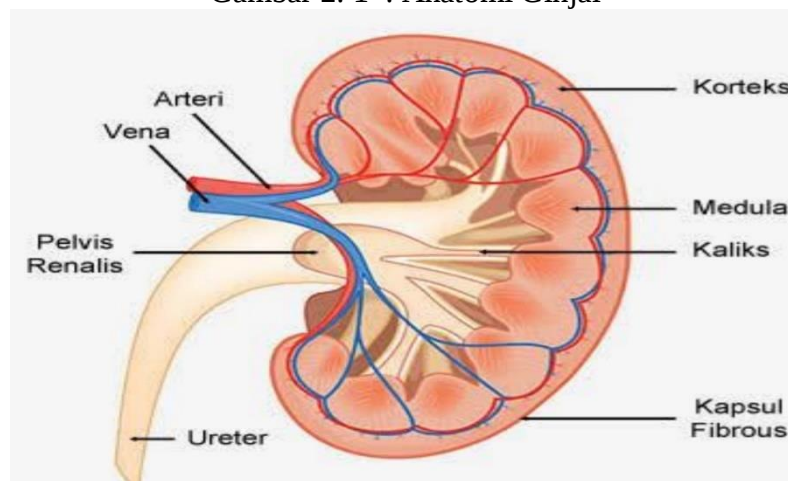
Ginjal merupakan suatu organ yang terletak retroperitoneal / ruang anatomi yang terletak pada permukaan media - lateral dinding posterior abdomen. Ginjal organ yang letaknya setinggi T12 hingga L3. Ginjal kanan terletak lebih rendah dari yang kiri karena besarnya lobus hepar (Tao, 2013). Setiap ginjal panjangnya 6 -7,5 cm, tebal 1,5-2,5 cm, dan beratnya pada orang dewasa sekitar 140 gram. (Pearce, 2014).

Setiap ginjal dilapisi kapsul tipis dari jaringan fibrosa yang rapat membungkusnya, dan membentuk pembungkus yang halus. Didalamnya terdapat struktur - struktur ginjal. Warnanya ungu tua dan terdiri atas bagian korteks di

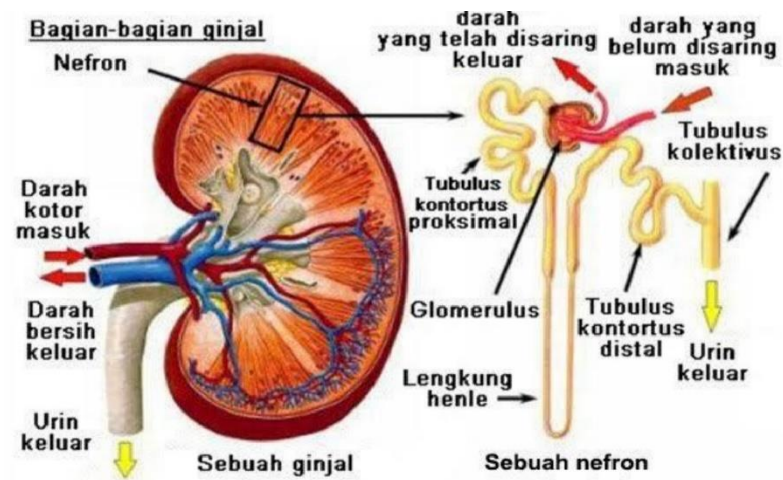
sebelah luar, dan bagian medulla di sebelah dalam. Bagian medulla ini tersusun atas lima belas sampai enam belas massa berbentuk piramida, yang disebut pyramid ginjal (nefron dan tubulus), Puncak - puncaknya langsung mengarah ke hilum dan berakhir di kalises. Kalises ini menghubungkannya dengan pelvis ginjal (Pearce, 2014).

Di dalam piramida ginjal terdapat nefron, nefron adalah unit primer yang melaksanakan fungsi ginjal yaitu menyaring darah, menyerap nutrisi, dan mengalirkan zat buangan ke urine. Diperkirakan ada 1.000.000 nefron dalam setiap ginjal (Pearce, 2014). Nefron terdiri dari beberapa bagian, korpuskulum renalis atau badan Malpighi, yang terdiri dari glomerulus dan kapsul bowman. Selanjutnya selain nefron juga ada tubulus, yaitu kumpulan tabung ini terdiri dari tubulus proksimal, lengkung henle, tubulus distal hingga ke tubulus kolektivus atau tubulus pengumpul (Tao, 2013).

Gambar 2. 1 : Anatomi Ginjal



Gambar 2. 2 : Fisiologi Ginjal



Fungsi ginjal adalah mengatur keseimbangan air, konsentrasi garam dalam darah, keseimbangan asam basa darah, serta ekresi bahan buangan dan kelebihan garam (Pearce, 2014). Uraian dari fungsi ginjal yaitu diantaranya :

- Mengatur volume air (cairan) dalam tubuh. Kelebihan air dalam tubuh akan diekresikan oleh ginjal sebagai urine yang encer dalam jumlah besar, kekurangan air (kelebihan keringat) menyebabkan urine yang diekresi berkurang dan konsentrasinya lebih pekat, sehingga susunan dan volume cairan tubuh dapat dipertahankan relative normal.
- Mengatur keseimbangan osmotik dan mempertahankan keseimbangan ion yang optimal dalam plasma (keseimbangan elektrolit). Bila terjadi pemasukan/pengeluaran yang abnormal ion-ion akibat pemasukan garam yang berlebihan / penyakit perdarahan (diare dan muntah) ginjal akan meningkatkan ekresi ion-ion yang penting (Na, K, Cl, fosfat).
- Mengatur keseimbangan asam basa cairan tubuh, bergantung pada apa yang dimakan. Campuran makanan menghasilkan urine yang bersifat asam, pH

kurang dari 6, ini disebabkan hasil akhir metabolisme protein. Apabila banyak makan sayur-sayuran, urine akan bersifat basa. pH urine bervariasi 4,8-8,2. Ginjal menyekresi urine sesuai dengan perubahan pH darah.

- d) Ekresi sisa-sisa hasil metabolisme (ureum / urea, asam urat, kreatinin) zat-zat toksik, obat-obatan, hasil metabolisme haemoglobin dan bahan kimia asing (Pestisida).
- e) Fungsi hormonal dan metabolisme. Ginjal menyekresi hormone renin yang mempunyai peranan penting mengatur tekanan darah (system renin, angiotensin aldosterone) membentuk eritropoitin, mempunyai peranan penting untuk memproses pembentukan sel darah merah (eritropoitin). Di samping itu ginjal juga membentuk hormone dihidroksikolekalsiferol (Vitamin D Aktif) yang diperlukan untuk absorbs ion kalsium di usus (Syarifudin, 2015).

2.1.5 Patofisiologi

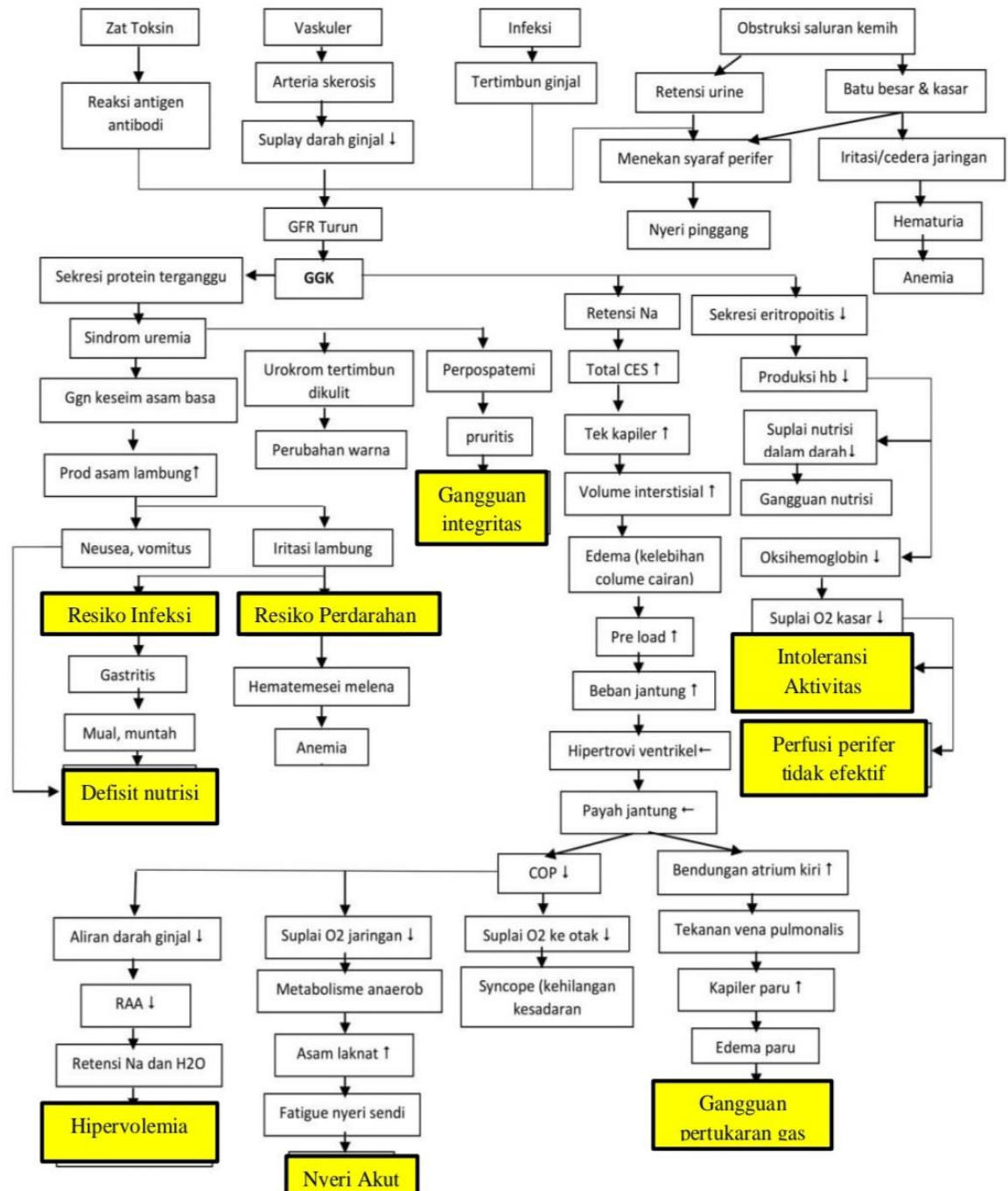
Penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD) awalnya tergantung pada penyakit yang mendasarinya, tapi dalam perkembangan selanjutnya proses yang terjadi kurang lebih sama. Mula - mula karena adanya zat toksik, infeksi dan obstruksi saluran kemih yang menyebabkan retensi urine atau sulit mengeluarkan urin. Dari penyebab tersebut, *Glomerular Filtration Rate* (GFR) di seluruh nefron turun dibawah normal. Hal yang dapat terjadi dari menurunnya GFR meliputi : sekresi protein terganggu, retensi Na / kelebihan garam dan sekresi eritropoitin turun. Hal ini mengakibatkan terjadinya sindrom uremia yang diikuti oleh peningkatan asam lambung dan pruritis.

Asam lambung yang meningkat akan merangsang mual, dapat juga terjadi iritasi pada lambung dan perdarahan jika iritasi tersebut tidak ditangani dapat menyebabkan melena atau feses berwarna hitam. Proses retensi Na menyebabkan total cairan ekstra seluler meningkat, kemudian terjadilah edema. Edema tersebut menyebabkan beban jantung naik sehingga terjadilah hipertrofi atau pembesaran ventrikel kiri dan curah jantung menurun.

Proses hipertrofi tersebut diikuti juga dengan menurunnya aliran darah ke ginjal, kemudian terjadilah retensi Na dan H₂O atau air meningkat. Hal ini menyebabkan kelebihan volume cairan pada pasien CKD. Selain itu menurunnya cardiac output atau curah jantung juga dapat mengakibatkan kehilangan kesadaran karena jantung tidak mampu memenuhi kebutuhan oksigen di otak sehingga menyebabkan kematian sel. Hipertrofi ventrikel akan mengakibatkan difusi atau perpindahan O₂ dan CO₂ terhambat sehingga pasien merasakan sesak. Adapun Hemoglobin yang menurun akan mengakibatkan suplai O₂ Hb turun dan pasien GGK akan mengalami kelemahan atau gangguan perfusi jaringan (Nurarif, 2015).

2.1.6 WOC (Web Of Caution)

Gagal Ginjal Kronik



Skema 1. 1 : Bagan WOC CKD

(Sumber : Nurarif, 2015)

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Berikut ini adalah pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosa *Chronic Kidney Disease* (CKD) (Prabowo, 2014).

1. Pemeriksaan Laboratorium

- a. Urine, biasanya kurang dari 400ml / 24 jam (oliguria) atau urine tidak ada (anuria). Warna secara abnormal urine keruh mungkin disebabkan pus, bakteri, lemak fosfat, dan urat sedimen kotor. Kecoklatan menunjukkan adanya darah. Berat jenis urine kurang dari 0,015 (metap pada 1,010 menunjukkan kerusakan ginjal berat). Protein, derajat tinggi proteinuria (3-4) secara kuat menunjukkan kerusakan glomerulus.
- b. Laju endap darah meninggi yang diperberat oleh adanya anemia, dan hipoalbuminemia. Anemia normoster normokrom dan jumlah retikulosit yang rendah.
- c. Ureum dan kreatinin meninggi, biasanya perbandingan antara ureum dan kreatinin kurang lebih 20 : 1. Perbandingan bisa meninggi oleh karena perdarahan saluran cerna, demam, luka bakar luas, pengobatan steroid dan obstruksi saluran kemih. Perbandingan ini berkurang ketika ureum lebih kecil dari kreatinin, pada diet rendah protein dan tes Klirens Kreatinin yang menurun.
 - Ureum pria adalah 15-38 mg/dl, sedangkan wanita 7-18 mg/dl
 - Kreatinin normal pada pria adalah 0,7-1,4 mg/dl, sedangkan pada wanita 0,6-1,2 mg/dl

- d. Hiponatremi : umumnya karena kelebihan cairan. Hiperkalemia: biasanya terjadi pada gagal ginjal lanjut bersama dengan menurunnya diuresis.
- e. Hipoklasemia dan hiperfosfatemia: terjadi karena berkurangnya sintesis vitamin D3 pada pasien CKD.
- f. Alkaline fosfat meningkat akibat gangguan metabolisme tulang, terutama isoenzim fosfatase alkaline tulang.
- g. Hipoalbuminemia dan hipokolesterolemia, umumnya disebabkan gangguan metabolisme dan diet rendah protein.
- h. Peninggian gula darah, akibat gangguan metabolisme karbohidrat pada gagal ginjal (resistensi terhadap pengaruh insulin pada jaringan perifer).
- i. Hipertrigliserida, akibat gangguan metabolisme lemak, disebabkan peninggian hormon insulin dan menurunnya lipoprotein lipase.
- j. Asidosis metabolik dengan kompensasi respirasi menunjukkan Ph yang menurun, HCO_3^- yang menurun, PCO_2 yang menurun, semua disebabkan retensi asam-asam organik pada gagal ginjal.

2. Pemeriksaan Diagnostik lain

- a. Foto polos abdomen untuk menilai bentuk dan besar ginjal (adanya batu atau adanya suatu obstruksi). Dehidrasi akan memperburuk keadaan ginjal, bisa tampak batu radio – opak, oleh sebab itu penderita diharapkan tidak puasa.
- b. Intra Vena Pielografi (IVP) untuk menilai sistem pelviokalis dan ureter. Pemeriksaan ini mempunyai resiko penurunan faal ginjal pada keadaan tertentu, misalnya usia lanjut, diabetes mellitus, dan nefropati asam urat.

Pielografi intravena jarang dikerjakan karena kontras sering tidak bisa melewati filter glomerulus, disamping kekhawatiran terjadinya pengaruh toksik oleh kontras terhadap ginjal yang sudah mengalami kerusakan.

- c. Ultrasonografi (USG) untuk menilai besar dan bentuk ginjal, tebal parenkim ginjal, kepadatan parenkim ginjal, anatomi system pelviokalis, ureter proksimal, kandung kemih dan prostat.
- d. Renogram untuk menilai fungsi ginjal kanan dan kiri, lokasi dari gangguan (vaskuler, parenkim, eksresi) serta sisa fungsi ginjal.
- e. Elektrokardiografi (EKG) untuk melihat kemungkinan: hipertropi ventrikel kiri, tanda-tanda pericarditis, aritmia, gangguan elektrolit (hiperkalemia).

2.1.8 Penatalaksanaan Medis

Penanganan *Chronic Kidney Disease* (CKD) yang tepat dan efektif secara ideal melibatkan pendekatan multidisiplin dalam mengatasi intervensi non farmakologi dan farmakologi, pengetahuan diet dan masalah sosial. Terapi farmakologi yang digunakan dalam memperlambat progresi penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah obat yang dapat ditunjukkan untuk mengelola faktor penyebab CKD (Dipiro et al., 2020).

Analisis data dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Siti Alfanda, dkk (2022) menunjukkan penggunaan obat pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) yang paling banyak digunakan yaitu obat antihipertensi, vitamin serta mineral, dan obat gastrointestinal.

Dimana penggunaan antihipertensi pada pasien gagal ginjal merupakan salah satu upaya untuk menurunkan tekanan darah dan mengurangi progresifitas penyakit gagal ginjal sendiri. Obat antihipertensi terbanyak yang digunakan pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah golongan loop diuretik yaitu obat furosemide. Furosemide merupakan obat golongan diuretik loop yang digunakan untuk pasien dengan tekanan darah tinggi yang disertai dengan penyakit ginjal. Loop diuretic mampu meningkatkan volume urin dan ekskresi natrium ginjal pada pasien dengan penyakit ginjal kronik.

Selanjutnya penggunaan obat vitamin dan mineral yang paling banyak digunakan yaitu asam folat. Penggunaan vitamin dan mineral ditujukan untuk mengobati anemia yang banyak diderita oleh pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) yang disebabkan karena defisiensi relatif dari eritropoetin (EPO). Penggunaan asam folat diberikan kepada pasien karena berperan dalam pemeliharaan eritropoiesis sel darah merah karena efek teraupetik dari asam folat yaitu sebagai pemulihan hematopoiesis normal.

Penggunaan obat gastrointestinal digunakan untuk mengatasi gejala dispesia yang dialami pasien sebagai efek samping dari terapi hemodialisis. Pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) dengan kondisi uremia yang menjalani terapi hemodialisis secara rutin, dilaporkan sering mengalami gangguan gastrointestinal. Pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) memiliki resiko lebih tinggi untuk mengalami kerusakan mukosa lambung dibandingkan dengan pasien dengan fungsi ginjal normal. Hal tersebut disebabkan karena kegagalan fungsi ginjal, hipergastrimia, kadar ammonia yang meningkat, dan inflamasi.

Tindakan yang dapat diberikan pada penderita gagal ginjal yaitu dialisis dan transplantasi.

Pengobatan gagal ginjal stadium akhir adalah dengan dialysis yaitu Hemodialisa dan Peritoneal Dialysis selain itu juga ada transplantasi ginjal. Dialisis dapat digunakan untuk mempertahankan penderita dalam keadaan klinis yang optimal sampai tersedia donor ginjal.

Dialisis dapat dilakukan apabila kadar kreatinin serum biasanya di atas 6 mg/100 ml pada laki – laki atau 4 ml/100 ml pada wanita, dan GFR kurang dari 4 ml/menit (Suharyanto, 2014).

Hemodialisa adalah suatu prosedur dimana darah dikeluarkan dari tubuh penderita dan beredar dalam sebuah mesin di luar tubuh yang disebut dialiser. Frekuensi tindakan hemodialisa bervariasi tergantung banyaknya fungsi ginjal yang tersisa, rata - rata penderita menjalani tiga kali dalam seminggu, sedangkan lama pelaksanaan hemodialisa paling sedikit tiga sampai empat jam tiap sekali tindakan terapi.

Terapi hemodialisa juga akan mempengaruhi keadaan psikologis pasien. Pasien akan mengalami gangguan proses berpikir dan konsentrasi serta gangguan dalam berhubungan sosial. Semua kondisi tersebut akan menyebabkan menurunnya kualitas hidup pasien CKD yang menjalani terapi hemodialisa. Kualitas hidup pasien CKD yang menjalani terapi hemodialisa sangat dipengaruhi oleh beberapa masalah yang terjadi sebagai dampak dari terapi hemodialisa dan juga dipengaruhi oleh gaya hidup pasien (Supriyadi, 2016).

Terapi pengganti ginjal berikutnya adalah *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD) yang merupakan salah satu bentuk dialysis peritoneal kronis untuk pasien dengan gagal ginjal terminal, bentuk dialisisnya dengan menggunakan membran peritoneum yang bersifat semipermeabel sebagai membran dialisis dan prinsip dasarnya adalah proses ultrafiltrasi antara cairan dialisis yang masuk kedalam rongga peritoneum dengan plasma dalam darah. *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD) dilakukan 3-5 kali per hari, 7 hari perminggu dengan setiap kali cairan dialisis dalam kavum peritoneum lebih dari 4 jam. Pada umumnya pada waktu siang 4-6 jam, sedangkan waktu malam 8 jam

Saat ini CAPD merupakan salah satu bentuk dialisis pilihan bagi pasien yang usia muda, usia lanjut dan penderita diabetes mellitus. Sisanya pemilihan antara CAPD dan hemodialisa tergantung dari fasilitas dialisis, kecocokan serta pilihan pasien. Kesederhanaan, tidak membutuhkan mesin, perasaan nyaman, keadaan klinis yang baik, kebebasan pasien merupakan daya tarik penggunaan CAPD bagi dokter maupun pasien. Problem utama sampai saat ini yang memerlukan perhatian adalah komplikasi peritonitis, meskipun saat ini dengan kemajuan teknologi akan angka kejadian peritonitis sudah dapat ditekan sekecil mungkin.

Saat ini CAPD merupakan salah satu bentuk dialisis pilihan bagi pasien yang usia muda, usia lanjut dan penderita diabetes mellitus. Sisanya pemilihan antara CAPD dan hemodialisa tergantung dari fasilitas dialisis, kecocokan serta pilihan pasien. Kesederhanaan, tidak membutuhkan mesin, perasaan nyaman, keadaan klinis yang baik, kebebasan pasien merupakan daya tarik penggunaan CAPD bagi dokter maupun pasien. Problem utama sampai saat ini yang memerlukan perhatian

adalah komplikasi peritonitis, meskipun saat ini dengan kemajuan teknologi akan angka kejadian peritonitis sudah dapat ditekan sekecil mungkin.

Transplantasi atau cangkok ginjal merupakan prosedur operasi dengan dilakukan pemindahan ginjal yang sehat dan berfungsi baik dari donor hidup atau yang mati batang otak dan dicangkokkan pada pasien yang ginjalnya tidak berfungsi (Putri, 2014).

2.1.9 Penatalaksanaan Keperawatan

Tindakan yang dapat dilakukan yaitu tindakan konservatif untuk meredakan atau memperlambat gangguan fungsi ginjal progresif. Pengobatan : Pengaturan diet protein, kalium, natrium dan cairan.

- a) Pembatasan protein, jumlah kebutuhan protein dilonggarkan sampai 60 – 80 g/hari, apabila penderita mendapatkan pengobatan dislisis teratur. Makanan yang mengandung tinggi protein yaitu susu, telur, hati, kacang - kacangan.
- b) Diet rendah kalium, diet yang dianjurkan adalah 40 - 80 mEq/hari. Jika berlebih mengkonsumsi makanan yang mengandung kalium dapat menyebabkan hiperkalemia. Terlalu banyak kalium dalam tubuh dapat menyebabkan terganggunya aktivitas listrik di dalam jantung yang ditandai dengan melambatnya detak jantung bahkan pada kasus hiperkalemia berat, jantung dapat berhenti berdetak dan menyebabkan kematian. Bahan makan yang tinggi kalium diantaranya seperti pisang, jeruk, kentang, bayam dan tomat sedangkan makanan yang rendah kalium adalah apel, kubis, buncis, anggur, dan stroberi.

- c) Diet rendah natrium, diet Na yang dianjurkan adalah 40 - 90 mEq/hari atau tidak lebih dari 2000 mg natrium atau setara dengan 1 – 1,5 sendok teh/hari. Natrium (sodium) banyak terkandung di dalam garam. Natrium dapat menahan cairan di dalam tubuh dan meningkatkan tekanan darah. Pada penderita gagal ginjal, hal ini akan membuat jantung dan paru-paru bekerja lebih keras. Diet rendah natrium penting untuk mencegah retensi cairan, edema perifer, edema paru, hipertensi dan gagal jantung kongestif.
- d) Pengaturan cairan, cairan yang diminum penderita gagal ginjal tahap lanjut harus diawasi secara seksama. Parameter yang tepat untuk diikuti selain data asupan dan pengeluaran cairan yang dicatat dengan tepat adalah berat badan harian. Jumlah urin yang dikeluarkan selama 24 jam terakhir ditambah IWL 500 ml (Priyanti, 2016).

2.2 Konsep Gangguan Integritas Kulit

2.2.1 Definisi

Gangguan Integritas Kulit adalah kerusakan kulit (dermis atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul atau sendi dan ligamen) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Pada kasus CKD, Jika laju filtrasi glomerulus telah mencapai angka 30% maka terjadi penurunan turgor kulit, kulit menjadi pucat, berwarna kekuningan sampai kecoklatan, kering, juga terjadi penimbunan urea pada kulit, ini dapat menimbulkan masalah yaitu gangguan integritas kulit (Chorininda, 2020).

2.2.2 Tanda dan Gejala

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) tanda dan gejalanya sebagai berikut:

- 1) Kerusakan jaringan atau lapisan kulit
- 2) Nyeri
- 3) Perdarahan
- 4) Kemerahan

2.2.3 Etiologi

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017 etiologi Gangguan Integritas Kulit yaitu :

- 1) Perubahan sirkulasi
- 2) Perubahan status nutrisi
- 3) Kekurangan atau kelebihan volume cairan
- 4) Penurunan mobilitas
- 5) Bahan kimia iritatif
- 6) Suhu lingkungan yang ekstrem
- 7) Faktor mekanisme
- 8) Efek samping terapi radiasi
- 9) Kelembaban
- 10) Proses penuaan
- 11) Neoropati perifer
- 12) Perubahan pigmentasi

13) Perubahan hormonal

14) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan integritas jaringan.

2.2.4 Kondisi Klinis

Kondisi klinis Kondisi klinis menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017 meliputi :

- 1) Imobilisasi
- 2) Gagal jantung kongestif
- 3) Gagal ginjal
- 4) Diabetes melitus
- 5) Imunodefisiensi

2.3 Pemberian Minyak Zaitun Untuk Masalah Integritas Kulit

2.3.1 Tujuan Pemberian Minyak Zaitun

Pruritus pada pasien hemodialisis dapat terjadi karena kulit kering akibat penarikan cairan saat hemodialisis berlangsung, penumpukan kadar beta 2 microglobulin dalam darah, serta retensi dari vitamin A. Pruritus berat dapat menimbulkan xerosis linier yang khas pada kulit yang disertai perdarahan dan infeksi sehingga mengakibatkan gangguan aktivitas, mengganggu tidur dan juga menurunkan kualitas hidup. Kualitas hidup menurun karena menyebabkan ketidaknyamanan yang parah, kecemasan, depresi, dan gangguan Diberikannya

terapi penggunaan minyak zaitun ini untuk mencegah serta mengurangi dampak dari kerusakan kulit akibat dari efek samping tindakan hemodialisa (Panahi et al., 2016).

2.3.2 Manfaat Pemberian Minyak Zaitun

Minyak zaitun adalah minyak yang diperoleh dari perasan buah *Olea europaea*. Minyak zaitun mengandung berbagai asam lemak, vitamin, terutama sumber vitamin E yang berfungsi sebagai anti oksidan alami yang membantu melindungi struktur sel yang penting terutama membran sel dari kerusakan akibat adanya radikal bebas, juga berperan sangat penting bagi kesehatan kulit, yaitu dengan menjaga, meningkatkan elastisitas dan kelembapan kulit, mencegah proses penuaan dini, melindungi kulit dari kerusakan akibat radiasi sinar ultraviolet, serta mempercepat proses penyembuhan luka (Fajriyah et al., 2015)

2.3.3 Evidence Based Pemberian Minyak Zaitun

Pada beberapa penelitian yang telah dilakukan, mengungkapkan bahwa rasa gatal dikulit berkurang dan keadaan kulit lebih lembab dari sebelumnya dan luka akibat garukan sembuh. Sejalan dengan penelitian Ariyani et al (2020) yang menunjukkan ada perbedaan tingkat pruritus pada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis setelah diberikan minyak zaitun. Mekanisme kerja emolien yakni mengisi ruang keratinosit untuk membentuk permukaan yang halus dengan menggunakan bahan yang berminyak dan tidak larut dalam air dan meningkatkan kohesi dari sel-sel keratinosit (Lynde et al, 2016). Dengan kelembaban kulit yang baik keluhan pruritus akibat kulit kering dapat teratasi dan

dapat menurunkan skala pruritus pada pasien. Hal ini mendukung teori dari manfaat minyak zaitun yang bermanfaat untuk penyembuhan gangguan yang terdapat pada kulit dengan meningkatkan kelembapan dan elastisitas kulit sehingga dapat menurunkan pruritus pada penderita penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD) (Ichihashi et al., 2018). Minyak zaitun mengandung asam linoleat yang bermanfaat bagi kesehatan kulit dengan mengatasi masalah kulit bersisik, eksim, dan kulit kering (Lin et al., 2018).

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan.

1) Identitas

Tidak terdapat ciri khusus untuk terjadinya gagal ginjal kronik, namun laki – laki seringkali mempunyai risiko yang lebih tinggi berkaitan dengan pekerjaan dan gaya hidup yang tidak sehat.

2) Keluhan utama

Keluhan sangat bermacam – macam terutama bila memiliki penyakit pendamping sekunder. Keluhan ini bisa berupa keluarnya urine mengalami penurunan dari oliguria-anuria, penurunan kesadaran disebabkan komplikasi

sistem peredaran darah – ventilasi, anoreksia dan mual muntah, diaforesis, kelelahan, nafas berbau seperti urea dan pruritus.

3) Riwayat kesehatan

Keluhan anoreksia, mual dan muntah, penambahan berat badan, penurunan output urin, perubahan irama pernapasan, perubahan kulit fisiologis dan berbau seperti urea saat bernapas.

4) Riwayat kesehatan masa lalu

Kaji riwayat penyakit sebelumnya seperti halnya ISK, gangguan pada jantung, konsumsi obat yang berlebihan, diabetes melitus, hipertensi atau batu yang terdapat di dalam saluran kemih.

5) Riwayat kesehatan keluarga

Gagal ginjal kronik bukan merupakan suatu penyakit yang dapat menular dan menurun sehingga faktor genetik tidak begitu berdampak terhadap penyakit jenis ini. Namun pasien dengan riwayat DM dan hipertensi memiliki resiko kronis (karena penyakit ini termasuk bersifat hereditas).

6) Riwayat psikososial

Kondisi ini tidak selamanya memiliki gangguan jika klien memiliki coping adaptif yang baik. Perubahan psikososial memungkinkan terjadi saat klien mengalami adanya perubahan pada struktur fungsi tubuh dan menjalani proses dialisa.

7) Keadaan umum dan tanda – tanda vital

Kondisi tubuh pasien dengan gagal ginjal kronik biasanya mengalami kelemahan, tingkat kesadaran bergantung pada tingginya tingkat toksisitas.

Pada saat dilakukan pemeriksaan TTV biasanya ditemukan data RR meningkat, dan terjadi hipertensi maupun hipotensi sesuai dengan kondisi yang ada.

8) Sistem pernapasan

Terdapat bau semacam urea pada saat bernafas. Jika kejadian suatu komplikasi asidosis/alkalosis respiratorik maka pernapasan akan terjadi gangguan patologis. Pola napas semakin cepat sebagai tanda dari tubuh menjaga kestabilan ventilasi.

9) Sistem hematologi

Ditemukan pada uremia berat. Selain itu, kemungkinan akan terjadi peningkatan tekanan dalam darah, akral dingin, CRT >3 detik, palpitasi jantung, nyeri dada, dispnea, gangguan irama detak jantung dan sistem peredaran darah lainnya. Keadaan ini akan meningkat jika kandungan sisa metabolisme dalam tubuh semakin meningkat, keadaan semakin parah karena tidak efektif dalam ekskresi. Selain itu pada aliran darah itu sendiri biasanya merupakan penyakit yang disebabkan oleh anemia karena penurunan eritropoetin.

10) Sistem neuromuskuler

Penurunan kesadaran karbon tinggi dan sirkulasi otak terganggu, karena itu pasien akan mengalami penurunan kognitif dan disorientasi gagal ginjal kronik.

11) Sistem kardiovaskuler

Hipertensi merupakan penyakit yang berhubungan dengan terjadinya gagal ginjal kronik. Tekanan darah yang mengalami peningkatan akan mempengaruhi volume vaskuler. Stagnansi ini akan menimbulkan terjadinya retensi natrium air, hal ini akan menambah kinerja pada jantung.

12) Sistem endokrin

Terkait pola perilaku seksual, klien dengan gagal ginjal kronik akan mengalami ketidakfungsian seksualitas dikarenakan hormon reproduksi berkurang. Selain itu jika gagal ginjal kronik bersangkutan dengan DM maka sekresi insulin akan mengalami gangguan yang berpengaruh pada terjadinya metabolisme.

13) Sistem perkemihan

Kegagalan ginjal secara menyeluruh akan mengakibatkan penurunan output urine 400 ml/hari.

14) Sistem pencernaan

Gangguan pada sistem pencernaan banyak diakibatkan karena stress effect. Biasanya diitemukan mual, muntah, diare dan anoreksia.

15) Sistem musculoskeletal

Penurunan fungsi / kegagalan fungsi ginjal ini berpengaruh terhadap proses terjadinya demineralisasi tulang, hal ini akan terjadi beberapa resiko tinggi terkena osteoporosis.

16) Sistem Integument

Kulit akan menjadi rapuh dan tipis, kulit menjadi pucat, kering dan mengelupas, bersisik, akan muncul pruritus, warna cokelat kekuningan, hiperpigmentasi, memar, uremic frost, ekimosis, petekie. CRT >3 detik, kulit teraba kasar dan tidak rata.

17) Pemeriksaan fisik

1) Tanda tanda vital

Tekanan darah mengalami peningkatan, suhu tubuh mengalami peningkatan, kelemahan nadi, aritmia, pernapasan memiliki irama yang tidak teratur.

2) Kepala

- a) Mata : terdapat warna kemerahan, mengeluarkan air, penglihatan tidak jelas, edema orbital, konjungtiva anemis
- b) Rambut : mudah rontok, tipis dan kasar.
- c) Mulut : ulserasi dan perdarahan, nafas berbau amonia, mual, muntah, dan peradangan pada gusi.
- d) Leher : vena mengalami pembesaran
- e) Dada dan thoraks : penggunaan otot bantu pernapasan, nafas dangkal, pneumonitis, edema pulmoner, friction rebpericardial.
- f) Abdomen : nyeri pada pinggang, asites.
- g) Genetalia : amenore, atropi testikuler
- h) Ekstermitas : capillary kembali dalam waktu >3 detik, kukumenjadi rapuh, kusam dan tipis, kekuatan kaki mengalami penurunan, sensasi seperti terbakar pada kaki.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2017).

Berdasarkan pada semua data pengkajian diagnosa keperawatan utama yang dapat muncul pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD), antara lain :

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi (D.0003)
2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)
3. Risiko pendarahan ditandai dengan gangguan gastrointestinal (D. 0012)
4. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan (D.0019)
5. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan (D.0022)
6. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera (D.0077)
7. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)
8. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi (D.0129)
9. Risiko infeksi ditandai dengan penyakit kronis (D.0142)

2.4.3 Rencana Keperawatan

Perencanaan keperawatan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kasus, intervensi keperawatan tersebut terdiri dari Standar Intervensi Keperawatan Indonesia dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Kriteria Hasil	Intervensi
1	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi (D.0003)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pertukaran gas pasien meningkat (L.01003). Kriteria hasil : 1) Tingkat kesadaran meningkat 2) Dyspnea / nafas pendek mengalami penurunan 3) Bunyi napas tambahan menurun 4) Pusing menurun 5) Gelisah menurun 6) Napas cuping hidung menurun 7) PCO2 membaik 8) PO2 membaik 9) Takikardi membaik 10) pH arteri membaik 11) Sianosis membaik 12) Pola napas membaik 13) Warna kulit membaik	Terapi oksigen (I.01026). Observasi : 1) Monitor kecepatan aliran oksigen. 2) Monitor posisi alat terapi oksigen. 3) Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup. 4) Monitor efektifitas terapi oksigen (Mis.analisa gas darah, oksimetri). 5) Monitor kemampuan melepaskan oksigen saat makan. 6) Monitor tanda - tanda hipoventilasi (adanya nyeri kepala, pusing, letargi / kelelahan, sesak, kantuk disiang hari, depresi) 7) Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen (verbal maupun non verbal : Ekspresi mimik wajah dan keluhan pasien. 8) Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen (apakah ada iritasi) Terapeutik : 1) Pertahankan kepatenan jalan nafas (Teknik batuk efektif, suction, insersi jalan nafas buatan).

			2) Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen (Nasal kanul, rebreathing mask, & non rebreathing mask), oksigen, regulator. 3) Berikan oksigen tambahan, jika perlu (naikan kecepatan aliran sesuai kebutuhan). 4) Tetap berikan oksigen saat pasien ditransportasi (Tabung oksigen yang mudah dibawa). 5) Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien. Edukasi : 1) Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah. Kolaborasi : 1) Kolaborasi penentuan dosis oksigen 2) Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas atau saat tidur
2	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobi n (D.0009)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer pasien meningkat (L.02011). Kriteria hasil : 1) Denyut nadi perifer meningkat 2) Warna kulit pucat menurun 3) Edema perifer menurun	Perawatan sirkulasi (I.14569). Observasi : 1) Periksa sirkulasi perifer (Mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu). 2) Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (Mis. Merokok, diabetes, hipertensi, kolesterol tinggi). 3) Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau edema pada ekstremitas.

		4) Nyeri ekstremitas menurun 5) Parastesia / kesemutan menurun 6) Kelemahan otot menurun 7) Kram otot menurun 8) Nekrosis menurun 9) Pengisian kapiler membaik 10) Akral membaik 11) Turgor kulit membaik 12) Tekanan darah sistolik dan diastolik membaik 13) Tekanan arteri rata – rata membaik	Terapeutik : 1) Hindari pemasangan infus / pengambilan darah di area keterbatasan perfusi (area yang edema atau hematoma). 2) Hindari pengukuran TD pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi (area edema atau hematoma). 3) Hindari penekanan pemasangan tourniquet pada area yang cedera. 4) Lakukan pencegahan infeksi (cuci tangan sebelum melakukan tindakan, hindari tindakan yang beresiko mencedera terutama di area perfusi yang tidak efektif) 5) Lakukan perawatan kaki dan kuku (jangan biarkan kuku panjang, kaki dalam keadaan bersih dan kulit tidak kering) 6) Lakukan hidrasi (mis.minum air putih sesuai program diit) Edukasi : 1) Anjurkan berhenti merokok 2) Anjurkan olahraga rutin sesuai kemampuan pasien 3) Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar 4) Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (diet rendah protein, Na, dan batasi minum)
--	--	---	--

			5) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 6) Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (Mis. Melembabkan kulit kering pada kaki) 7) Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (Mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).
3	Risiko pendarahan ditandai dengan gangguan gastrointestinal (D.0012)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat perdarahan pasien menurun (L.02017). Kriteria hasil : 1) Kelembapan membran meningkat 2) Kelembapan mukosa meningkat 3) Pengetahuan kognitif meningkat 4) Hematemesis menurun 5) Hemoglobin membaik 6) Hematokrit membaik 7) Tekanan darah membaik 8) Denyut nadi apical membaik	Pencegahan perdarahan (I.02067). Observasi : 1) Monitor tanda dan gejala adanya perdarahan (feses berwarna hitam, muntah berdarah, adanya nyeri pada ulu hati) 2) Monitor nilai hemoglobin Terapeutik : 1) Pertahankan bedrest selama perdarahan Edukasi : 1) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan 2) Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan 3) Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K 4) Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan Kolaborasi :

			1) Kolaborasi pemberian obat pengontrol darah 2) Kolaborasi pemberian tranfusi darah, jika perlu
4	Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan (D.0019)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi pasien meningkat (L.03030). Kriteria hasil : 1) Porsi makanan yang di habiskan meningkat 2) Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat 3) Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat 4) Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat 5) Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat 6) Sikap terhadap makanan / minuman sesuai dengan tujuan kesehatan 7) Berat badan membaik 8) Indeks massa tubuh membaik 9) Frekuensi makan membaik	Manajemen nutrisi (I.03119) Observasi : 1) Identifikasi status nutrisi (apakah ada penurunan BB > 10% serta IMT dibawah normal) 2) Identifikasi intoleransi/ alergi makanan 3) Identifikasi makanan yang disukai 4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 5) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric 6) Monitor asupan makanan 7) Monitor berat badan 8) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (Tes darah : urea & kreatinin, Tes urine : protein & uremia) Terapeutik : 1) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis.piramida makanan) 3) Sajikan makanan secara menarik dan suhu sesuai 4) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi

		10) Nafsu makan membaik 11) Bising usus membaik	5) Ajarkan diet yang diprogramkan, yang boleh dan tidak 6) Berikan suplemen makanan, jika perlu Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi : 1) Anjurkan posisi duduk, jika perlu 2) Ajarkan diet yang diprogramkan (rendah protein, rendah garam) Kolaborasi : 1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis.antimetik), jika perlu 2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan
5	Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan (D.0022)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan pasien meningkat (L.03020). Kriteria Hasil : 1) Output urin meningkat 2) Kelembapan membrane mukosa meningkat 3) Asupan makanan meningkat 4) Edema menurun	Manajemen Hipervolemia (I.03114). Observasi : 1) Periksa tanda dan gejala hipervolemia (Mis.edema, dyspnea, suara napas tambahan). 2) Identifikasi penyebab hipervolemia. 3) Monitor status hemodinamik (Mis. Frekuensi jantung, tekanan darah). 4) Monitor intake dan output cairan 5) Monitor tanda hemokonsentrasi (Mis. Blood Urea Nitrogen, kadar natrium, berat jenis urin)

		5) Asites / penumpukan cairan dirongga perut menurun 6) Konfusi / penurunan berfikir sehingga bingung disorientasi menurun 7) Tekanan darah membaik 8) Denyut nadi radial membaik 9) Tekanan arteri rata – rata membaik 10) Berat badan membaik	6) Monitor tanda peningkatan onkotik plasma (mis.kadar protein dan albumin meningkat) 7) Monitor kecepatan infus secara ketat 8) Monitor efek samping diuretik (mis. hipotensi ortostatik, hipovolemia, hypokalemia, hiponatremia). Terapeutik : 1) Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama 2) Batasi asupan cairan dan garam 3) Tinggikan kepala tempat tidur 30 – 40 derajat Edukasi : 1) Anjurkan melapor jika haluaran urin <0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam 2) Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan 3) Ajarkan cara membatasi cairan Kolaborasi : 1) Kolaborasi pemberian diuretic 2) Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic 3) Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy (CRRT), bila perlu
6	Nyeri akut berhubungan dengan agen	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri	Manajemen nyeri (I.08238). Observasi :

	pecedera (D.0077) pasien menurun (L.08066). Kriteria Hasil : 1) Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2) Keluhan nyeri menurun 3) Meringis menurun 4) Sikap protektif menurun 5) Gelisah menurun 6) Kesulitan tidur menurun 7) Berfokus pada diri sendiri menurun 8) Perasaan depresi menurun 9) Frekuensi nadi membaik 10) Fokus membaik 11) Perilaku membaik	1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri. 3) Identifikasi respons nyeri non verbal. 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri. 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup. Terapeutik : 1) Fasilitasi istirahat dan tidur (atur lingkungan pasien dengan batasi pengunjung untuk mengurangi kebisingan, tanyakan kepada pasien apakah suka mendengarkan musik yang menenangkan, menutup tirai, matikan lampu jika perlu). 2) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri (Misalnya nyeri akut dikarenakan retensi Na yang menyebabkan asam laktat meningkat, maka dapat dilakukan diet rendah garam). Edukasi : 1) Jelaskan penyebab, periode / kurun waktu, dan pemicu nyeri.
--	--	---

			Kolaborasi : 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.
7	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat (L.05047). Kriteria hasil : 1) Frekuensi nadi meningkat 2) Saturasi oksigen meningkat 3) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari – hari meningkat 4) Kecepatan berjalan meningkat 5) Jarak berjalan meningkat 6) Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 7) Toleransi dalam menaiki tangga meningkat 8) Keluhan lelah menurun 9) Dispnea saat aktivitas menurun 10) Dyspnea setelah aktivitas menurun	Manajemen energi (I.05178). Observasi : 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan (mis. Penurunan O2) 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional (observasi kemampuan pasien melakukan aktivitas dan respon pasien dalam menghadapi penyakitnya) 3) Monitor pola tidur dan jam tidur (apakah < 8 jam/harinya) 4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik : 1) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (Mis. Cahaya, suara, kunjungan) 2) Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif (pasif : untuk pasien yang belum bisa mandiri, aktif : perawat hanya membimbing) Edukasi : 1) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 2) Anjurkan aktivitas secara bertahap

		11) Perasaan lemah menurun 12) Aritmia saat aktivitas menurun 13) Sianosis menurun 14) Warna kulit membaik 15) Tekanan darah membaik 16) Frekuensi napas membaik	Kolaborasi : 1) Kolaborasi dengan ahli gizi diet yang tepat untuk pasien
8	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi (D.0129)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat (L.14125). Kriteria hasil : 1) Perfusi jaringan meningkat 2) Kerusakan lapisan menurun 3) Nyeri menurun 4) Kemerahan menurun 5) Pigmentasi abnormal menurun	Perawatan integritas kulit (I.11353). Observasi : 1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (Mis.perubahan status nutrisi) 2) Monitor hasil laboratorium (tes darah : urea & kreatinin, tes urine : protein & hematuria) Terapeutik : 1) Oleskan agen topical pada kulit yang gatal 2) Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif Edukasi : 1) Anjurkan menggunakan pelembab (mis. Lotion, serum) 2) Anjurkan minum air yang cukup 3) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4) Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur

9	Risiko infeksi ditandai dengan penyakit kronis (D.0142)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi pasien menurun (L.14137). Kriteria hasil : 1) Kebersihan tangan meningkat 2) Kebersihan badan meningkat 3) Nafsu makan meningkat 4) Demam menurun 5) Nyeri menurun 6) Periode malaise / lemas menurun 7) Periode menggigil menurun 8) Letargi / lelah menurun	Pencegahan infeksi (I.14539). Observasi : 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik (adanya kemerahan, nyeri/gatal) Terapeutik : 1) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 2) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Edukasi : 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
---	--	--	--

2.4.4 Konsep Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi (Suharyanto, 2014).

Implementasi keperawatan adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Implementasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen:

- 1) Tanggal dan waktu dilakukan implementasi keperawatan
- 2) Diagnosis keperawatan
- 3) Tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan
- 4) Tanda tangan perawat pelaksana

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut Suharyanto, (2014). evaluasi keperawatan terdiri dalam beberapa komponen yaitu, tanggal dan waktu dilakukan evaluasi keperawatan, diagnosa keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Evaluasi keperawatan ini dilakukan dalam bentuk *subjektif*, *objektif*, *assessment*, dan *planning* (SOAP). Evaluasi yaitu penilaian hasil dari proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan, Penilaian ini merupakan proses untuk menentukan apakah ada atau tidak kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian hingga pelaksanaan. Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan, membandingkan hasil tindakan

keperawatan yang telah dilaksanakan dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya dan menilai efektivitas proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian hingga pelaksanaan

Setelah melakukan tindakan keperawatan maka hasil evaluasi yang diharapkan untuk pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) yaitu :

1. Pertukaran gas efektif
2. Perfusi jaringan efektif
3. Tidak terjadi perdarahan
4. Mempertahankan masukan nutrisi yang adekuat
5. Kelebihan cairan atau edema tidak terjadi
6. Tidak ada nyeri
7. Toleransi aktivitas efektif
8. Tidak terjadi kerusakan integritas kulit
9. Tidak terjadi infeksi

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah Studi Kasus. Studi Kasus yang akan dilaksanakan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan yang secara umum akan menggambarkan asuhan keperawatan pada *Chronic Kidney Disease (CKD)* atau gagal ginjal kronik dengan masalah gangguan integritas kulit di RSUD Kabupaten Rejang Lebong. Pasien CKD yang menjalani hemodialisis pada kulitnya biasanya akan mengalami pruritus akibat dari penarikan cairan saat hemodiasis. Setelah diberikan intervensi pemberian minyak zaitun sesuai standar operasional prosedur diharapkan kulit yang mengalami pruritus dapat teratasi sesuai yang diharapkan.

3.2 Subjek Studi Kasus

Subjek pada penelitian ini adalah pasien yang mengalami CKD di RSUD Kabupaten Rejang Lebong yang menjalani hemodialisa > 3 bulan dengan direntang usia 20-75 tahun yang mengalami pruritus dan berdomisili tinggal di Kabupaten Rejang Lebong.

3.3 Fokus Studi Kasus

Fokus Studi Kasus adalah menerapkan tindakan keperawatan yang berhubungan dengan penyelesaian masalah pruritus pada kulit dengan penerapan

pemberian minyak zaitun pada klien yang mengalami masalah gangguan integritas kulit dengan cara dioles langsung pada kulit.

3.4 Definisi Operasional

1. CKD pada pasien yang sudah menjalani hemodialisa >3 bulan di Ruang Penyakit Dalam RSUD Kabupaten Rejang Lebong yang sudah didiagnosa CKD oleh dokter.
2. Pruritus adalah rasa gatal dan kemerahan pada kulit pasien yang menjalani hemodialisa di Ruang Penyakit Dalam RSUD Kabupaten Rejang Lebong.
3. Pemberian minyak zaitun untuk perawatan kulit yang pruritus pada pasien CKD dengan mengoleskan minyak zaitun sehari 2x (pagi-sore) yang dilakukan perawat dengan melibatkan pasien dan keluarga.

3.5 Tempat dan Waktu

1. Tempat
Tempat pengambilan kasus di Ruang Penyakit Dalam RSUD Kabupaten Rejang Lebong.
2. Waktu
Waktu pelaksanaan dimulai pada tanggal 3 April 2023 sampai dengan akhir penyelesaian proposal.

3.6 Pengumpulan Data

Pengumpulan data dapat dilakukan dengan :

- a) Biofisiologis,

- b) Observasi,
- c) Wawancara (terstruktur dan atau tidak terstruktur).

Instrumen yang digunakan Format pengumpulan data, Lembar observasi (lembar pengkajian), catatan pengukuran.

3.7 Penyajian Data

Data dapat disajikan secara tekstular/narasi dan gambar

3.8 Etika Penelitian

Menurut (Hidayat, 2017), Etika penelitian terbagi menjadi lima yaitu Informed Consent, Anonymity, Confidentiality, Maleficence And Non-Maleficence, Justic

1. Lembar Persetujuan Menjadi Responden (Informed Consent)

Lembar persetujuan menjadi responden diberikan kepada subyek yang akan diteliti. Sebelum menjadi responden, peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian. Setelah responden mengerti maksud dan tujuan penelitian, responden menandatangani lembar persetujuan. Bagi responden yang tidak ingin ikut serta peneliti menghormati keputusan dari responden.

2. Tanpa Nama (Anonymity)

Untuk menjaga kerahasiaan peneliti tidak dicantumkan nama pada lembar pengumpulan data cukup memberi inisial nama pada masing-masing lembar tersebut. Untuk menjaga kerahasiaan identitas responden peneliti tidak akan

mencantumkan nama responden, peneliti hanya akan menuliskan inisial pasien dengan abjad A-Z

3. Kerahasiaan (Confidentiality)

Berdasarkan UU RI nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan yang di atur dalam pasal 57 dimana setiap orang berhak atas rahasia kondisi kesehatan pribadinya yang telah dikemukakan kepada penyelenggara pelayanan kesehatan. Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh subjek dirahasiakan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan disajikan atau dilaporkan sehingga rahasianya tetap terjaga. dan kerahasiaan responden dijamin tidak akan menyebar ataupun bocor kemanapun karena sifatnya penelitian ini adalah rahasia. Serta hanya responden dan peneliti saja yang mengetahuinya

4. Manfaat dan Kerugian (Beneficence And Non-Maleficence)

Penelitian yang dilakukan memberikan keuntungan atau manfaat dari penelitian yaitu mengetahui kemampuan self care dalam menerapkan pemberian minyak zaitun untuk masalah pruritus pada gangguan integritas kulit. Proses penelitian yang dilakukan juga diharapkan tidak menimbulkan kerugian atau meminimalkan kerugian yang mungkin ditimbulkan seperti adanya kebocoran identitas penderita sehingga penderita merasa malu dan takut dengan penyakitnya.

5. Keadilan (Justice)

Dalam penelitian yang dilakukan harus bersifat adil tanpa membedakan subjek maupun perlakuan yang diberikan. Pada penelitian ini

peneliti dalam pengambilan data yang diteliti, responden sama-sama diberikan kuesioner yang di buat oleh peneliti untuk diisi tanpa membedakan dengan yang lainya serta mendapatkan manfaat yang sama dari hasil penelitian yang dilakukan

BAB IV

TINJAUAN KASUS

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. E DENGAN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD) DI RUANG PENYAKIT DALAM RSUD KABUPATEN
REJANG LEBONG TAHUN 2023

4.1 Pengkajian

4.1.1 Biodata

1) Identitas Klien

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| a. Nama Klien | : Tn. E |
| b. Usia | : 29 Tahun |
| c. Jenis Kelamin | : Laki-laki |
| d. Alamat | : Sukaraja |
| e. Golongan darah | : A |
| f. Status Perkawinan | : Belum Menikah |
| g. Agama | : Islam |
| h. Suku Bangsa | : Rejang |
| i. Pendidikan | : SMA |
| j. Pekerjaan | : Tidak Bekerja |
| k. Sumber informasi | : Keluarga |
| l. Tanggal MRS | : 17-05-2023 , 08.30 WIB |

m. Tanggal pengkajian : 17-05-2023 , 13.30 WIB

n. Diagnosa Medis : CKD

2) Identitas Penanggung Jawab

a. Nama : Tn. A

b. Usia : 79 Tahun

c. Pendidikan : SMA

d. Pekerjaan : Swasta

e. Agama : Islam

f. Alamat : Sukaraja

4.1.2 Riwayat Keperawatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

a) Keluhan Utama MRS :

Klien datang dari IGD tanggal 17-05-2023 jam 08.30 WIB dengan keluhan sesak dari pagi, batuk kurang lebih 2 hari, klien baru post HD 1 hari sebelumnya, riwayat HD sudah 9 tahun.

b) Keluhan Saat Ini :

Pada saat diruang rawat inap klien mengatakan mengeluh sesak nafas setelah beraktivitas, batuk, badan terasa lemas, setelah HD terkadang merasakan gatal

c) Keluhan Kronologis

- Faktor Pencetus : Keluarga mengatakan klien adalah pasien ulangan sudah sering masuk

RS karena sesak

- Timbulnya Keluhan : Keluarga mengatakan timbulnya sesak tidak menentu tetapi lebih sering sesak sesudah melakukan HD
- Lamanya : Keluarga mengatakan lamanya terasa sesak tidak menentu
- Upaya Mengatasi : Keluarga mengatakan jika klien sudah tidak tahan dengan penyakitnya langsung segera di bawa ke RS

d) Skala pengkajian PQRST

- P (Provokasi/Paliatif) : Tidak ada
- Q (Qualitas/Quantitas) : Tidak ada
- R (Region/Radiasi) : Tidak ada
- S (Skala Severitas) : Tidak ada
- T (Timing) : Tidak ada

2. Riwayat Keluhan Masa Lalu

- a) Riwayat Alergi :
Tidak ada riwayat alergi
- b) Riwayat Kecelakaan :
Tidak ada riwayat kecelakaan
- c) Riwayat Dirawat di Rs :

Sudah sering dirawat di RS karena Asma dan rutin untuk HD,
dan terakhir masuk RS minggu lalu

d) Riwayat Operasi :

Keluarga mengatakan klien pernah akan menjalani operasi
Hernia di RS Palembang namun tidak jadi dilakukan karena pada
saat diruang operasi denyut jantung klien menurun

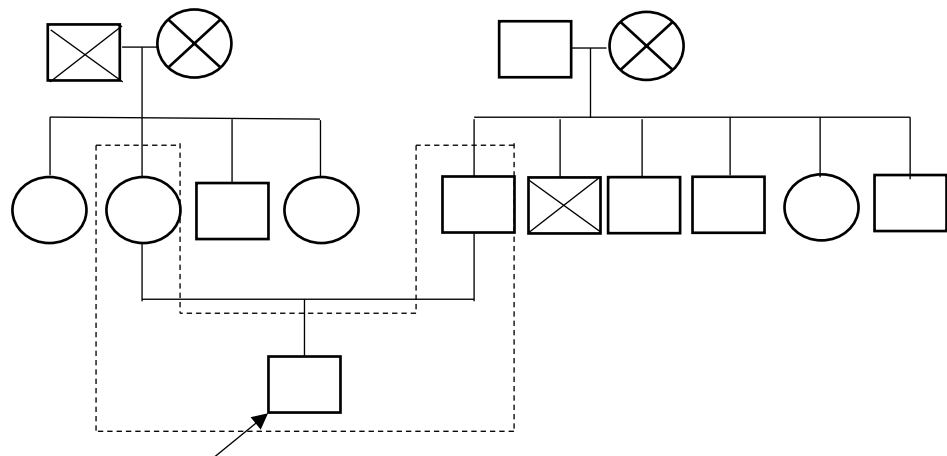
e) Riwayat Pemakaian Obat :

Keluarga mengatakan klien tidak mengkonsumsi obat rutin

f) Riwayat Riwayat Merokok :

Klien tidak merokok

3. Riwayat Kesehatan Keluarga (Genogram Dan Keterangan)



Keterangan :

□ = Laki-laki

○ = Perempuan

⊗ = Meninggal

↗ = Pasien

----- = Serumah

(Skema 4.1 : Genogram)

4. Penyakit yang pernah diderita :

Keluarga mengatakan klien memiliki penyakit Asma sejak kecil, dan memiliki penyakit Hipertensi dan CKD

5. Riwayat Psikososial dan Spiritual

a) Adanya orang terdekat : Ayah dan Ibu

b) Interaksi dalam Keluarga

- Pola komunikasi : Komunikasi Baik
- Pembuatan keputusan : Ayah
- Kegiatan kemasyarakatan : Tidak mengikuti

c) Dampak penyakit pasien :

Klien kurang berinteraksi dengan lingkungan sekitar

d) Masalah yang mempengaruhi :

Klien sering menjadi lemas, jarang berinteraksi dengan teman, dan banyak kegiatan yang jadi terhambat

e) Persepsi Pasien Terhadap Penyakitnya

- Hal yang sangat dipikir : Ingin segera sembuh
- Harapan telah menjalani : Dapat beraktivitas kembali
- Perubahan yang dirasa : Banyak aktivitas yang terhambat

f) Sistem Nilai Kepercayaan

- Nilai-nilai yang dianut : Menganut agama islam
- Aktivitas agama : Melaksanakan sholat
- Pola Kebiasaan : Mendengarkan ceramah

4.1 Tabel Pola Kebiasaan Sehari-hari

No.	Hal yang dikaji	Pola kebiasaan	
		Sebelum sakit	Saat sakit
1	Pola Nutrisi : 1. Frekuensi Makan 3x/Hari 2. Nafsu Makan Baik/Tidak Alasan 3. Porsi Makan yang Dihabiskan 4. Makan yang Tidak Disukai 5. Makanan yang Membuat Alergi 6. Makanan Pantangan 7. Penggunaan Obat-Obatan Sebelum Makan 8. Penggunaan Alat Bantu (NGT, Dll) 9. Jumlah minum dalam sehari	3 kali Baik 1 porsi Tidak ada Tidak ada Makanan yang mengandung kalium, natrium dan garam, protein, tinggi lemak dan kalori, mengurangi konsumsi glukosa Tidak ada Tidak ada 2 gelas	3 kali Menurun 1/4 porsi Tidak ada Tidak ada Makanan yang mengandung kalium, natrium dan garam, protein, tinggi lemak dan kalori, glukosa Tidak ada Tidak ada 2 gelas
2	Pola Eliminasi 1. B.A.K : a. Frekuensi b. Warna c. Keluhan d. Penggunaan Alat Bantu (Kateter,Dll) 2. B.A.B a. Frekuensi b. Waktu c. Warna d. Konsistensi e. Keluhan f. Penggunan <i>Laxatif</i>	Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada 2 kali Pagi/malam Kekuningan Lembut Tidak ada Tidak ada	Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada Belum ada Belum ada Belum ada Belum ada Tidak ada Tidak ada

3	Pola Personal <i>Hygiene</i> 1. Mandi a. Frekuensi b. Waktu 2. Oral Hygiene a. Frekuensi b. Waktu 3. Cuci Rambut a. Frekuensi b. Waktu	2 kali pagi dan sore 2 kali Pagi dan sore 2 kali Pagi dan sore	Di lap dengan waslap basah 2 kali 1 kali Pagi Belum ada
4	Pola Istirahat dan Tidur 1. Lama Tidur Siang : Jam/Hari 2. Lama Tidur Malam : Jam/Hari 4. Kebiasaan Sebelum Tidur :	3 jam 6-8 jam Menonton TV, main HP	- - - (pada saat klien datang langsung dilakukan pengkajian)
5	Kebiasaan Mempengaruhi Kesehatan 1. Merokok : Ya /Tidak a) Frekuensi b) Jumlah 2. Minuman Keras : Ya/Tidak a) Frekuensi b) Jumlah c) Lama Pemakaian	Tidak Tidak ada Tidak ada Tidak Tidak ada Tidak ada Tidak ada	Tidak Tidak ada Tidak ada Tidak Tidak ada Tidak ada Tidak ada

4.1.3 Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan Fisik Umum

- a) Keadaan Umum : Lemas
- b) Tingkat kesadaran : Compos Mentis
- c) Glasgow Coma Scale (GCS) : E4, V5, M6 Total : 15
- d) Berat Badan : 52 kg
- e) Tinggi Badan : 155 cm

- f) Tekanan darah : 129 / 117 mmHg
- g) Nadi : 77 ^x/_m
- h) Frekuensi Nafas : 26 ^x/_m
- i) Suhu Tubuh : 36,7 °C

2. Sistem Penglihatan

- a) Posisi Mata : Normal, pandangan lurus
- b) Kelopak Mata : Tidak ada lesi, ada oedem
- c) Pergerakan Bola Mata : Spontan
- d) *Konjungtiva* : Anemis
- e) *Kornea* : Tidak keruh
- f) *Sclera* : Pucat
- g) *Pupil* : Mengecil diberi ransang cahaya
- h) Otot-Otot Mata : Bergerak normal
- i) Fungsi Penglihatan : Dapat melihat dengan jelas
- j) Tanda-Tanda Radang : Tidak ada
- k) Pemakaian Kaca Mata : Tidak menggunakan kacamata
- l) Pemakaian Lensa Kontak : Tidak menggunakan lensa kontak
- m) Reaksi Terhadap Cahaya : Spontan

3. Sistem Pendengaran

- a) Daun Telinga : Simetris, tidak ada bekas luka
- b) Kondisi Telinga Tengah : Tidak ada masalah
- c) Cairan Dari Telinga : Tidak ada cairan dalam telinga

- d) Perasaan Penuh DiTelinga : Tidak ada
- e) *Tinnitus* (bedenging) : Tidak ada
- f) Fungsi Pendengaran : Mendengar dengan baik
- g) Gangguan Keseimbangan: Tidak ada
- h) Pemakaian Alat Bantu : Tidak ada

4. Sistem Pernafasaan

- a) Jalan Nafas : Terdapat sputum
- b) Penggunaan otot bantu : Tidak ada
- c) Frekuensi : 26 ^x/m
- d) Irama : Cepat
- e) Jenis Pernafasan : Pernafasan dada
- f) Batuk : Ada
- g) *Sputum* : Ada
- h) Terdapat Darah : Tidak ada
- i) Suara Nafas : Mengi

5. Sistem Kardiovaskular

a) Sirkulasi Perifer

- 1) Frekuensi Nadi : 77 ^x/m
- Irama : Teratur
- 2) *Distensi Vena Jugularis* : Ada peningkatan
- Temperature Kulit* : Normal

3) Warna Kulit : Tidak sianosis

4) *Capillary Refill Time* (CRT) : > 3 detik

b) Sirkulasi Jantung

Irama : Teratur

Sakit Dada : Ada pada saat batuk

6. Sistem Hematologi

a) Pucat : Ada

b) Perdarahan : Tidak ada

7. Sistem Saraf Pusat

a) Keluhan Sakit Kepala : Tidak ada

b) Tanda-Tanda Peningkatan : Tidak ada

c) Gangguan *System* Persarafan : Tidak ada

d) Pemeriksaan Reflek

Reflek Fisiologis : Ada

Reklek Patologis : Ada

8. Sistem Pencernaan

a) Keadaan Mulut

1) Gigi : Tidak ada lubang, ada karang gigi

2) Gigi Palsu : Tidak Menggunakan gigi palsu

3) *Stomatitis* (sariawan) : Tidak ada

4) Lidah Kotor : Tidak

b) Mukosa bibir : Kering, sedikit pecah-pecah

- c) Muntah : Tidak ada muntah
- d) Nyeri Daerah Perut : Tidak ada
- e) Bising Usus : 6 ^x/m
- f) Konsistensi *Feces* : Lembek
- g) *Konstipasi* : Tidak ada
- h) *Hepar* dan *limfa* : Tidak ada nyeri
- i) *Abdomen*
 - 1) Inspeksi : Tidak ada bekas luka
 - 2) Palpasi : Tidak ada
 - 3) Auskultasi : Ada bising usus
 - 4) Perkusi : Timpani

9. Sistem Endokrin

- a) Pembesaran Kelenjar Tyroid : Tidak ada
- b) Nafas Berbau Keton : Tidak
- c) Luka Ganggren : Tidak

10. Sistem Urogenital

- a) Perubahan Pola Kemih
 - ✓ B.A.K : Klien tidak BAK lagi
 - ✓ Warna : Tidak ada
- b) Distensi/Ketegangan : Tidak ada
 - Kandung Kemih : Tidak ada volume
- c) Keluhan Sakit Pinggang : Tidak ada

Skala Nyeri : Tidak ada

11. Sistem Integumen

- a) Turgor Kulit : Menurun (>3 detik)
- b) Warna Kulit : Gelap seperti bercak hitam diseluruh tubuh
- c) Keadaan Kulit
 - ✓ Luka, Lokasi : Terdapat bekas cimino
 - ✓ *Insisi Operasi*, Lokasi : Tidak ada
 - ✓ Kondisi : Kering, bersisik, gatal, bercak hitam, pucat
 - ✓ Gatal-Gatal : Ada pada bagian kaki, lengan, punggung
 - ✓ Kelainan Pigmen : Tidak ada
 - ✓ *Dekubitus*, Lokasi : Tidak ada
 - ✓ Kelainan Kulit : Tidak ada

12. Sistem Muskuloskeletal

- a) Kesulitan Dalam Pergerakan : Sesak saat beraktivitas
- b) Sakit Tulang, Sendi, Kulit : Tidak ada
- c) Keadaan Tonus : Baik
- d) Kekuatan Otot : Baik

4444	4444
4444	4444

Keterangan :

- Skala 5 : Mampu menggerakkan sendi dalam lingkup gerak penuh, mampu melawan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahanan penuh.
- Skala 4 : Mampu menggerakkan persendian dengan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahanan sedang
- Skala 3 : Hanya mampu melawan gaya gravitasi
- Skala 2 : Tidak mampu melawan gaya gravitasi (gerak pasif).
- Skala 1 : Kontraksi otot dapat di palpasi tanpa gerakkan persendian.
- Skala 0 : tidak ada.

13. Ekstremitas

- a) Atas : Tidak ada kelainan, terpasang infus line pada tangan kanan
- b) Bawah : Tidak ada kelainan

14. Data Penunjang : Hasil Pemeriksaan Laboratorium, tanggal 17 Mei 2023

4.2 Tabel Hasil Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal	
			Pria	Wanita
HEMATOLOGI				
Hemoglobin	7,2	g/dL	13,2 – 17,3	11,7 – 15,5
Leukosit	2,700	uL	3,800 – 10,600	3,600 -11,000
Eritrosit	2,,44	Juta/uL	4,4 -5,9	3,8 -5,2
Trombosit	73,000	uL	150,000 – 440,000	

Diff Count :			
Basofil	0	%	0 – 1
Eosinofil	10	%	1 – 4
Neutrofil Batang	0	%	2 – 6
Neutrofil Segmen	42	%	50 – 70
Limfosit	39	%	20 – 40
Monosit	9	%	2 – 8
Hematokrit	21	%	40 – 52 35 – 47
MCV	87	fL	80 – 100
MCH	30	pg	26 – 34
MCHC	34	g/dL	32 – 36

15. Penatalaksanaan (pemberian terapi obat)

4.3 Tabel Terapi Obat

Hari / tanggal	Nama obat	Dosis obat
17 Me 2023	NaCl Mecobalamin 500 mg / 24 jam Nebulizer Resvipent / 24 jam	20 gtt/menit 1 x 1 1 x 1
18 Mei 2023	NaCl Mecobalamin 500 mg / 12 jam Nebulizer Resvipent / 8 jam	10 gtt/menit 2 x 1 3x 1
19 Mei 2023	NaCl Mecobalamin 500 mg / 12 jam	10 gtt/menit 2 x 1

4.2 Analisa Data

Nama : Tn. E

No. MR : 205143

Umur : 29 Tahun

Dx medis : CKD

Ruangan : Melati

4.4 Tabel Analisa Data

No	Analisa Data	Etiologi	Problem
1	DS : - Keluarga mengatakan klien sesak nafas - Keluarga mengatakan klien batuk sudah 2 hari DO : - Klien tampak sesak - Klien tampak meggunakan oksigen 4 l/m - RR : 26 ^x/m - Terdengar suara mengi - Adanya sputum	Allergen ↓ Antigen yang terikat IGE pada permukaan sel mast atau basofil ↓ Pemiabilitas kapiler meningkat ↓ Edema mukosa, sekresi produktif, kontriksi otot meningkat ↓ Spasme otot polos sekresi kelenjar bronkus meningkat ↓ Penyempitan / obstruksi proksimal dari bronkus pada tahap ekspirasi dan inspirasi ↓ Sputum berlebih, batuk, Mengi	Bersihkan Jalan Nafas Tidak Efektif (D. 0001)
2	DS : - Keluarga mengatakan klien merasa lelah dan lemah setelah beraktivitas - Klien mengeluh sesak jika sudah bergerak DO : - TD : 129 / 117 mmHg - Hb : 7,2 g/dL - Klien berbaring ditempat tidur	Hipertensi ↓ Tekanan pembuluh darah perifer meningkat ↓ Resistensi ejeksi darah dari ventrikel ↓ Resti curah jantung	Intoleransi Aktivitas (D. 0056)

		menurun ↓ Sirkulasi sistemik menurun ↓ Ketidakseimbangan suplai O₂ & kebutuhan jaringan ↓ Metabolisme menurun ↓ Energi menurun ↓ Kelemahan umum	
3	DS : • Keluarga mengatakan klien baru post HD 1 hari sebelumnya • Keluarga mengatakan klien merasakan gatal pada kulitnya DO : • Kulit terlihat kering di bagian kaki, tangan • Kulit tampak kering bersisik • Tampak seperti bercak hitam diseluruh tubuh • Kulit menjadi lebih gelap	<i>Chronic Kidney Disease</i> ↓ Peningkatan kadar kreatinin dan BUN ureum ↓ Azotemia ↓ Sindrom uremia ↓ Efek pada kulit ↓ Pruritus	Gangguan Integritas Kulit (D. 0129)

4.3 Diagnosa Keperawatan

Nama : *Tn. E*

No. MR : 205143

Umur : *29 Tahun*

Dx medis : *CKD*

Ruangan : *Melati*

4.5 Tabel Diagnosa

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi
1	Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan benda asing dalam jalan nafas (D. 0001)	17 Mei 2023	19 Mei 2023
2	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D. 0056)	17 Mei 2023	19 Mei 2023
3	Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan / melindungi integritas kulit (D. 0129)	17 Mei 2023	19 Mei 2023

4.4 Rencana Keperawatan

Nama : Tn. E

No. MR : 205143

Umur : 29 Tahun

Dx medis : CKD

Ruangan : Melati

4.6 Tabel Intervensi Keperawatan

Hari/ Tanggal	No. DX	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi																																				
Rabu, 17 Mei 2023	1	Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam di harapkan Bersihan Jalan Nafas meningkat dengan kriteria hasil : (L. 01001)	A. Intervensi Utama : Manajemen Jalan Nafas (I. 01011) Observasi : 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik : 4. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan headtilt dan chin-lift (jawthrust jika curiga trauma servical) 5. Posisikan semi-fowler atau fowler 6. Berikan minum hangat 7. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 8. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 9. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 10. Keluarkan sumbatan benda pada dengan forseps McGill 11. Berikan oksigen, jika perlu Edukasi : 12. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi 13. Ajarkan tehnik batuk efektif Kolaborasi :																																				
		<table><tr><th>Kriteria</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr><tr><td>1. Batuk</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td></tr><tr><td>2. Produksi sputum</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td></tr><tr><td>3. Mengi</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td></tr><tr><td>4. Pola nafas</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td></tr><tr><td>5. Sesak</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td></tr></table>		Kriteria	1	2	3	4	5	1. Batuk					✓	2. Produksi sputum					✓	3. Mengi					✓	4. Pola nafas					✓	5. Sesak					✓
		Kriteria		1	2	3	4	5																															
		1. Batuk						✓																															
		2. Produksi sputum						✓																															
		3. Mengi						✓																															
		4. Pola nafas						✓																															
5. Sesak					✓																																		

			14. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu B. Intervensi Pendukung : Pemantauan Respirasi (I.01014) Observasi : 15. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 16. Monitor pola napas 17. Monitor kemampuan batuk efektif 18. Monitor adanya produksi sputum 19. Monitor adanya sumbatan jalan napas 20. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 21. Auskultasi bunyi napas 22. Monitor saturasi oksigen 23. Monitor AGD 24. Monitor x-ray thoraks Terapeutik : 25. Atur internal pemantau respirasi sesuai kondisi pasien 26. Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi : 27. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 28. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu																								
Rabu, 17 Mei 2023	2	Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam di harapkan Toleransi Aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : (L. 05047) <table><tr><th>Kriteria</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr><tr><td>1. Keluhan lelah</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td></tr><tr><td>2. Dispnea setelah aktivitas</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td></tr><tr><td>3. TD</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td></tr></table>	Kriteria	1	2	3	4	5	1. Keluhan lelah					✓	2. Dispnea setelah aktivitas					✓	3. TD					✓	A. Intervensi Utama : Manajemen Energi (I. 05178) Observasi : 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik : 5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 6. Lakukan latihan rentang gerak
Kriteria	1	2	3	4	5																						
1. Keluhan lelah					✓																						
2. Dispnea setelah aktivitas					✓																						
3. TD					✓																						

			pasif dan/atau aktif 7. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 8. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi : 9. Anjurkan tirah baring 10. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 11. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 12. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi : 13. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan B. Intervensi Pendukung : Terapi Aktivitas (I. 01026) Observasi : 14. Identifikasi defisit tingkat aktivitas 15. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu 16. Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan 17. Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas 18. Identifikasi makna aktivitas rutin (mis: bekerja) dan waktu luang 19. Monitor respons emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas Terapeutik : 20. Fasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami 21. Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas 22. Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis, dan social
--	--	--	---

		23. Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia 24. Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih 25. Fasilitasi transportasi untuk menghadiri aktivitas, jika sesuai 26. Fasilitasi pasien dan keluarga dalam menyesuaikan lingkungan untuk mengakomodasi aktivitas yang dipilih 27. Fasilitasi aktivitas rutin, sesuai kebutuhan 28. Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energi, atau gerak 29. Fasilitasi aktivitas motorik kasar untuk pasien hiperaktif 30. Tingkatkan aktivitas fisik untuk memelihara berat badan, jika sesuai 31. Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot 32. Fasilitasi aktivitas dengan komponen memori implisit dan emosional 33. Libatkan dalam permainan kelompok yang tidak kompetitif, terstruktur, dan aktif 34. Tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi dan diversifikasi untuk menurunkan kecemasan 35. Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu 36. Fasilitasi mengembangkan motivasi dan penguatan diri 37. Fasilitasi pasien dan keluarga memantau kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan 38. Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari 39. Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas Edukasi : 40. Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu 41. Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih 42. Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif
--	--	--

			dalam menjaga fungsi dan Kesehatan 43 Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai 44 Anjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas Kolaborasi : 45. Kolaborasi dengan terapis okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, jika sesuai 46. Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas, jika perlu																		
Rabu, 17 Mei 2023	3	Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam diharapkan Integritas Kulit meningkat dengan kriteria hasil : (L. 14125) <table><tr><th>Kriteria</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr><tr><td>1. Hidrasi</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td></tr><tr><td>2. Kerusakan lapisan kulit</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td></tr></table>	Kriteria	1	2	3	4	5	1. Hidrasi					✓	2. Kerusakan lapisan kulit					✓	A. Intervensi Utama : Perawatan Integritas Kulit (I. 11353) Observasi : 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas) Terapeutik 2. Ubah posisi setiap 2 jam sekali 3. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 4. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 5. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 6. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive 7. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi : 8. Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum) 9. Anjurkan minum air yang cukup 10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur
Kriteria	1	2	3	4	5																
1. Hidrasi					✓																
2. Kerusakan lapisan kulit					✓																

			12. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim 13. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah 14. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya B. Intervensi Pendukung : Perawatan Luka (I. 14564) Observasi : 15. Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) 16. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik : 17. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 18. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu 19. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 20. Bersihkan jaringan nekrotik 21. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 22. Pasang balutan sesuai jenis luka 23. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka 24. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 25. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 26. Berikan diet dengan kalori 30 – 35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25 – 1,5 g/kgBB/hari 27. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis: vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi 28. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transcutaneous), jika perlu Edukasi : 29. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 30. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 31. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri
--	--	--	---

			Kolaborasi : 32. Kolaborasi prosedur debridement (mis: enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu 33. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
--	--	--	--

4.5 Implementasi

Nama : Ny. R

No. MR : 205143

Umur : 29 Tahun

Dx medis : CKD

Ruangan : Melati

4.7 Tabel Implementasi

Tanggal	No. DP	Jam	Implementasi	Paraf
17 Mei 2023	1	14.10	A. Memonitor pola nafas, frekuensi, irama nafas R : RR : 26 $\times$ /m, Spo2 : 92 %, nafas Cepat	
			B. Memberikan posisi yang nyaman R : memposisikan semi fowler 45 ⁰	
			C. Memberikan oksigen R : diberikan oksigen 4 l/m nasal canul	
			D. Memonitor bunyi nafas R : terdengar suara mengi	
17 Mei 2023	1	14.15	E. Memonitor sputum R : produksi sputum ada	
			F. Tindakan kolaborasi memberikan nebulizer R : diberikan nebu resvipent selama	
17 Mei 2023	2	14.30	1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan R : klien mengalami sesak jika banyak beraktivitas, TD : 129/117 mmHg	
			2. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas R : dada terasa sesak jika banyak	

			Aktivitas 3. Berkolaborasi memberikan obat injeksi R : injeksi Mecobalamin 500 mg iv sebagai vitamin B12 4. Memberikan distraksi yang menenangkan R : mengajarkan klien untuk berfikir positif 5. Mengajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan R : mengedukasi keluarga untuk berperan dalam proses penyembuhan
	3	14.35	1. Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit R : klien rutin menjalani HD dan setelahnya merasakan gatal 2. Mengidentifikasi pruritus R : klien mengatakan sesekali merasa gatal pada bagian tangan dan kaki 3. Menjelaskan dampak dari tindakan terapi R : menjelaskan prurits adalah dampak dari tindakan HD 4. Memberikan edukasi untuk mengurangi gatal dengan mengoleskan pelembab R : mengajarkan mengoleskan minyak zaitun pada kulit yang gatal
18 Mei 2023	1	11.30	1. Memonitor pola nafas R : dispnea pernafasan 2. Memonitor saturasi oksigen R : Spo2 : 93 % 3. Memonitor frekuensi pernafasan R : 25 ^x /m

		11.45	4. Memonitor batuk dan sputum R : klien masih batuk dan masih ada sputum 5. Memberikan tindakan kolaborasi nebulizer R : nebulizer resvipent selama 10 menit 6. Mengajarkan teknik batuk efektif R : klien mengerti 7. Mempertahankan posisi R : memberikna posisi semi fowler untuk mengurangi sesak 8. Memberikan oksigen R : diberikan oksigen 3 l/m nasal canul	
	2	12.00	1. Tindakan kolaborasi memberikan obat injeksi R : mecobalamin 500 mg 1v 2. Memonitor kelelahan R : klien mengatakan masih mengeluh lelah , TD : 124 / 105 mmHg 3. Menyediakan lingkungan nyaman R : membatasi pengunjung 4. Memfasilitasi duduk istirahat ditempat tidur R : menaikkan pegangan tempat tidur 5. Memonitor pola tidur R : klien mengatakan tadi malam tidur dari jam 23-03.00 6. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap R : klien mengerti untuk beraktivitas secara bertahap di tempat tidur	
	3	12.10	1. Mengidentifikasi penggunaan	

			pelembab R : klien mengatakan kemarin hanya sekali menggunakan minyak zaitun untuk mengurangi gatalnya 2. Mengidentifikasi pruritus yang dirasa R : klien mengatakan hari ini gatalnya tidak seperti kemarin 3. Menganjurkan kembali menggunakan pelembab minyak zaitun untuk mengurangi rasa gatal dan kulit keringnya R : klien mengerti 4. Menganjurkan meningkatkan asupan buah maupun sayur R : mengkonsumsi buah seperti pepaya atau semangka	
19 Mei 2023	1	09.00	1. Memonitor pola nafas R : RR : 24 ^x/m, Spo2 : 97% 2. Memonitor batuk R : klien mengatakan batuk sudah berkurang	
	2	09.10	1. Memonitor kelelahan pasien R : klien mengatakan rasa lelahnya tidak seperti kemarin dan rasa sesak sudah berkurang 2. Memonitor pola tidur R : tidur siang 2 jam, tidur malam 5 jam 3. Melibatkan keluarga dalam aktivitas R : klien beraktivitas dibantu keluarga 4. Memberikan penguatan positif atas partisipasi aktivitas R : memberi pujian positif agar klien dapat terus beraktivitas dengan bertahap	
	3	09.57	1. Mengedukasi kembali dan	

			menerapkan pada klien untuk menggunakan pelembab minyak zaitun R : keluarga mengatakan akan menggunakan minyak zaitun setelah HD 2. Mengantarkan pasien keruang hemodialisa R : klien menjalani HD sesuai jadwalnya	
--	--	--	---	--

4.6 Evaluasi

Nama : Tn. E

No. MR : 205143

Umur : 29 Tahun

Dx medis : CKD

Ruangan : Melati

4.8 Tabel Evaluasi

Tanggal	No. DP	Jam	Evaluasi	Paraf																																				
17 Mei 2023	1	19.00	S : Klien mengatakan masih merasakan sesak dan batuk O : • klien tampak menggunakan oksigen 4 l/m nasal canul • RR : 26 ^x/m, Spo2 : 92 % • Batuk ada A : <table><tr><th>Kriteria</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr><tr><td>1. Batuk</td><td></td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2. Produksi sputum</td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3. Mengi</td><td></td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>4. Pola nafas</td><td></td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>5. Sesak</td><td></td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td></tr></table> P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 5, 11, 13, 14	Kriteria	1	2	3	4	5	1. Batuk		✓				2. Produksi sputum	✓					3. Mengi		✓				4. Pola nafas		✓				5. Sesak		✓				
Kriteria	1	2	3	4	5																																			
1. Batuk		✓																																						
2. Produksi sputum	✓																																							
3. Mengi		✓																																						
4. Pola nafas		✓																																						
5. Sesak		✓																																						
	2		S : Klien mengatakan mengeluh lelah, lemas O : • Klien tampak lemas • TD : 129 / 117 mmHg A : <table><tr><th>Kriteria</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr><tr><td>1. Keluhan lelah</td><td></td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2. Dispnea setelah aktivitas</td><td></td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3. TD</td><td></td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Kriteria	1	2	3	4	5	1. Keluhan lelah		✓				2. Dispnea setelah aktivitas		✓				3. TD		✓																
Kriteria	1	2	3	4	5																																			
1. Keluhan lelah		✓																																						
2. Dispnea setelah aktivitas		✓																																						
3. TD		✓																																						

			P : Lanjutkan intervensi 2, 3, 5, 8, 10																																					
	3		S : Klien mengatakan merasakan pruritus pada bagian kaki dan tangan O : • Kulit kering A : <table><tr><th>Kriteria</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr><tr><td>1. Hidrasi</td><td></td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2. Kerusakan integritas kulit</td><td></td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td></tr></table> P : Lanjutkan intervensi 1, 5, 8, 11	Kriteria	1	2	3	4	5	1. Hidrasi		✓				2. Kerusakan integritas kulit		✓																						
Kriteria	1	2	3	4	5																																			
1. Hidrasi		✓																																						
2. Kerusakan integritas kulit		✓																																						
18 Mei 2023	1	13.00	S : Klien mengatakan rasa sesaknya masih terasa O : • Klien tampak batuk • Masih ada sputum • RR : 24 ^x/m, Spo2 : 93 % • Klien menggunakan oksigen 3 l/m A : <table><tr><th>Kriteria</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr><tr><td>1. Batuk</td><td></td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2. Produksi sputum</td><td></td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3. Mengi</td><td></td><td></td><td>✓</td><td></td><td></td></tr><tr><td>4. Pola nafas</td><td></td><td></td><td>✓</td><td></td><td></td></tr><tr><td>5. Sesak</td><td></td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td></tr></table> P : Lanjutkan intervensi 1, 3	Kriteria	1	2	3	4	5	1. Batuk		✓				2. Produksi sputum		✓				3. Mengi			✓			4. Pola nafas			✓			5. Sesak		✓				
Kriteria	1	2	3	4	5																																			
1. Batuk		✓																																						
2. Produksi sputum		✓																																						
3. Mengi			✓																																					
4. Pola nafas			✓																																					
5. Sesak		✓																																						
	2		S : Klien mengatakan rasa lelah masih dirasakan O : • Klien masih terlihat lemah • TD : 124/105 mmHg A : <table><tr><th>Kriteria</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr></table>	Kriteria	1	2	3	4	5																															
Kriteria	1	2	3	4	5																																			

			<table><tr><td>1. Keluhan lelah</td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td><td></td></tr><tr><td>2. Dispnea setelah aktivitas</td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td><td></td></tr><tr><td>1) TD</td><td></td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td></tr></table> P : Lanjutkan Intervensi 2, 3, 35, 39	1. Keluhan lelah				✓		2. Dispnea setelah aktivitas				✓		1) TD		✓																						
1. Keluhan lelah				✓																																				
2. Dispnea setelah aktivitas				✓																																				
1) TD		✓																																						
	3		S : Klien mengatakan rasa gatal dan kulit kering masih ada namun tidak seperti kemarin O : • Kulit kering • Klien tampak tidak merasakan gatal seperti kemarin A : <table><tr><th>Kriteria</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr><tr><td>1. Hidrasi</td><td></td><td></td><td>✓</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2. Kerusakan integritas kulit</td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td><td></td></tr></table> P : Lanjutkan intervensi 8	Kriteria	1	2	3	4	5	1. Hidrasi			✓			2. Kerusakan integritas kulit				✓																				
Kriteria	1	2	3	4	5																																			
1. Hidrasi			✓																																					
2. Kerusakan integritas kulit				✓																																				
19 Mei 2023	1	13.00	S : Klien mengatakan tidak terlalu sesak O : • Oksigen tidak terpasang lagi • RR : 23 ^x/m , Spo2 : 97 % • Batuk sudah berkurang A : <table><tr><th>Kriteria</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr><tr><td>1. Batuk</td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td><td></td></tr><tr><td>2. Produksi sputum</td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td><td></td></tr><tr><td>3. Mengi</td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td><td></td></tr><tr><td>4. Pola nafas</td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td><td></td></tr><tr><td>5. Sesak</td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td><td></td></tr></table> P : Dilanjutkan dirumah intervensi 13	Kriteria	1	2	3	4	5	1. Batuk				✓		2. Produksi sputum				✓		3. Mengi				✓		4. Pola nafas				✓		5. Sesak				✓		
Kriteria	1	2	3	4	5																																			
1. Batuk				✓																																				
2. Produksi sputum				✓																																				
3. Mengi				✓																																				
4. Pola nafas				✓																																				
5. Sesak				✓																																				
	2		S :																																					

		Klien mengatakan lelah sudah berkurang O : • Tidak sesak lagi • RR : 23 ^x/m , Spo2 : 97 % A : <table><tr><th>Kriteria</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr><tr><td>1. Keluhan lelah</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td></tr><tr><td>2. Dispnea setelah aktivitas</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td></tr><tr><td>3. TD</td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td><td></td></tr></table> P : Dilanjutkan dirumah intervensi 10	Kriteria	1	2	3	4	5	1. Keluhan lelah					✓	2. Dispnea setelah aktivitas					✓	3. TD				✓		
Kriteria	1	2	3	4	5																						
1. Keluhan lelah					✓																						
2. Dispnea setelah aktivitas					✓																						
3. TD				✓																							
	3	S : Klien mengatakan rasa gatalnya sudah tidak terlalu terasa O : • Klien tampak tidak merasa gatal • Kulit kering sudah berkurang A : <table><tr><th>Kriteria</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr><tr><td>1. Hidrasi</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td></tr><tr><td>2. Kerusakan integritas kulit</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td></tr></table> P : Intervensi dihentikan	Kriteria	1	2	3	4	5	1. Hidrasi					✓	2. Kerusakan integritas kulit					✓							
Kriteria	1	2	3	4	5																						
1. Hidrasi					✓																						
2. Kerusakan integritas kulit					✓																						

Ringkasan keluar (Klien Pulang)

Nama : Tn. E

No. Registrasi : 205143

Hari terakhir dinas di RS : Jumat, 19 Mei 2023

Keadaan pasien pulang : Sudah mulai membaik

Tanda-tanda vital

- TD : 122/105 mmHg
- HR : 75 ^x/m
- RR : 23 ^x/m
- T : 36, 2 ⁰C

Pendidikan Kesehatan :

1. Menganjurkan klien untuk mengoleskan minyak zaitun dikulitnya agar mengurangi pruritus
2. Menganjurkan klien melakukan batuk efektif untuk mengeluarkan sputum
3. Menganjurkan klien melakukan aktivitas secara bertahap untuk mengurangi rasa kelelahan

BAB V

PEMBAHASAN

5.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah proses sistematis dari pengumpulan, verifikasi dan komunikasi tentang data klien. Fase proses keperawatan ini mencakup dua langkah yaitu data dari sumber primer (klien), dan sumber sekunder (keluarga dan tenaga kesehatan) dan analisis data sebagai dasar untuk diagnosa keperawatan. Pengkajian merupakan komponen dasar dalam proses keperawatan, sehingga dengan pengkajian yang tepat akan menentukan langkah berikutnya (Potter & Perry, 2017).

Pada pengkajian klien Tn. E dengan penyakit CKD dilakukan pada tanggal 17 Mei 2023 pada pukul 13.30 WIB, melakukan pengkajian dengan metode wawancara, observasi keadaan klien meliputi identitas klien sampai dengan pemeriksaan fisik head to toe, karena peneliti menganggap lebih sistematis dan akurat. Dari pengkajian tersebut, peneliti tidak menemukan hambatan yang berarti, tidak ada kesulitan dalam berkomunikasi dengan klien beserta keluarga klien yang lainnya hanya saja pada pengkajian klien tampak sulit diajak berkomunikasi karena sesak, serta dalam pengkajian didukung oleh sumber catatan perawatan, catatan medis dan hasil pemeriksaan penunjang, laboratorium sehingga data yang diperlukan peneliti dapat dilakukan untuk melengkapi pengkajian yang didapatkan di keluarga klien.

Secara teori didapatkan tanda dan gejala CKD adalah sesak setelah post HD, keluhan pruritus pada kulit dan terjadi penurunan untuk BAK. Setelah dilakukan pemeriksaan pada Tn. E didapatkan hasil yaitu tingkat kesadaran klien pada saat diperiksa composmentis serta keadaan umum klien mengatakan saat ini klien masih mengeluh sesak nafas karena pasien mengalami anemia dengan nilai kadar HB 7,2 g/dL yang disebabkan berkurangnya sel darah merah akibat turunnya kadar hormon eritropoetin (EPO) yang diproduksi ginjal. (Garini, 2018). Selanjutnya klien mengatakan merasakan pruritus karena pasien dengan ckd stadium akhir untuk mempertahankan hidupnya, membutuhkan hemodialisa dalam kurun waktu yang lama. Salah satu komplikasi terapi hemodialisa adalah pruritus (Perwiraningtyas, 2021). Terapi yang dilakukan klien untuk penyakit CKD yaitu menjalani hemodialisa rutin seminggu 2 kali, dan efek yang dirasa dari tindakan terapi tersebut klien mengalami pruritus (gatal) pada kulitnya. Klien terlihat lelah dan lemah akibat dari sesak yg dirasa dan baru selesai menjalani terapi hemodialisa satu hari sebelumnya. Menurut Jafar (2019), Penatalaksanaan ckd yang dilakukan melalui terapi hemodialisis dengan durasi waktu selama 4-5 jam dapat menyebabkan pasien cenderung mengalami kelelahan. Pemeriksaan tanda-tanda vital pada saat pengkajian TD :129/117 mmHg, S : 36,7 °C, N : 77 x/m, RR : 26 x/m. BAB belum ada dan klien tidak pernah BAK lagi.

Pada saat pengkajian ini peneliti tidak menemukan perbedaan antara teori dan lahan praktik tetapi ada beberapa pemeriksaan penunjang yang tidak

dilakukan seperti kreatinin, BUN, pemeriksaan urin dikarenakan kondisi klien yang sudah lama menjalani terapi hemodialisa.

5.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menggambarkan respon aktual atau potensial klien terhadap masalah kesehatan yang mempunyai lisensi dan kompeten untuk mengatasinya. Diagnosa keperawatan memberikan dasar pemilihan intervensi untuk mencapai hasil yang menjadi tanggung gugat perawat (Potter & Perry, 2017).

Berdasarkan pengkajian dan analisa data yang dilakukan pada kasus pasien Tn. E ditemukan ada 3 diagnosa keperawatan yaitu :

- a) Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan benda asing dalam jalan nafas yang ditandai dengan sesak nafas, batuk, RR : 26 ^x/m, Spo2 : 92 %, adanya sputum, terdengar suara mengi, menggunakan oksigen 4 l/m.
- b) Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan rasa lelah setelah aktivitas, mengeluh sesak, TD : 129/117 mmHg, Hb : 7,2 g/dL.
- c) Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan / melindungi integritas kulit ditandai dengan klien merasa gatal, keadaan kulit kering, bercak bercak hitam diseluruh tubuh, kulit menjadi gelap.

5.3 Rencana Keperawatan

Intervensi adalah rencana keperawatan yang akan penulis rencanakan kepada klien sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan sehingga kebutuhan

pasien dapat terpenuhi (Wilkinson, 2015). Perencanaan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tujuan yang berpusat pada klien dan hasil yang dipekirakan dan diintervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut (Potter & Perry, 2017).

Rencana keperawatan yang terdapat dilaporan pendahuluan tidak semua penulis angkat pada rencana asuhan keperawatan, dikarenakan penulis sesuaikan dengan kondisi klien dan di angkat sesuai dengan apa yang telah ditetapkan oleh Rumah Sakit tersebut dan keterbatasan kami sebagai seorang mahasiswa.

Dari tiga diagnosa keperawatan selanjutnya dibuat rencana keperawatan sebagai tindakan pemecahan masalah keperawatan dimana penulis membuat rencana keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan kemudian menetapkan tujuan dan kriteria hasil, selanjutnya menetapkan tindakan yang tepat.

5.4 Implementasi

Setelah melakukan intervensi keperawatan, tahap selanjutnya adalah mencatat intervensi yang telah dilakukan dan evaluasi respons klien. Hal ini dilakukan karena pencatatan akan lebih akurat bila dilakukan saat intervensi masih segar dalam ingatan. Tulislah apa yang diobservasi dan apa yang dilakukan (Potter & Perry, 2017).

Implementasi keperawatan dilaksanakan selama tiga hari dimulai dari tanggal 17-19 Mei 2023 dimana semua tindakan yang dilaksanakan selalu berorientasi pada rencana yang telah dibuat terdahulu dengan mengantisipasi seluruh tanda-tanda yang timbul sehingga tindakan keperawatan dapat tercapai

pada asuhan keperawatan yang dilaksanakan dengan menerapkan komunikasi terapeutik dengan prinsip etis. Pada kasus ini tidak jauh beda dengan teori-teori yang ada di dalam rencana keperawatan.

- a) Pada intervensi keperawatan diagnosa Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif tidak ada kesenjangan yang signifikan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus. Dan tindakan yang diberikan yaitu memberikan nebulizer untuk membantu pengeluaran sputum. Dimana menurut Firdaus (2016) tentang keluhan klien yang merasakan sesak nafas, hal tersebut dapat disebabkan karena pernafasannya yang kussmaul, kemudian karena adanya cairan yang menumpuk di paru-paru dan dapat disebabkan juga kadar Hemoglobin dalam tubuh kurang dari normal serta eritropoitin yang diproduksi ginjal semakin berkurang yang menyebabkan penurunan kadar Hemoglobin.
- b) Diagnosa Intoleransi Aktivitas tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus dimana kelelahan yang dirasakan klien baru selesai menjalani HD satu hari sebelumnya. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien untuk mengurangi rasa kelelahannya diajarkan teknik relaksasi napas dalam. Menurut Jafar (2019), untuk mengurangi tingkat kelelahan perlu diberi promosi kesehatan tentang penatalaksanaan kelelahan melalui teknik relaksasi napas dalam yang bertujuan untuk memaksimalkan jumlah oksigen yang masuk dan disuplai ke seluruh jaringan sehingga tubuh dapat memproduksi energi dan menurunkan tingkat kelelahan.
- c) Intervensi keperawatan untuk diagnosa Gangguan Integritas Kulit juga tidak ada perbedaan antara teori dan kasus. Tindakan yang diberikan

peneliti adalah dengan mengajarkan klien menggunakan minyak zaitun sebagai pelembab untuk mengurangi rasa pruritus. Dalam jurnal Simonsen, dkk (2017) menyatakan penanganan untuk mengatasi pruritus pada klien dapat menggunakan *GLA-Enchrised cream*, mengoptimalkan dosis dialysis, capsaicin topical, dan emolien. Dan pada saat diterapkan di ruang perawatan menggunakan minyak zaitun selama tiga hari rasa pruritus pada klien berkurang dan kulit kering pada klien mulai membaik.

Hasil yang didapatkan peneliti dari penelitian yang dilakukan tentang tingkat rasa pruritus klien dengan skala NRS (*Numeric Rating Scale*) pada saat pengkajian klien mengatakan tingkat pruritusnya diangka 5. Setelah diberikan tindakan keperawatan mengoleskan minyak zaitun pada kulitnya klien merasa ada perubahan yang dirasakan dan kulitnya tidak terlalu kering. Pada hari kedua klien mengatakan rasa pruritusnya di angka 4 dan pada hari ketiga sudah berkurang diangka 3. Hasil ini sesuai dalam jurnal Muliani, dkk (2021) yang berjudul Pemberian Emolien Minyak Zaitun Dalam Menurunkan Skala Pruritus Pada Pasien Hemodialisa bahwa ada pengaruh pemberian emolien minyak zaitun terhadap skala pruritus pada pasien hemodialisa. Hal ini sejalan dengan teori bahwa minyak zaitun berfungsi untuk mengisi ruang keratin kulit sehingga melembabkan, mencegah kulit gatal, mengobati luka dan infeksi.

Dalam penelitian lain juga menyebutkan minyak zaitun dapat mempengaruhi skala pruritus. Minyak ini mengandung lemak baik paling tinggi dibandingkan jenis minyak lainnya yang mampu melembabkan dan

mengenyalkan kulit dengan kombinasi vitamin A dan E. (Melastuti,dkk., 2016). Dalam jurnal lain juga menyebutkan kandungan asam oleat yang tinggi, yaitu sekitar 80% membuat minyak zaitun berpotensi memiliki fungsi melembabkan dan menghaluskan kulit (Oktavia, 2021).

5.5 Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan. Namun, evaluasi dapat dilakukan pada setiap tahap dari proses perawatan. Evaluasi mengacu pada penilaian, tahapan dan perbaikan. Pada tahap ini, perawat menemukan penyebab mengapa suatu proses keperawatan dapat berhasil atau gagal (Potter & Perry, 2017).

Setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 3 hari, terdapat 1 diagnosa yang belum teratasi sepenuhnya yaitu Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif karena klien masih sesekali batuk Sedangkan 2 diagnosa yang lain dapat teratasi yaitu diagnosa kedua Intoleransi Aktivitas dan ketiga Gangguan Integritas Kulit.

- a) Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan benda asing dalam jalan nafas pada hari Rabu, 17 Mei 2023 (jam 19.00) klien mengatakan masih merasakan sesak, batuk masih ada, produksi sputum ada RR : 26 ^x/m, Spo2 : 92 %, terpasang nasal canul 4 l/m . Hari Kamis, 18 Mei 2023 (jam 13.00) klien mengatakan sesak masih terasa namun sudah berkurang, batuk masih ada RR : 25 ^x/m, Spo2 : 93%, terpasang nasal canul 3 l/m. Hari Jumat 19 Mei 2023 (Jam 13.30) klien mengatakan sesak sudah tidak dirasa, sesekali batuk, tidak terpasang oksigen lagi.

- b) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Pada hari Rabu, 17 Mei 2023 (jam 19.00) klien mengatakan masih merasa sesak, klien nampak lemah dan lelah dari hasil pengkajian yang didapatkan TD : 129/117 mmHg, RR : 26 ^x/m. Pada hari Kamis, 18 Mei 2023 (jam 13.00) pasien mengatakan rasa lelah masih dirasa, sesak masih ada, TD : 124/105 mmHg, masih lemah. Pada hari Jumat, 19 Mei 2023 (13.30) pasien mengatakan sudah merasa nyaman dan sudah tidak sesak lagi, lelah sudah berkurang, pola tidur sudah membaik, intervensi dihentikan.
- c) Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan / melindungi integritas kulit. Pada hari Rabu, 17 Mei 2023 (jam 19.00) klien mengeluh mengalami gatal di kulit, kulit kering, bercak hitam, kulit menjadi lebih gelap. Pada hari Kamis 18 Mei 2023 (jam 13.00) klien mengatakan masih mengeluh gatal dikulit namun sudah berkurang, kulit masih kering. Pada hari Jumat 19 mei 2023 (jam 13.30) klien mengatakn rasa gatal sudah berkurang tidak mengganggu, kulit tidak terlalu kering.

BAB VI

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dari jurnal oleh Muliani R, Dkk (2021), Yang berjudul “Pemberian Emolien Minyak Zaitun Dalam Menurunkan Skala Pruritus Pada Pasien Hemodialisa” sehingga penulis tertarik untuk mengangkat karya tulis ilmiah dengan judul ‘Asuhan Keperawatan Cronic Kidney Disease Dengan Implementasi Pemberian Minyak Zaitun Pada Pasien Gangguan Integritas Kulit Di RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023” secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biopsikososial keperawatan dengan pendekatan edukasi tentang Minyak Zaitun.

6.1.1 Pengkajian

Pada pengkajian yang telah dilakukan difokuskan pada asuhan keperawatan dengan *chronic kidney disease* (CKD). Pengkajian dilakukan pada pasien umur 29 tahun tanggal 17 Mei 2023. Berdasarkan dari hasil pengkajian didapatkan pasien dengan CKD on HD dan asma. Pasien mengeluh sesak nafas, batuk, badan terasa lemas, pasien post HD 1 hari sebelumnya, pasien sudah tidak BAK, terdapat keluhan pada Gangguan Integritas Kulit yaitu keluhan gatal di bagian kaki dan tangan.

6.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang muncul pada pasien ditemukan ada 3 diagnosa yang diangkat yaitu Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif, Intoleransi Aktivitas, dan Gangguan Integritas Kulit.

6.1.3 Rencana Keperawatan

Perencanaan yang digunakan dalam kasus pada pasien dirumuskan berdasarkan prioritas masalah, Intervensi setiap diagnosa dapat sesuai dengan kebutuhan pasien dan memperhatikan kondisi pasien serta kesanggupan keluarga dalam kejasama. Intervensi yang dilakukan oleh peneliti yaitu intervensi yang dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi.

Hasil yang diperoleh dari intervensi yang dilakukan oleh peneliti baik intervensi yang di lakukan secara mandiri maupun kolaborasi seperti identifikasi Gangguan Integritas Kulit serta monitor rasa pruritus dengan memberikan pelembab Minyak Zaitun.

6.1.4 Implementasi

Pelaksanaan tindakan pada kasus ini dilaksanakan sesuai dengan intervensi yang sudah di buat yaitu memberikan minyak zaitun dikullit pruritus pada Gangguan Integritas Kulit.

6.1.5 Evaluasi

Akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang di berikan. Evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada pasien selama 3 hari oleh peneliti dan dibuat dalam bentuk SOAP. Respon pasien dalam pelaksanaan asuhan keperawatan baik, pasien cukup

kooperatif dalam pelaksanaan setiap tindakan keperawatan. Hasil evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada pasien menunjukkan bahwa masalah yang dialami pada pasien sebagian teratasi sesuai dengan rencana yang dibuat.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Klien / Pasien

Diharapkan klien kooperatif dalam menjalani proses asuhan keperawatan yang diberikan, menjalankan pola hidup yang sehat untuk mencegah komplikasi lebih lanjut serta diharapkan penderita CKD bisa meminimalkan rasa pruritus dengan memberikan minyak zaitun pada kulitnya.

6.2.2 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kemampuan, keterampilan dan pengalaman serta menambah wawasan peneliti sendiri dalam melakukan penelitian ilmiah khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien CKD yang mengalami pruritus dengan mengoleskan minyak zaitun.

6.2.3 Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan perawat melakukan kerjasama yang baik antar perawat di rumah sakit serta memperhatikan keselamatan pasien dalam melaksanakan asuhan keperawatan pasien CKD yang mengalami pruritus dengan mengoleskan minyak zaitun.

6.2.4 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan agar selalu menambah wawasan dan memperdalam ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan khususnya dalam pelaksanaan pelayanan asuhan keperawatan pada pasien CKD yang mengalami pruritus dengan mengoleskan minyak zaitun.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggeria, E. & Resmita, M. (2015) *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik di Ruang Hemodialisa RS Royal Prima Medan*
- Ariyani, H., Hilmawan, R. G., & Baharudin, L. S. (2020). *Effectiveness of Allium Sativum and Olive Oil in Overcoming Pruritus in Kidney Failure Patient at Hemodialysis Unit of Dr. Soekardjo Hospital, Tasikmalaya City*. 26, 146–148. [https:// doi.org/10.2991/ahsr.k.200523.036](https://doi.org/10.2991/ahsr.k.200523.036)
- Black, J. . dan Hawks, J. . (2014) *Keperawatan Medikal Bedah* (A. Suslia & P.P Lestari. 8 ed. Jakarta: Salemba Medika.
- Brunner and Suddart (2016), *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, edisi 8 volume 2, EGC, Jakarta, 104-115
- Chorininda, D. (2020). *Studi Literatur :Asuhan Keperawatan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik dengan Masalah Keperawatan Kerusakan Integritas Kulit . Repository Muhammadiyah University Of Diponegoro*, 1
- Combs, S. A., & Davison, S. N. (2015, March 1). *Palliative and end-of-life care issues in chronic kidney disease. Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, Vol. 9, pp. 14–19. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000110>
- Daryaswati, P, I. & Widyanata K, A, J. (2021) *Pemberian Stimulus Cutaneus Dan Virgin Coconut Oil (VCO) Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Di RSU Dharma Yadnya Denpasar*
- Dewi. (2015). *Hubungan lamanya hemodialisa dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal di RS PKU Muhammadiyah yogyakarta*.
- Dipiro, J. T. et al. (2020) "*Eleventh Edition Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach*". 11th ed. United State: McGraw Hill.
- Fajriyah, N. N., Andriani, A., Keperawatan, P., & Zaitun, M. (2015). *Efektivitas Minyak Zaitun untuk Pencegahan Kerusakan Kulit pada Pasien The effectiveness of Olive Oil for Skin Damage Prevention in Patients with Leprosy*. Jurnal Ilmiah Kesehatan, VII(1).
- Firdaus, R, B. (2016). *Upaya Penatalaksanaan Pola Nafas Tidak Efektif Pada Pasien Chronic Kidney Disease Di RSUD Soehadi Prijonegoro*

- Garini, Ardiya. (2018). *Kadar Hemoglobin Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa*. Jurnal Kesehatan Vol 13 No 2
- Hidayat, A. A. (2017). *Metodologi Penelitian Keperawatan dan Kesehatan* (A. Suslia & T. Utami, eds.). Penerbit Salemba Medika.
- Ichihashi, M., Yanagi, H., Yoshimoto, S., Ando, H., Kunisada, M., & Nishigori, C. (2018). *Olive oil and skin anti-aging*. 5(2), 86– 94. <https://doi.org/10.24659/gsr.5.2>
- Irwan. (2016). *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. Yogyakarta : Budi Utama
- Jafar, S, R. (2019). *Penurunan Tingkat Kelelahan Pasien Gagal Ginjal yang Menjalani Hemodialisis Melalui Promosi Kesehatan Teknik Relaksasi Nafas Dalam*. Jurnal Keperawatan Terpadu, Vol 1 No 1
- Mettang T, Kremer AE (2016). *Uremic pruritus*. *Kidney International*, 87: 585-591.
- Muliani, R. Muslin, A, R & Abidin, I. 2021. *Pemberian Omelien Minyak Zaitun Dalam Menurunkan Skala Pruritus Pada Pasien Hemodialisis*. Jurnal Keperawatan Aisyiyah, Vol 8 No 1
- Ningrum, N, S. (2022). *Korelasi Lama Hemodialisis Dan Kadar C-Reactive Protein (CRP) Pada Pasien Hemodialisis Rutin*
- Lin, T. K., Zhong, L., & Santiago, J. L. (2018). *Anti-inflammatory and skin barrier repair effects of topical application of some plant oils*. *International Journal of Molecular Sciences*, 19(1). <https://doi.org/10.3390/ijms19010070>
- Lynde, C, John, K. (2016). *Skin Manifestations of Kidney Disease Conditions Range From Benign*. 15(2), 2016.
- Nurarif. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic - Noc*. Medication Publishing.
- Oktavia, A, D. (2021). *Potensi Penggunaan Minyak Zaitun (Olive Oil) Sebagai Pelembab*
- Panahi, Y., Dashti-Khavidaki, S., Farnood, F., Noshad, H., Lotfi, M., & Gharekhani, A. (2016). *Therapeutic effects of omega-3 fatty acids on chronic kidney disease associated pruritus: A literature review*. *Advanced Pharmaceutical Bulletin*, 6(4), 509–514. <https://doi.org/10.15171/apb.2016.064>
- Paweninggalih. (2019). *Asuhan Keperawatan Kelebihan Volume Cairan Pada*

Kasus Gagal Ginjal Kronik Di RSI Sakinah Mojokerto.

Pearce. (2014). *Anatomi Dan Fisiologi untuk Paramedis*. Gramedia Pustaka

Pele, M., & Waluyo, A. (2019). *Use of Olive Oil and Warm Water in Bathing Intervention in Preventing Risk of Skin Integrity Damage in Total Care Patients With Chronic Disease: A Case Study*. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 5(1), 1–6. <https://doi.org/10.17509/jpki.v5i1.13966>

Perwiraningtyas, P. (2021). *Hubungan Lama Terapi Hemodialisa Dengan Pruritus Pasien Gagal Ginjal Kronis Di Rumah Sakit Panti Waluya Malang*. *Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan Vol .9, No. 2, 2021*, hal 197-207

Pongsibidang. (2016). *Risiko Hipertensi, Diabetes, Dan Konsumsi Minuman Herbal Pada Kejadian Gagal Ginjal Kronik Di Rsup Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2015*.

PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan*. DPP PPNI.

PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. DPP PPNI.

PPNI, T. P. S. D. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik (1st ed.)*. DPP PPNI.

Prabowo. (2014). *Asuhan keperawatan system perkemihan*. Hukum Medika

Prandari. (2013). *faktor risiko gagal ginjal kronik di unit Hemodialisis RSUD Wates kulonprogo*. *Majalah farmaseutik*, vol. 11 No. 2.

Priyanti. (2016). *Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diit pasien gagal ginjal kronik di RSUD Pandan Arang Boyolali*.

Putri. (2014). *Gambaran Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau*.

Simatupang. (2019). *Gambaran pengetahuan pasien gagal ginjal kronik tentang Kepatuhan menjalani hemodialisis di ruang hemodialisa RSUP H. Adam malik medan tahun 2019*

.Siti A. (2022) *Gambaran Interaksi Obat Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dalam Proses Hemodialisa*

- Suharyanto. (2014). *Asuhan Keperawatan pada klien dengan Gangguan Sistem Perkemihan*. Trans Info Media.
- Supriyadi. (2016). *Tingkat Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Terapi hemodialisa*.
- Syaifudin. (2015). *Anatomi Fisiologi*. EGC.
- Tao. L. (2013). *Sinopsin Organ Sytem Ginjal*. Karisma

LEMBAR OBSERVASI

Nama : Tn. E
Usia : 29 Tahun
No. RM : 205143
Diagnosa : CKD

Skala pruritus sebelum diberikan Minyak Zaitun

Skor	Keterangan	Hasil
0	Tidak Gatal	
1	Gatal Sangat Ringan	
2	Gatal Tidak Nyaman	
3	Gatal Bisa Ditoleransi	
4	Gatal Mengganggu	
5	Gatal Sangat Mengganggu	✓
6	Gatal Terus Menerus	
7	Gatal Lebih Sering	
8	Sangat Gatal	
9	Gatal Luar Biasa	
10	Gatal Tidak Bisa Bicara	

Skala pruritus setelah diberikan Minyak Zaitun tanggal 17 Mei 2023 (hari pertama)

Skor	Keterangan	Hasil	
0	Tidak Gatal		
1	Gatal Sangat Ringan		
2	Gatal Tidak Nyaman		
3	Gatal Bisa Ditoleransi		
4	Gatal Mengganggu		
5	Gatal Sangat Mengganggu	✓	✓
6	Gatal Terus Menerus		
7	Gatal Lebih Sering		
8	Sangat Gatal		
9	Gatal Luar Biasa		
10	Gatal Tidak Bisa Bicara		

Skala pruritus setelah diberikan Minyak Zaitun tanggal 18 Mei 2023 (hari kedua)

Skor	Keterangan	Hasil	
0	Tidak Gatal		
1	Gatal Sangat Ringan		
2	Gatal Tidak Nyaman		
3	Gatal Bisa Ditoleransi		
4	Gatal Mengganggu		✓
5	Gatal Sangat Mengganggu	✓	
6	Gatal Terus Menerus		
7	Gatal Lebih Sering		
8	Sangat Gatal		
9	Gatal Luar Biasa		
10	Gatal Tidak Bisa Bicara		

Skala pruritus setelah diberikan Minyak Zaitun tanggal 19 Mei 2023 (hari ketiga)

Skor	Keterangan	Hasil	
0	Tidak Gatal		
1	Gatal Sangat Ringan		
2	Gatal Tidak Nyaman		
3	Gatal Bisa Ditoleransi		✓
4	Gatal Mengganggu	✓	
5	Gatal Sangat Mengganggu		
6	Gatal Terus Menerus		
7	Gatal Lebih Sering		
8	Sangat Gatal		
9	Gatal Luar Biasa		
10	Gatal Tidak Bisa Bicara		

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

	Standar Operasional Prosedur (SOP) Pemberian Minyak Zaitun
1) Pengertian	Minyak zaitun diperoleh dari perasan buah <i>Olea europeae</i> yang berfungsi sebagai anti oksidan alami yang membantu melindungi struktur sel.
2) Tujuan	1. Memulihkan kondisi kulit yang rusak 2. Menenangkan dan melembutkan tekstur kulit 3. Memberikan kelembapan dan hidrasi pada kulit 4. Meredakan proses peradangan pada kulit 5. Memberikan perlindungan terhadap radikal bebas yang menyebabkan sel oksidasi
3) Persiapan Pasien	1. Memberikan salam, perkenalkan diri dan identifikasi pasien 2. Jelaskan tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan, berikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan jawab seluruh pertanyaan pasien 3. Siapkan peralatan yang diperlukan 4. Atur posisi pasien senyaman mungkin
4) Persiapan Alat	1. Minyak Zaitun 2. Handscoen
5). Prosedur	Fase Orientasi 1. Memberikan salam dan memperkenalkan diri 2. Menjelaskan tujuan tindakan 3. Menjaga privasi pasien 4. Menjelaskan langkah prosedur

	5. Menanyakan kesiapan pasien 6. Kontrak waktu Fase Kerja 1. Cuci tangan 2. Memakai handscoen 3. Berikan posisi yang nyaman 4. Ambil minyak zaitun secukupnya, kemudian oleskan secara merata pada kulit yang mengalmi pruritus maupun gatal, dan diamkan beberapa saat sampai kulit tidak terlalu basah 5. Merapikan pasien dan alat Fase Terminasi 1. Evaluasi hasil 2. Lakukan rencana tindak lanjut 3. Cuci tangan
--	--

(Sumber : Anisa, 2022)

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Cindy Claredhya Prahesty

NIM : P0 0320120007

Judul Proposal : Asuhan keperawatan Chronic Kidney Disease (CKD)
Dengan Implementasi Pemerian Minak Zaitun Pada Pasien
Gangguan Integritas Kulit Di RSUD Kabupaten Rejang
Lebong

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa proposal ini adalah hasil karya saya dan bukan hasil penjiplakan dari karya orang lain. Demikian pernyataan ini dan apabila kelak dikemudian hari terbukti dalam proposal ini ada unsur penjiplakan, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Curup, 27 Juni 2023

Cindy Claredhya Prahesty

NIM. P0 0320120007

BIODATA

Nama : Cindy Claredhya Prahesty
Tempat dan Tanggal Lahir : Curup, 15 Maret 2003
Agama : Islam
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Desa Teladan
Riwayat Pendidikan : 1. SD N 09 Curup Selatan
2. SMP N 05 Rejang Lebong
3. SMA N 04 Rejang Lebong



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN PROPOSAL

NAMA MAHASISWA : Cindy Claredhya Prahesty
NIM : P00320120007
NAMA PEMBIMBING : Ns. Misniarti, M.Kep
JUDUL : Asuhan Keperawatn Chronic Kidney Disease (CKD) Dengan Implementasi Pemberian Minyak Zaitun Pada Pasien Gangguan Integritas Kulit Di RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF
1	Kamis, 22 Desember 2022	- Konsul Judul - Perbaikan judul ditambah dengan implementasi	
2	Jumat, 23 Desember 2022	- Konsul BAB I - Urutkan daftar data umum, Perbaiki tujuan	
3	Jumat, 6 Januari 2023	- Konsul BAB II - Perbaiki intervensi ditambah kolom tabel - Tambah definisi menurut penulis	

4	Rabu, 5 April 2023	Konsul BAB III - Perbaiki definisi operasional, Tambah definisi CKD dan pruritus Konsul BAB II - Definisi sedikit saja - Konsep askep ditambah pengkajian integument dan pruritus Konsul BAB I - Data terbaru, tambahkan dampak/komplikasi, tindakan medis dan keperawatan - Tambahkan peran perawat	38
5	Selasa, 11 April 2023	- Konsul BAB I - Tambahkan data spesifik kasus yang berhubungan dengan pruritus	38
6	Jumat, 14 April 2023	- ACC UJIAN PROPOSAL	38

Mengetahui

Ketua Prodi Keperawatan Curup



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep, M.Kep

NIP 197112171991021001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Cindy Claredhya Prahesty
NIM : P00320120007
NAMA PEMBIMBING : Ns. Misniarti, M.Kep
JUDUL : Asuhan Keperawatn Chronic Kidney Disease (CKD) Dengan Implementasi Pemberian Minyak Zaitun Pada Pasien Gangguan Integritas Kulit Di RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF
1	Selasa, 13 Juni 2023	- Konsul BAB IV - Lengkapi data pengkajian - Kuatkan diagnosa sesuai judul yang diambil	
2	Rabu, 14 Juni 2023	- Konsul BAB IV - Perbaiki pengkajian, tambahkan data - Revisi BAB V ubah sesuai diagnosa	
3	Selasa, 20 Juni 2023	- Konsul BAB IV - Konsul BAB V - Konsul BAB VI	

4	Rabu, 21 Juni 2023	- Perbaiki pengkajian masih ada yang salah, tulisan diperhatikan - Tambah catatan pulang	37
5	Kamis, 22 Juni 2023	- Perbaiki pembahasan, tambahkan hasil penelitian - Ukuran tulisan diperhatikan	37
6	Senin, 26 Juni 2023	- Tambah pembahasan sesuai teori - ACC UJIAN PROPOSAL	37

Mengetahui

Ketua Prodi Keperawatan Curup



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep, M.Kep

NIP 197112171991021001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN REVISI KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Cindy Claredhya Prahesty
NIM : P00320120007
NAMA PENGUJI : Chandra Buana, SST. MPH
JUDUL : Asuhan Keperawatn Chronic Kidney Disease (CKD) Dengan Implementasi Pemberian Minyak Zaitun Pada Pasien Gangguan Integritas Kulit Di RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF
1	Rabu, 12 Juli 2023	- Perbaiki Revisi Sesuai Saran Saat Ujian KTI	
2	Selasa, 18 Juli 2023	- Acc Revisi KTI	

--	--	--	--

Mengetahui

Ketua Prodi Keperawatan Curup



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep, M.Kep

NIP 197112171991021001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN REVISI KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Cindy Claredhya Prahesty
NIM : P00320120007
NAMA PENGUJI : Ns. Dodi Hernawan, S.Kep
JUDUL : Asuhan Keperawatn Chronic Kidney Disease (CKD) Dengan Implementasi Pemberian Minyak Zaitun Pada Pasien Gangguan Integritas Kulit Di RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF
1	Selasa, 11 Juli 2023	- Perbaiki DO, DS dan tambahkan Riwayat pasien	
2	Rabu, 12 Juli 2023	- Acc Revisi KTI	

--	--	--	--

Mengetahui

Ketua Prodi Keperawatan Curup



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep, M.Kep

NIP 197112171991021001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU

Jalan Indragiri No. 03 Padang Melayu Kota Bengkulu 38225
Telepon: (0736) 341212 Faximile (0736) 21514, 25343
website : poltekkesbengkulu.ac.id, email: poltekkes26bengkulu@gmail.com



09 Januari 2023

Nomor : PP.03.01/06/16.2/1/2023
Lampiran : -
Perihal : Permohonan izin studi pendahuluan

Kepada Yth,
Direktur RSUD
Kab.Rejang Lebong
Di

Tempat

Dengan Hormat

Berkenaan dengan kegiatan penyusunan Karya Tulis Ilmiah bagi mahasiswa Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu, Maka bersama ini mohon bantuan Bapak/Tbu untuk memberikan izin kepada mahasiswa/I kami yang tersebut dibawah ini untuk melakukan pengambilan data yang berkaitan data penyakit 3 tahun terakhir (Nama dan judul terlampir)

Demikian atas perhatian dan kerja samanya kami ucapkan terima kasih.

Ketua Program Studi Keperawatan
Program Diploma Tiga



Ms. Garison Marsinova Bakara, S.Kep, M.Kep
Nip:197112171991021001

Tembusan

- Arsip





PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG
RSUD KABUPATEN REJANG LEBONG

Jalan Jalur Dua Kelurahan Durian depan Kecamatan Mengi Kab. Kepahiang
Kode Pos 39371
e-mail rsudcarup@yahoo.co.id

Nomor 02 RSUD DIKLA1-2022

Kepahiang, 10 Januari 2023

Subj: Biasa

Kepada Yth

Tampanan

Kasi Rekam Medis dan Promkes

Perihal Surat Izin Pengambilan Data

Di

RSUD Kabupaten Rejang Lebong

Menanggapi Surat dan Ketua Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor PP 03.01/006/6.2/I/2023 Tanggal, 09 Januari 2023 Perihal Permohonan Izin Pengambilan Data di Rekam Medis RSUD Kabupaten Rejang Lebong maka dalam hal ini kami Mohon Kepada Sudara Untuk Memberikan Izin Pengambilan Data Tersebut

Demikianlah kami sampaikan atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

An. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah
Kabupaten Rejang Lebong
Kepala Bagian Administrasi





PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG
RSUD KABUPATEN REJANG LEBONG
Jalan Jalur Dua Kelurahan Durian depun Kecamatan Merigi Kab. Kepahiang
Kode Pos 39371
e-mail : rsudcurup@yahoo.co.id

Nomor : 17 /RSUD – DIKLAT/2023 Merigi, 17 Mei 2023
Sifat : Biasa Kepada Yth :
Lampiran : - **Karu Melati**
Perihal : Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir Di

RSUD Kabupaten Rejang Lebong

Sehubungan dengan Surat Dari ketua Program Studi Keperawatan Program Diploma
Tiga Nomor: KH.03.01/151/6.2/2023 Tanggal 17 Mei 2023 , Perihal Izin
Pengambilan Kasus Tugas Akhir Mahasiswa :

Nama : **CINDY CLAREDHYA PRAHESTY**
Jurusan : P00320120007
Waktu : 17 s.d 23 Mei 2023
Judul : *Asuhan Keperawatan Chronic Kidney Disease (CKD)
Dengan Implementasi Pemberian Minyak Zaitun Pada
Pasien Gangguan Integritas Kulit di ruangan Melati
RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023.*

Maka kami sangat mengharapkan bantuan dari Saudara untuk membantu yang
bersangkutan selama melaksanakan Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir dan
memberikan informasi, Atas perhatian dan kerja samanya diucapkan terima kasih.

Direktur
RSUD Kabupaten Rejang Lebong


dr. RHEYCO VICTORIA, Sp.An
NIP. 19800911 200804 1 001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU

Jalan Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225
Telepon: (0736) 341212 Faximile (0736) 21514, 25343
website : poltekkesbengkulu.ac.id, email: poltekkes26bengkulu@gmail.com



17 Mei 2023

Nomor : KH.03.01/ 157 /6.2/2023
Lampiran : -
Perihal : Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir

Kepada Yth

Direktur RSUD
Kabupaten Rejang Lebong

Di
Tempat

Dengan Hormat

Sehubungan dengan penyelesaian Karya Tulis Ilmiah dalam bentuk Laporan Kasus bagi mahasiswa Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga Curup Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu, maka bersama ini kami mohon ketersediaan Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada mahasiswa/i kami tersebut dibawah ini untuk melakukan Asuhan Keperawatan yang berkaitan dengan judul: *Asuhan Keperawatan Chronic Kidney Disease (CKD) dengan Implementasi Pemberian Minyak Zaitun pada Pasien Gangguan Integritas Kulit di RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023*

Adapun nama mahasiswa yang akan melakukan kegiatan tersebut adalah:

Nama : Cindy Claredhya Prahesty

Nim : P00320120007

Demikianlah atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.



Ketua Program Studi Keperawatan
Program Diploma Tiga

Ns.Derison Marsinova B.S.Kep,M.Kep
Nip.197112171991021001

Tembusan :

- Arsip

D3 Kep_Cindy Claredhya

by Cindy Claredhya

Submission date: 24-Jul-2023 02:29PM (UTC+0700)

Submission ID: 2135966636

File name: D3_Kep_Cindy_Claredhya.docx (18.35K)

Word count: 1538

Character count: 9667

BAB V

PEMBAHASAN

5.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dalam pendokumentasian asuhan keperawatan, dimana pada proses pengkajian data keluhan pada klien akan menjadi acuan untuk langkah selanjutnya. Pengkajian pada pasien Tn. E dengan penyakit CKD dilakukan pada tanggal 17 Mei 2023 dalam pengumpulan data dengan menggunakan metode wawancara dengan klien dan keluarga serta mengobservasi keadaan klien meliputi pemeriksaan per sistem. Serta didukung pula dengan catatan medis dan hasil pemeriksaan penunjang sehingga didapatkan data yang diperlukan.

Berdasarkan pengkajian yang ditemukan pada Tn. E sesuai dengan konsep teori, keluhan utama dan riwayat penyakit terdahulu pada Tn. E yaitu sesak nafas dengan RR : 26 x/m dan sudah menjalani terapi hemodialisa selama 9 tahun. Adapun pada eliminasi klien sudah tidak pernah BAK lagi. Selain itu dikarenakan klien menjalani terapi hemodialisa, pada kulit klien mengalami gangguan integritas kulit dimana klien merasakan pruritus di daerah tangan, kaki serta punggung. Klien juga memiliki riwayat hipertensi sudah lama. Pada saat dilakukan pengkajian didapatkan klien terlihat lemah yang dirasakan klien setelah banyak beraktifitas dan satu hari sebelumnya klien baru saja menjalani terapi hd. Dari hasil pemeriksaan penunjang didapatkan kadar HB klien 7,2 g/dL. Dari data tersebut didapatkan adanya kesamaan antara teori dengan keluhan data yang ditemukan dari Tn. E.

Menurut Garini (2018) penyebab klien mengalami sesak nafas pada penyakit CKD karena pasien mengalami anemia dengan nilai kadar HB 7,2 g/dL yang disebabkan berkurangnya sel darah merah akibat turunnya kadar hormon eritropoetin (EPO) yang diproduksi ginjal, sehingga biasanya pada pasien saat menjalani terapi hemodialisa dilakukan pula tranfusi darah untuk meningkatkan sel darah merah.

Keluhan lelah yang dirasakan klien sesuai dengan teori dari Jafar (2019), Penatalaksanaan ckd yang dilakukan melalui terapi hemodialisis dengan durasi waktu selama 4-5 jam dapat menyebabkan pasien cenderung mengalami kelelahan.

Adapun keluhan yang dirasakan klien tentang masalah pruritus menurut jurnal Perwiraningtyas (2021) karena pasien dengan ckd stadium akhir untuk mempertahankan hidupnya, membutuhkan hemodialisa dalam kurun waktu yang lama dan salah satu komplikasi terapi hemodialisa adalah pruritus. Terapi yang dilakukan klien untuk penyakit CKD yaitu menjalani hemodialisa rutin seminggu 2 kali, dan efek yang dirasa dari tindakan terapi tersebut klien mengalami pruritus (gatal) pada kulitnya.

Hasil dari pengkajian yang berupa data-data subjektif dan data objektif dikumpulkan kemudian dianalisa sehingga didapatkan masalah-masalah klien untuk selanjutnya menjadi diagnosa keperawatan. Hasil pengkajian perawat merumuskan bahwa tanda klinis dari data subjektif dan data objektif sesuai dengan teori dan tidak ditemukan perbedaan pada saat perawat melakukan pengkajian.

Secara teori adanya pemeriksaan laboratorium kimia darah, hematologi, ultrasonography ginjal. Pemeriksaan hematologi yang didapat kadar HB klien turun jauh dibawah nilai normal. Pada saat pengkajian tidak dilakukan pemeriksaan kimia darah seperti ureum dan kreatinin dikarenakan pada pasien telah didiagnosa CKD yang memiliki kadar ureum dan kreatinin yang jauh diangka normal sehingga dianjurkan untuk terus melakukan terapi hd.

5.2 Diagnosa Keperawatan

Setelah pengumpulan data dan peneliti menganalisa dan mengidentifikasi data tersebut adapun prioritas masalah pada pasien CKD. Berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), diagnosa yang dapat diangkat pada TN. E sebagai berikut :

- a. ³ Bersihan jalan tidak efektif berhubungan dengan benda asing dalam jalan nafas, diagnosa ini diangkat pada saat pengkajian Tn. E mengatakan sesak saat bernafas, batuk, klien menggunakan oksigen nasal canul 4 l/m dengan RR : 26 ^x/m, adanya sputum pada jalan nafas.
- b. ⁸ Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Peneliti mengangkat diagnosa ini karena pada saat pengkajian Tn. E mengatakan adanya rasa lelah setelah beraktifitas yang dipengaruhi juga rasa sesak klien jika banyak bergerak, TD : 129/117 mmHg, Hb : 7,2 g/dL.
- c. ⁴ Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas kulit. Diagnosa ini

diangkat pada saat pengkajian Tn. E yang mengeluh pruritus pada kulitnya, adanya bercak hitam diseluruh tubuh serta kulit terlihat kering.

Ada beberapa diagnosa diteori yang tidak diangkat oleh peneliti karena ¹³ pada saat pengkajian tidak didapatkan data yang mendukung untuk ditegakkan.

¹ 5.3 Rencana Keperawatan

Setelah melakukan pengkajian dan menegakkan diagnosa, langkah selanjutnya adalah melakukan perencanaan tindakan yang merupakan langkah yang sangat menentukan akan tercapainya suatu keberhasilan didalam asuhan keperawatan yang dilakukan. Rencana keperawatan dibuat sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

Rencana keperawatan yang dibentuk berdasarkan diagnosa yang didapat pada saat pengkajian yang dilakukan kepada klien, karena ada tiga diagnosa yang didapat maka intervensi harus sesuai dengan diagnosa sehingga dapat diimplementasikan dengan baik.

¹ 5.4 Implementasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan merupakan perwujudan dari perencanaan keperawatan yang telah disusun. Tindakan keperawatan ¹ dalam pelaksanaan yang telah direncanakan ada yang dapat dilakukan mandiri oleh peneliti dan ada juga yang dilakukan secara kolaborasi dengan tim medis yang lain seperti perawat serta melibatkan keluarga klien dalam memberikan perawatan.

- a. Pada intervensi keperawatan Bersihan jalan nafas tidak efektif tidak ada kesenjangan yang signifikan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus. Dan tindakan yang diberikan yaitu memberikan terapi nebulizer untuk membantu pengeluaran sputum. Dimana menurut Firdaus (2016) tentang keluhan klien yang merasakan sesak nafas, hal tersebut dapat disebabkan karena pernafasannya yang kusmaul, kemudian karena adanya cairan yang menumpuk diparu-paru dan disebabkan juga kadar Hemoglobin dalam tubuh kurang dari nilai normal serta eritropoitin yang diproduksi ginjal semakin berkurang yang menyebabkan penurunan kadar Hemoglobin.
- b. Diagnosa Intoleransi aktivitas tidak ada kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus, dimana kelelahan yang dirasakan klien baru selesai menjalani HD satu hari sebelumnya. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien untuk mengurangi rasa kelelahannya dianjurkan teknik relaksasi napas dalam. Menurut Jafar (2019), untuk mengurangi tingkat kelelahan perlu diberi promosi kesehatan tentang penatalaksanaan kelelahan melalui teknik relaksasi napas dalam yang bertujuan untuk memaksimalkan jumlah oksigen yang masuk dan disuplai ke seluruh jaringan sehingga tubuh dapat memproduksi energy dan menuurunkan tingkat kelelahan.
- c. Intervensi keperawatan untuk diagnosa Gangguan integritas kulit tidak ada perbedaan yang jauh antara teori dan kasus. Tindakan yang diberikan peneliti adalah dengan mengajarkan klien menggunakan minyak zaitun sebagai pelembab untuk mengurangi rasa pruritus. Dalam jurnal Simonsen (2017) menyatakan penanganan untuk mengatasi pruritus pada klien dapat

menggunakan *Gla-Enchrised Cream*, mengoptimalkan dosis dialysis, capsaicin topical, dan emolien. Dan pada saat diterapkan di ruang perawatan menggunakan minyak zaitun selama tiga hari rasa pruritus pada klien berkurang dan kulit kering pada klien mulai membaik.

Hasil yang didapatkan peneliti dari penelitian yang dilakukan tentang tingkat rasa pruritus klien dengan skala NRS (*Numeric Rating Scale*) pada saat pengkajian klien mengatakan tingkat pruritusnya diangka 5. Setelah diberikan tindakan keperawatan mengoleskan minyak zaitun pada kulitnya klien merasa ada perubahan yang dirasakan dan kulitnya tidak terlalu kering. Pada hari kedua klien mengatakan rasa pruritusnya diangka 4 dan pada hari ketiga sudah berkurang diangka 3. Hasil ini sesuai dalam jurnal Muliani, dkk (2021) yang berjudul ¹⁰ Pemberian emolien minyak zaitun dalam menurunkan skala pruritus pada pasien hemodialisa bahwa adanya pengaruh saat setelah ⁵ pemberian emolien minyak zaitun terhadap skala pruritus pada pasien hemodialisa. Hal ini sejalan dengan teori bahwa minyak zaitun berfungsi untuk ⁵ mengisi ruang keratin kulit yang kosong sehingga dapat melembabkan, mencegah kulit dari gatal, mengobati luka dan infeksi.

Dalam penelitian lain juga menyebutkan minyak zaitun dapat mempengaruhi skala pruritus. Minyak ini mengandung lemak baik paling tinggi dibandingkan jenis minyak lainnya yang mampu melembabkan kulit ¹¹ dan mengenyalkan kulit dengan kombinasi vitamin A dan E (Melastuti, dkk, 2016). Dalam jurnal lain juga menyebutkan ⁷ kandungan asam oleat yang tinggi di

minyak zaitun, yaitu sekitar 80% membuat minyak zaitun berpotensi memiliki fungsi untuk melembabkan dan menghaluskan kulit (Oktavia, 2021).

5.5 Evaluasi

Evaluasi adalah tahap terakhir dalam proses keperawatan yang digunakan sebagai acuan untuk mengukur tingkat keberhasilan rencana keperawatan dalam memenuhi kebutuhan klien berdasarkan kriteria hasil yang ditentukan. Evaluasi keperawatan terbagi menjadi dua yaitu evaluasi formatif dan sumatif. Evaluasi yang dilaksanakan peneliti telah sesuai dengan teori yaitu terdapat evaluasi dari seluruh tindakan dalam satu diagnosa yang penulis susun dalam bentuk SOAP (Subjektif, Objektif, Analisa, Planning).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada Tn. E adapun evaluasi yang didapat sebagai berikut :

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan benda asing dalam jalan nafas pada evaluasi terakhir ditemukan tanggal 17 Mei 2023 Jam 19.00 WIB klien mengatakan masih merasakan sesak, batuk masih ada, produksi sputum ada, RR : 26 x/m, Spo2 : 92 %, terpasang nasal canul 4 l/m . Hari Kamis, 18 Mei 2023 (jam 13.00) klien mengatakan sesak masih terasa namun sudah berkurang, batuk masih ada RR : 25 x/m, Spo2 : 93%, terpasang nasal canul 3 l/m. Hari Jumat 19 Mei 2023 (Jam 13.30) klien mengatakan sesak sudah tidak dirasa, sesekali batuk, tidak terpasang oksigen lagi.
- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen pada evaluasi didapatkan pada hari Rabu, 17 Mei

2023 (jam 19.00) klien mengatakan masih merasa sesak, klien nampak lemah dan lelah dari hasil pengkajian yang didapatkan TD : 129/117 mmHg, RR : 26 ^x/m. Pada hari Kamis, 18 Mei 2023 (jam 13.00) pasien mengatakan rasa lelah masih dirasa, sesak masih ada, TD : 124/105 mmHg, masih lemah. Pada hari Jumat, 19 Mei 2023 (13.30) pasien mengatakan sudah merasa nyaman dan sudah tidak sesak lagi, lelah sudah berkurang, pola tidur sudah membaik, intervensi dihentikan.

- c. ⁴ Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas kulit pada evaluasi didapatkan pada hari Rabu, 17 Mei 2023 (jam 19.00) klien mengeluh mengalami gatal di kulit, kulit kering, bercak hitam, kulit menjadi lebih gelap. Pada hari Kamis 18 Mei 2023 (jam 13.00) klien mengatakan masih mengeluh gatal di kulit namun sudah berkurang, kulit masih kering. Pada hari Jumat 19 mei 2023 (jam 13.30) klien mengatakn rasa gatal sudah berkurang tidak mengganguya, kulit tidak terlalu kering

D3 Kep_Cindy Claredhya

ORIGINALITY REPORT

23%

SIMILARITY INDEX

23%

INTERNET SOURCES

2%

PUBLICATIONS

3%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1

repository.poltekkesbengkulu.ac.id

Internet Source

11%

2

www.researchgate.net

Internet Source

2%

3

repo.stikesperintis.ac.id

Internet Source

2%

4

Submitted to Badan PPSDM Kesehatan
Kementerian Kesehatan

Student Paper

1%

5

garuda.kemdikbud.go.id

Internet Source

1%

6

jurnal.unitri.ac.id

Internet Source

1%

7

jurnal.untan.ac.id

Internet Source

1%

8

eprints.poltekkesjogja.ac.id

Internet Source

1%

9

repository.kertacendekia.ac.id

Internet Source

1%

10

jurnal.umitra.ac.id

Internet Source

1 %

11

cara-atasi.blogspot.com

Internet Source

1 %

12

123dok.com

Internet Source

1 %

13

core.ac.uk

Internet Source

1 %

Exclude quotes On

Exclude matches < 1 %

Exclude bibliography On