

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Definisi

Scabies merupakan penyakit kulit yang disebabkan oleh bakteri *sarcoptes scabiei*. Scabies dapat menyerang pria dan wanita, di semua geografi, usia, ras, kelas sosial dengan kepadatan penduduk, dan sanitasi yang buruk. Scabies adalah penyakit zoonosis yang ditularkan melalui kulit yang disebabkan oleh tungau (*sarcoptes scabiei*) dan dapat menyerang orang-orang diseluruh dunia. Scabies adalah salah satu dari 6 penyakit parasit epidermis kulit yang paling umum ditemukan pada orang yang kurang mampu (Wardhana *et all.*, 2016).

Menurut Sungkar saleha (2016) penyakit scabies dibagi menjadi dua yaitu:

- a. Scabies klasik biasanya hanya terdapat sekitar 11 tungau pada satu penderita biasanya terdapat papul, vesikel, dan pustul. Lesi yang tersebar dipermukaan kulit dibagian sela jari dan tangan, lipatan kulit seperti siku, ketiak, payudara, dan bokong.
- b. Scabies krustosa memiliki ciri hiperkeratosis tebal dan luas, jumlah tungau mencapai ribuan, lesi tersebar di seluruh permukaan kulit (telapak tangan dan kaki, kulit kepala, telinga, siku dan mulut), biasanya tidak ada keluhan gatal sama sekali.

2. Etiologi

Scabies disebabkan oleh tungau berbentuk oval transparan, dengan punggung cembung, perut rata, serta tidak memiliki mata. Kerusakan kulit yang ditimbulkan selain dikarenakan masuknya tungau scabies, bisa juga karena digaruk oleh penderita. Rasa gatal yang diperoleh penderita disebabkan oleh sensitisasi terhadap sekret dan ekstremitas tungau yang terjadi selama sekitar 1 bulan setelah masuk. Terjadilah kelainan kulit yang mirip dengan dermatitis, dengan ditemukannya papula, vesikal, ruam dan sejenisnya. Menggaruk dapat menyebabkan erosi, pengelupasan, krusta, dan infeksi sekunder. Tungau scabies masuk dalam famili arthropoda, kelas arachnida, ordo acarina, super famili sarcoptes. Scabies banyak terjadi di daerah dengan penduduk yang padat dan masyarakat yang kurang memperhatikan kebersihan diri. Scabies bisa menular melalui hubungan dekat seperti keluarga, bersalaman, hubungan intim, dan lainnya (Rini, *et al.*, 2015).

3. Tanda dan Gejala

Menurut Djuanda (2015) ada 4 tanda kardinal terjadinya scabies diantaranya :

- a. Rasa gatal saat malam hari (pruritus nokturna), dikarenakan aktivitas tungau scabies yang lebih tinggi pada suhu yang lembab dan panas.
- b. indikasi dalam satu kelompok orang. Scabies dapat menular pada manusia yang hidup dan tinggal dalam satu atap dan berdekatan, seperti keluarga, desa, panti asuhan, dan pesantren.

- c. tungau ini biasanya membuat terowongan ditempat predileksi seperti: sela jari, pergelangan tangan, siku, lipatan ketiak, bokong, perut bagian bawah, areola mammae perempuan dan genitalia pada laki-laki. Biasanya terowongan memiliki bentuk garis lurus atau belok-belok, dengan panjang sekitar 2 cm, berwarna putih dan abu-abu.
- d. Terdapat tungau *Sarcoptes Scabiei*, bisa ditemukan satu atau lebih stadium hidup.

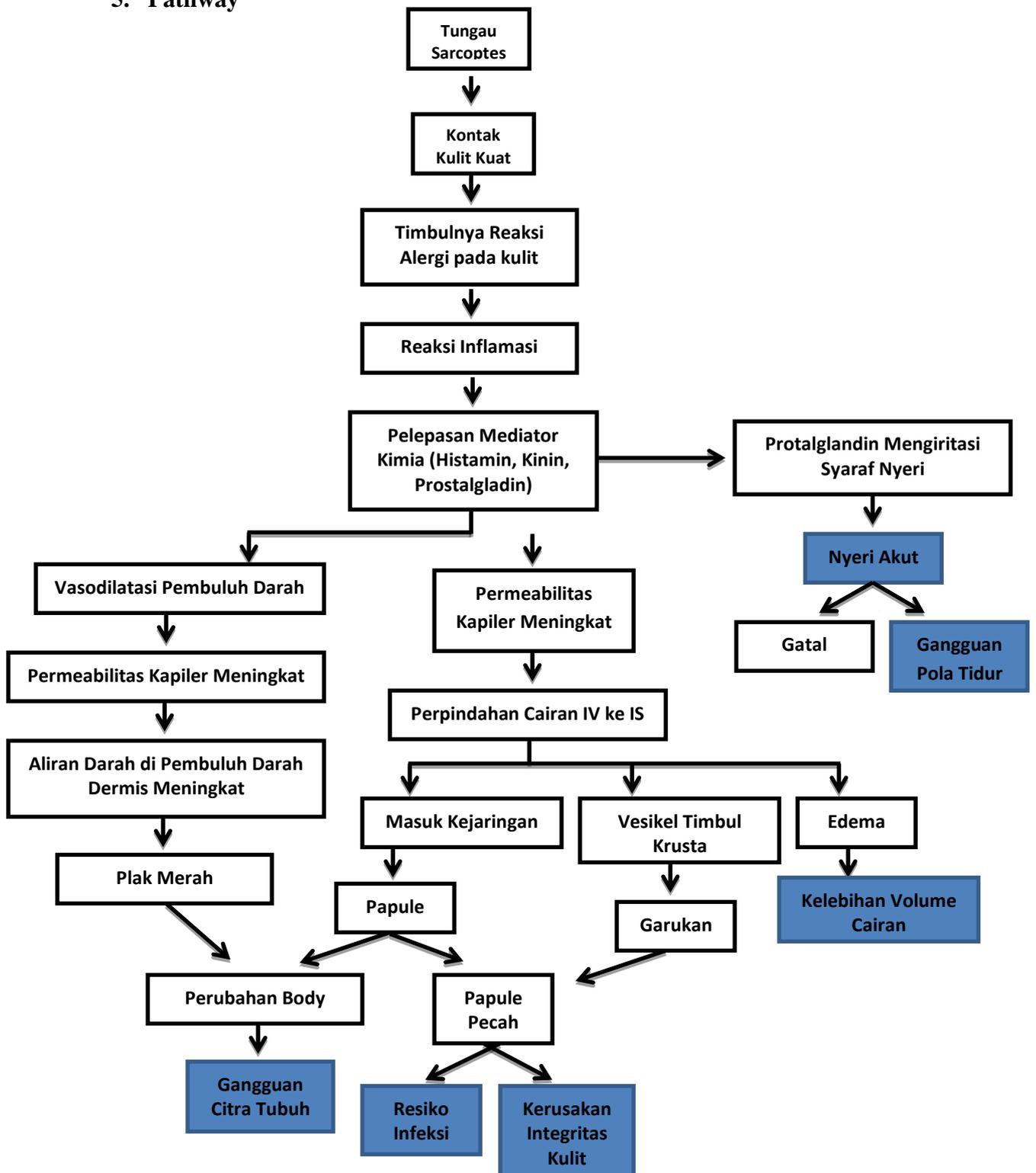
4. Patofisiologi

Menurut Mutiara & Syailindra (2016) kehidupan *sarcoptes scabiei* dimulai dengan tungau yang sudah dewasa masuk kedalam kulit membangun terowongan di stratum korneum sampai tungau betina bertelur. Tungau ini hanya bisa menembus lapisan kulit sampai stratum korneum. Setelah itu tungau betina akan bertelur dan menetas telurnya menjadi larva dalam dua sampai tiga hari, kemudian menjadi nimfa dalam tiga sampai empat hari. Nimfa berubah menjadi dewasa membutuhkan waktu lima sampai tujuh hari. Setelah *sarcoptes scabiei* jantan kopulasi biasanya dia akan mati, namun terkadang masih ada yang hidup selama beberapa hari saja. Sebagian besar infeksi, perkiraan jumlah tungau betina dibatasi sepuluh hingga limbelas ekor dan terkadang terowongan akan sulit diidentifikasi .

Kehidupan *sarcoptes scabiei* terjadi seluruhnya didalam tubuh manusia dengan manusia sebagai inang, tetapi tungau dapat bertahan di alas tidur, pakaian atau lainnya pada suhu lembap sekitar 2-3 hari dan bisa

menular dan menggali terowongan. Penularan scabies terjadi dengan kontak tidak langsung pada benda yang terinfeksi seperti handuk, selimut, atau pakaian dan penularan bisa juga melalui kontak langsung dari kulit ke kulit. Ketika ada satu anggota keluarga yang terkena scabies, orang lain dalam keluarga tersebut juga kemungkinan bisa terkena. Jika ada yang terinfeksi *sarcoptes scabiei* dapat menularkan scabies namun tidak memiliki gejala. Jika parasit dalam tubuh seseorang bertambah, semakin besar kemungkinan bahwa dia akan menularkan parasite melalui kontak tidak langsung (Mutiara & Syailindra, 2016).

5. Pathway



Gambar 2.1 Pathway Scabies (Kresno, 2007)

6. Klasifikasi

Klasifikasi scabies menurut Sungkar Saleha (2016)

a. Scabies pada orang bersih

Scabies pada orang bersih atau disebut juga scabies of cultivated sering kali ditemukan pada orang yang menjaga kebersihannya dengan baik. Biasanya hanya mengeluh gatal di sela-sela jari tangan dan pergelangan tangan. Tingkat kegatalan tidak terlalu berat.

b. Scabies Nodular

Yaitu lesi berupa nodus coklat kemerahan yang terasa gatal di area yang tertutup. Penyebab terbentuknya adalah reaksi hipersensitivitas kulit terhadap tungau.

c. Scabies pada orang terbaring di tempat tidur

Yaitu kelainan yang sering menyerang penderita penyakit kronik dan pada orang dengan usia lanjut yang berbaring di tempat tidur dalam kurun waktu yang lama.

d. Scabies pada bayi dan orang lanjut usia

Lesi scabies pada bayi dan usia lanjut dapat timbul hampir sebagian tubuh seperti : telapak tangan dan kaki, wajah, dan kulit kepala. Pada usia lanjut infestasi tungau akan menjadi lebih berat. Lesi kulit biasanya lebih khas dan terasa lebih gatal pada saat malam hari. Namun berbeda pada bayi, anak-anak dan usia lanjut gambaran scabies dapat tidak khas.

e. Scabies yang ditularkan melalui hewan

Penyebab penyakit scabies pada hewan hampir sama dengan manusia, tetapi jenisnya berbeda. Manusia bisa menularkan penyakit scabies pada hewan, tetapi yang lebih sering adalah hewan yang menularkan penyakit scabies pada manusia. Gejala scabies yang ditularkan hewan berbeda dari scabies yang ditularkan dari manusia. Dari binatang tidak terdapat terowongan, tidak menyerang sela-sela jari dan organ luar genitalia. Lesi biasanya terdapat hanya di tempat kontak dengan hewan seperti tangan, area dada, perut dan paha.

7. Faktor Resiko

Menurut Sungkar Saleha (2016) faktor resiko yang menyebabkan scabies antara lain :

- a. Umur
- b. Jenis kelamin
- c. Kebersihan
- d. Penggunaan alat-alat pribadi bersama-sama
- e. Kepadatan penghuni
- f. Tingkat pendidikan dan pengetahuan tentang scabies
- g. Budaya setempat
- h. Sosio-ekonomi

8. Komplikasi

Komplikasi bagi penderita scabies yaitu kurangnya tidur dikarenakan rasa gatal yang hebat sehingga keesokan harinya penderita

akan merasa mengantuk, sakit kepala dan keluhan lain akibat kurang tidur. Lesi pada scabies juga membuat penderita menjadi kurang percaya diri dan merasa malu sehingga menarik diri dari aktivitas sosialnya. Tidak hanya itu penderita juga akan mengalami ekskoriasi, yaitu terjadi infeksi sekunder yang disebabkan bakteri yang bisa berasal dari tungau tersebut. Karena *staphylococcus aureus* dan *streptococcus* grup A dapat di isolasi dari tungau dan feses tungau (Sungkar Saleha, 2016).

9. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan umum edukasi pada pasien yaitu (Karthieyan K, *et all.*, 2005 dalam Mutiara Hanna, 2016) :

- a. Usakahan untuk mandi air hangat lalu mengeringkan,
- b. Pakai obat skabisid topical lalu oles dikulit yang gatal secara menyeluruh. Lakukan sebelum tidur di malam hari,
- c. Usahakan untuk tidak menyentuh bagian mulut dan mata dengan tangan yang gatal,
- d. Rajin mengganti pakaian, handuk, seprei setelah dipakai, usahakan untuk direndam air panas. Karena tungau akan mati pada suhu 130° C,
- e. Usahakan tidak memakai handuk, pakaian ataupun seprei secara bersamaan
- f. Segera bersihkan skabisid dan tidak boleh mengulangi penggunaan skabisid yang berlebihan setelah seminggu sampai dengan 4 minggu yang akan datang

- g. Anggota keluarga yang tertular sebaiknya mendapatkan perawatan yang sama dan menjaga kebersihan bersama.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

Menurut Lutfia (2008) asuhan keperawatan yang menyeluruh (komprehensif) pada klien scabies sangat penting. Asuhan keperawatan bukan hanya untuk orang sakit. Selain itu, kepedulian terhadap keluarga, klien, dan masyarakat juga harus diperhatikan, ini juga perlu untuk mencegah penularan dan perkembangan penyakit ini.

1. Pengkajian

Hal pertama yang dilakukan dalam proses keperawatan adalah pengkajian. Langkah ini membentuk dasar untuk langkah-langkah berikutnya. Keterampilan komunikasi perawat sangat penting untuk keberhasilan proses ini. Dengan komunikasi yang baik dan benar, seorang perawat bisa mengumpulkan data yang secara lengkap sehingga permasalahan klien dapat ditangani dengan tepat. Data yang perlu dikaji adalah (Dwi Lutfia, 2008) :

a. Biodata

Harus dikaji secara detail berdasarkan usia, scabies dapat menyerang pada usia berapa pun, anak-anak maupun orang dewasa. Scabies sering ditemukan di lokasi yang lingkungannya kurang bersih dan penduduk yang padat, seperti pondok pesantren dan panti.

b. Keluhan Utama

Klien biasanya mengeluh gatal-gatal dan terdapat kerusakan kulit (lesi).

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Seringkali klien mengeluh gatal, terutama pada malam hari, dan muncul lesi pustula di sela-sela jari, telapak tangan, ketiak, areola mammae, bokong, atau perut bagian bawah. Untuk menghilangkan rasa gatal, klien sering menggaruk lesi sehingga menimbulkan adanya lesi tambahan akibat garukan.

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Tidak ada penyakit lain yang dapat menyebabkan scabies kecuali kontak langsung atau tidak langsung dengan orang yang terinfeksi.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Ketika kita menderita scabies, biasanya ditemukan anggota keluarga lain, tetangga, atau teman yang juga terkena scabies, atau memiliki keluhan dan gejala yang sama. Oleh karena itu, saat melakukan pengkajian perawat harus menanyakannya secara detail.

f. Psikososial

Orang yang terkena scabies sering merasa malu, jijik, dan khawatir dengan munculnya lesi berbentuk pustula. Mereka sering menyembunyikan area yang terdapat lesi pada saat interaksi sosial.

g. Pola Kehidupan Sehari-hari

Scabies terjadi karena kebersihan pribadi yang buruk seperti kebiasaan mandi, mencuci tangan, dan berganti pakaian. Pada saat melakukan pengkajian, penting untuk menanyakan kebiasaan personal hygiene klien dan keluarga. Dengan adanya rasa gatal di malam hari (pruritus nokturnal), tidur klien sering terganggu. Lesi dan bau tidak sedap dapat tercium di sela-sela jari atau telapak tangan, mengganggu aktivitas sosial dan interaksi sosial.

h. Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan ditemukan lesi dengan bentuk yang khas, papula, pustula, vesikal, urtikaria, dan lain-lain. Menggaruk dapat menyebabkan erosi, pengelupasan, krusta, dan infeksi sekunder. Pada daerah predileksi terdapat terowongan kecil, sedikit meninggi, berkelok-kelok, putih keabu-abuan, dengan panjang sekitar 10 mm. dalam beberapa kasus tercium yang tidak sedap (amis).

i. Pemeriksaan Laboratorium

Sarcoptes scabiei ditemukan dengan membuka pustula atau vesikal dengan sayatan atau ujung jarum dengan menggores dasarnya. Hasil dari menggores tadi diletakkan pada kaca sediaan, kemudian ditambahkan beberapa tetes gliserin dan di tutup dengan penutup gelas, kemudian dilihat di bawah mikroskop. Hasilnya dianggap positif jika ditemukan *Sarcoptes scabiei* atau telurnya.

j. Terapi

Kolaborasi dengan tim medis, biasanya jenis obat topikal:

- 1) Sulfur presipitatum
- 2) Emulsi benzyl-benzous
- 3) Gama benzene heksa klorida
- 4) Krotamitom 10%
- 5) Permethrin 5%
- 6) Antibiotik jika ditemukan adanya infeksi sekunder

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Dwi Lutfia (2008) diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada scabies adalah sebagai berikut :

- a. Gangguan integritas kulit dan jaringan yang berhubungan dengan faktor mekanis (D. 0129)
- b. Resiko infeksi dibuktikan dengan kerusakan integritas kulit (D. 0142)
- c. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit (D. 0074)
- d. Gangguan pola tidur yang berhubungan dengan hambatan lingkungan (D. 0005)
- e. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan citra tubuh (D.0087)
- f. Gangguan interaksi sosial berhubungan dengan model peran negative (D. 0118)
- g. Defisit pengetahuan tentang (spesifikkan) berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D. 0111)

3. Perencanaan (Intervensi Keperawatan)

Tabel 2.1 Tabel Intervensi Keperawatan

No	Dx. Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)
1.	Gangguan Integritas Kulit Dan Jaringan (D.0129)	<p>Integritas Kulit Dan Jaringan (L.14125)</p> <p>Ekspektasi: Meningkatkan</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kerusakan jaringan - Kerusakan lapisan kulit - Nyeri - Kemerahan <p>Keterangan:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 (Menurun) 2 (Cukup Meningkat) 3 (Sedang) 4 (Cukup Menurun) 5 (Menurun) 	<p>1.1 Perawatan Integritas Kulit (I.11353)</p> <p>Observasi</p> <p>1.1.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembapan, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)</p> <p>Terapeutik</p> <p>1.1.2 Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring</p> <p>1.1.3 Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, <i>jika perlu</i></p> <p>1.1.4 Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare</p> <p>1.1.5 Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering (Inovasi Virgin Coconut Oil)</p> <p>1.1.6 Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive</p> <p>1.1.7 Hindari produk berbahan dasar alcohol pada kulit kering</p> <p>Edukasi</p> <p>1.1.8 Anjurkan Menggunakan pelembab (mis. Lotion, serum)</p> <p>1.1.9 Anjurkan minum air yang cukup</p> <p>1.2.1 Anjurkan meningkatkan beberapa nutrisi</p> <p>1.2.2 Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur</p> <p>1.2.3 Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem</p> <p>1.2.4 Anjurkan menggunakan tabir surya</p>

			<p>SPF minimal 30 saat berada di luar rumah</p> <p>1.2.5 anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya</p>
2.	<p>Risiko Infeksi (D.0142)</p>	<p>Tingkat Infeksi (L.09097)</p> <p>Ekspektasi: Menurun</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kebersihan tangan - Kebersihan badan <p>Keterangan:</p> <p>1 (Menurun)</p> <p>5 (Cukup Menurun)</p> <p>5 (Sedang)</p> <p>4 (Cukup Meningkat)</p> <p>5 (Meningkat)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemerahan - Nyeri - Bengkak <p>Keterangan:</p> <p>1 (Meningkat)</p> <p>5 (Cukup Meningkat)</p> <p>5 (Sedang)</p> <p>4 (Cukup Menurun)</p> <p>5 (Menurun)</p>	<p>2.1 Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <p>2.1.1 Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sismatik</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.1.1 Batasi jumlah pengunjung</p> <p>2.1.2 Berikan perawatan kulit pada area edema</p> <p>2.1.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>2.1.4 Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</p> <p>Edukasi</p> <p>2.1.5 Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>2.1.6 Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>2.1.7 Ajarkan etika batuk</p> <p>2.1.8 Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p> <p>2.1.9 Ajarkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>2.2.1 Ajarkan meningkatkan asupan cairan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>2.2.2 kolaborasi pemberian imunisasi, <i>jika perlu</i></p>
3.	<p>Gangguan Rasa Nyaman (D.0074)</p>	<p>Status Kenyamanan (L.08064)</p> <p>Ekspektasi: Meningkat</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesejahteraan fisik - Kesejahteraan psikologis - Dukungan sosial 	<p>4.1 Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <p>4.1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>4.1.2 Identifikasi skala nyeri</p> <p>4.1.3 Identifikasi respons nyeri non verbal</p> <p>4.1.4 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p>

		<p>dari keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dukungan sosial dari teman - Perawatan sesuai keyakinan budaya - Perawatan sesuai kebutuhan - Kebebasan melakukan ibadah <p>Keterangan:</p> <p>1 (Menurun) 2 (Cukup Menurun) 3 (Sedang) 4 (Cukup Meningkatkan) 5 (Meningkat)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan tidak nyaman - Gelisah - Keluhan sulit tidur - Gatal <p>Keterangan:</p> <p>1(Meningkat) 2 (Cukup Meningkatkan) 3 (Sedang) 4 (Cukup Menurun) 5 (Menurun)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pola tidur <p>Keterangan</p> <p>1 (Memburuk) 2 (Cukup Memburuk) 3 (Sedang) 4 (Cukup Membaik)</p>	<p>4.1.5 Identifikasi pengetahuan dan kelainan tentang nyeri</p> <p>4.1.6 Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</p> <p>4.1.7 Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>4.1.8 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>4.1.9 Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.2.1 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <p>4.2.2 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>4.2.1 Fasilitas istirahat tidur</p> <p>4.2.2 Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meedakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>4.2.3 Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>4.2.4 Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>4.2.5 Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>4.2.6 Anjurkan menggunakan analgeik secara tepat</p> <p>4.2.7 Ajarkan teknik nonfarmakoogis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>4.2.8 Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></p>
--	--	--	--

		5 (Membaik)	
4.	Gangguan Pola Tidur (D.0055)	<p>Pola Tidur (L.05045)</p> <p>Ekspektasi: Membaik</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan sulit tidur - Keluhan sering terjaga - Keluhan tidak puas tidur - Keluhan pola tidur berubah - Keluhan istirahat tidak cukup <p>Keterangan:</p> <p>1 (Menurun)</p> <p>2 (Cukup Menurun)</p> <p>3 (Sedang)</p> <p>4 (Cukup Meningkat)</p> <p>5 (Meningkat)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan beraktivitas <p>Keterangan:</p> <p>1 (Meningkat)</p> <p>2 (Cukup Meningkat)</p> <p>3 (Sedang)</p> <p>4 (Cukup Menurun)</p> <p>5 (Menurun)</p>	<p>3.1 Edukasi Aktivitas/Istirahat (I.12362)</p> <p>Observasi</p> <p>1.1.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>1.1.2 Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat</p> <p>1.1.3 Jadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>1.1.4 Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya</p> <p>Edukasi</p> <p>1.1.5 Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik/olahraga secara rutin</p> <p>1.1.6 Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok, aktivitas bermain atau aktivitas lainnya</p> <p>1.1.7 Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat</p> <p>1.1.8 Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis. Kelelahan, sesak napas saat aktivitas)</p> <p>1.1.9 Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan</p>
5.	Harga Diri Rendah Situasional (D. 0087)	<p>Harga Diri (L.09069)</p> <p>Ekspektasi: Meningkatkan</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penilaian diri positif - Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif 	<p>5.1 Manajemen perilaku (I. 12463)</p> <p>Observasi</p> <p>5.1.1 Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku</p> <p>Terapeutik</p> <p>5.1.2 Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri - Minta mencoba hal baru - Berjalan menampakkan wajah - Postur tubuh menampakkan wajah <p>Keterangan</p> <p>1 (Menurun) 2 (Cukup Menurun) 3 (Sedang) 4 (Cukup Meningkat) 5 (Meningkat)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perasaan malu - Perasaan bersalah - Perasaan tidak mampu melakukan apapun - Meremehkan kemampuan mengatasi masalah <p>Keterangan</p> <p>1 (Meningkat) 2 (Cukup Meningkat) 3 (Sedang) 4 (Cukup Menurun) 5 (Menurun)</p>	<p>5.1.3 Jadwalkan kegiatan terstruktur</p> <p>5.1.4 Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas</p> <p>5.2.1 Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan</p> <p>5.2.2 Batasi jumlah pengunjung</p> <p>5.2.3 Bicara dengan nada rendah dan tenang</p> <p>5.2.4 Lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber agitasi</p> <p>5.2.5 Cegah perilaku pasif dan agresif</p> <p>5.2.6 Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku</p> <p>5.2.7 Lakukan pengekangan fisik sesuai indikasi</p> <p>5.2.8 Hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan</p> <p>5.3.1 Hindari sifat mengancam dan berdebat</p> <p>5.3.2 Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan</p> <p>Edukasi</p> <p>5.3.3 Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif</p>
6.	Gangguan Interaksi Sosial (D.	Interaksi Sosial (L. 13115) Ekspektasi :	6.1 Modifikasi Perilaku Keterampilan (I. 13484) Observasi

	0118)	<p>Meningkat</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - perasaan nyaman dengan situasi sosial - Perasaan mudah menerima atau mengkomunikasikan perasaan - Responsif pada orang lain - Perasaan tertarik pada orang lain - Minat melakukan kontak emosi - Pengverbalisasi kasih sayang <p>Keterangan</p> <p>1 (Menurun)</p> <p>2 (Cukup Menurun)</p> <p>3 (Sedang)</p> <p>4 (Cukup Meningkatkan)</p> <p>5 (Meningkat)</p>	<p>6.1.1 Identifikasi penyebab kurangnya keterampilan sosial</p> <p>6.1.2 Identifikasi fokus pelatihan keterampilan sosial</p> <p>Terapeutik</p> <p>6.1.3 Motivasi untuk berlatih keterampilan sosial</p> <p>6.1.4 Beri umpan balik positif (mis. Pujian atau penghargaan) terhadap kemampuan sosialisasi</p> <p>6.1.5 Libatkan keluarga selama latihan keterampilan sosial, <i>jika perlu</i></p> <p>Edukasi</p> <p>6.1.6 Jelaskan tujuan melatih keterampilan sosial</p> <p>6.1.7 Jelaskan respon dan konsekuensi keterampilan sosial</p> <p>6.1.8 Anjurkan mengungkapkan perasaan akibat masalah yang dialami</p> <p>6.1.9 Anjurkan mengevaluasi pencapaian setiap interaksi</p> <p>1.2.1 Anjurkan penggunaan alat bantu (mis. Kacamata dan alat bantu dengar)</p> <p>1.2.2 Edukasi keluarga untuk dukungan keterampilan sosial</p> <p>1.2.3 Latih keterampilan sosial secara bertahap</p>
7.	Defisit Pengetahuan (D. 0111)	<p>Tingkat Pengetahuan (L. 12111)</p> <p>Ekspektasi: Meningkatkan</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perilaku sesuai anjuran - Verbalisasi minat dalam belajar - Kemampuan 	<p>7.1 Edukasi Kesehatan (I. 12383)</p> <p>Observasi</p> <p>7.1.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>7.1.2 Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat</p> <p>Terapeutik</p>

		<p>menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik - Perilaku sesuai dengan pengetahuan <p>Keterangan</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 (Menurun) 2 (Cukup Menurun) 3 (Sedang) 4 (Cukup Meningkatkan) 5 (Meningkat) <ul style="list-style-type: none"> - Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi - Persepsi yang keliru terhadap masalah - Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat <p>Keterangan</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 (Meningkat) 2 (Cukup Meningkatkan) 3 (Sedang) 4 (Cukup Meningkatkan) 5 (Menurun) 	<p>7.1.3 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>7.1.4 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>7.1.5 Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>Edukasi</p> <p>7.1.6 Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</p> <p>7.1.7 Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</p> <p>7.1.8 Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat</p>
--	--	--	---

Tindakan Inovasi Pemberian Virgin Coconut Oil (Ainun, 2021)

a. Pengertian

1. VCO adalah minyak yang mengandung vitamin E dan diperlukan untuk kulit serta bermanfaat secara medis untuk penyembuhan kulit (Rusana, 2016).
2. VCO terbuat dari daging kelapa segar dan diolah dengan pemanasan yang terkontrol atau tanpa pemanasan sama sekali, dan tidak menggunakan bahan kimia (Cahyati, 2015).

b. Tujuan dari pemberian VCO

Bermanfaat untuk mengembalikan sel-sel kulit yang rusak sebagai antioksidan melindungi dari radikal bebas, mengurangi bekas kemerahan, dan melindungi kulit dari iritasi.

c. Tahap persiapan pemberian VCO adalah:

1. Persiapkan lingkungan : ciptakan lingkungan tenang dan nyaman
Persiapkan responden/klien

d. Indikasi

Adapun indikasi pemberian Virgin Coconut Oil adalah:

- 1) Klien yang mengalami kerusakan integritas kulit
- 2) Klien yang memiliki lesi putula biasanya di daerah seperti sela jari, telapak tangan, ketiak, areola mammae, bokong, atau perut bagian bawah
- 3) Klien yang mengalami gatal-gatal

e. Kontra indikasi

Kontra indikasi dari tindakan pemberian VCO yaitu :

- 1) Luka mayor pasca trauma
- 2) Gangguan sirkulasi dapat mengganggu nutrisi jaringan dan menyebabkan kerusakan integritas kulit
- 3) Alergi atau hipersensitivitas terhadap dingin

4. Implementasi Keperawatan

kegiatan untuk melihat aktivitas klien, keluarga, dan tim medis lainnya serta memantau dan mencatat respon klien terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan (Nettina,2002). Praktik keperawatan adalah merupakan serangkaian kegiatan keperawatan yang dikoordinasikan dengan pasien, keluarga, dan tim medis untuk membantu keluhan penyakit klien sesuai dengan rencana dan kriteria hasil yang telah ditentukan dengan pemantauan dan pencatatan respon klien terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan.

Dalam pelaksanaannya terdapat 3 jenis implementasi keperawatan (Craven dan Hirnle, 2000), yaitu :

a. Cognitive Implementatoin

Meliputi pengajaran atau pendidikan, membuat hubungan antara tingkat pengetahuan klien dan aktivitas kehidupan sehari-hari, mengembangkan strategi untuk klien dengan ketidakmampuan komunikasi, memberikan umpan balik, memantau staf perawat,

memantau penampilan klien dan keluarga, menciptakan lingkungan sesuai kebutuhan, dan lain-lain.

b. Interpersonal Implementation

Memantau kegiatan, peningkatan layanan, menciptakan komunikasi terapeutik, pengaturan jadwal pribadi, mengekspresikan emosi, memberikan dukungan spiritual, advokasi klien, dan model peran.

c. Technical Implementation

Meliputi memastikan kebersihan kulit, melakukan perawatan rutin, mengorganisir respon klien yang abnormal, mendeteksi perubahan dari data dasar klien, melakukan aktivitas keperawatan mandiri, kolaborasi, rujukan dan lain-lain.

5. Evaluasi Keperawatan

Penilaian yang melihat perubahan keadaan klien (hasil yang diamati sebelum dilakukan dan sesudah dilakukan tindakan) dengan tujuan dan kriteria hasil dibuat selama tahap perencanaan (Budiono, 2016).

Evaluasi keperawatan merupakan langkah akhir proses keperawatan yang berguna apakah tujuan tindakan keperawatan yang telah di kerjakan terpenuhi atau dibutuhkan rencana tindakan keperawatan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan klien. Evaluasi adalah langkah yang menentukan apakah tujuan tercapai. Penilaian selalu dikaitkan dengan tujuan, yaitu kognitif, efektif, psikomotor, perubahan fungsi serta tanda dan gejala secara spesifik (Olfah & Ghofur, 2016).

Evaluasi disusun menggunakan SOAP dimana (Sihaloho, A. A. 2020) :

S: keluhan atau perasaan yang dikeluarkan secara subjektif oleh keluarga setelah dilakukan implementasi keperawatan

O: Keadaan yang objektif teridentifikasi oleh perawat dengan pengamatan yang objektif

A: Analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif

P: Perencanaan selanjutnya setelah perawat melaksanakan analisis

Tugas dari evaluator adalah melaksanakan evaluasi, menginterpretasi data sesuai dengan kriteria evaluasi, menggunakan evaluasi, menggunakan penemuan dari evaluasi untuk membuat keputusan dalam memberikan asuhan keperawatan (Sihaloho, A. A. 2020).