

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Penyakit Gagal Ginjal Kronik

a. Pengertian

Gagal ginjal kronik adalah suatu proses patofisiologis dengan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang progresif, dan pada umumnya berakhir dengan gagal ginjal. Gagal ginjal adalah suatu keadaan klinis yang ditandai dengan menurunnya fungsi ginjal yang bersifat *irreversible*, dan memerlukan terapi pengganti ginjal yaitu berupa dialisis atau transplantasi ginjal. Selain itu gagal ginjal kronik juga dapat diartikan dengan terjadinya kerusakan ginjal (renal damage) yang terjadi lebih dari 3 bulan, berupa kelainan struktural atau fungsional, dengan atau tanpa penurunan laju *filtrasi glomerulus (LFG)*, dengan manifestasi adanya kelainan patologis, adanya kelainan ginjal seperti kelainan dalam komposisi darah atau urin serta adanya kelainan pada tes pencitraan (imaging tests) serta laju *filtrasi glomerulus (LFG)* kurang dari 60 ml/mnt/1.73 m² (Nurhayati, 2018).

Gagal ginjal kronik juga didefinisikan sebagai penurunan dari fungsi jaringan ginjal secara progresif di mana ginjal yang masih ada tidak mampu lagi mempertahankan lingkungan internal tubuh. Gagal ginjal kronis juga diartikan sebagai bentuk kegagalan fungsi ginjal

terutama di unit nefron yang berlangsung perlahan-lahan karena penyebab yang berlangsung lama, menetap dan mengakibatkan penumpukan sisa metabolic atau toksik uremik, hal ini menyebabkan ginjal tidak dapat memenuhi kebutuhan seperti biasanya sehingga menimbulkan gejala sakit (Black & Hawks, 2016).

b. Etiologi

Penyebab utama gagal ginjal kronik sangat bervariasi antara satu negara dengan negara lain. Penyebab utama gagal ginjal kronik di Amerika Serikat diantaranya yaitu Diabetes Mellitus (DM) tipe 2 merupakan penyebab terbesar gagal ginjal kronik sebesar 37% sedangkan tipe 1 7%. Hipertensi menempati urutan kedua sebesar 27%. Urutan ketiga penyebab gagal ginjal kronik adalah glomerulonefritis sebesar 10%, nefritis interstisial 4%.

Perhimpunan Nefrologi Indonesia (Pernefri) tahun 2014 menyebutkan bahwa penyebab gagal ginjal di Indonesia diantaranya adalah glomerulonefritis 46.39%, DM 18.65% sedangkan obstruksi dan infeksi sebesar 12.85% dan hipertensi 8.46% sedangkan penyebab lainnya 13,65% (Drakbar, 2018). Dikelompokkan pada sebab lain diantaranya, nefritis lupus, nefropati urat, intoksikasi obat, penyakit ginjal bawaan, tumor ginjal, dan penyebab yang tidak diketahui. Etiologi gagal ginjal kronik dapat disebabkan oleh penyakit sistemik seperti diabetes mellitus, glomerulonefritis kronis, pielonefritis, hipertensi yang tidak dapat dikontrol, obstruksi traktus urinarius,

lesi herediter seperti penyakit ginjal polikistik (Brunner &Suddarth, 2016).

Dilanjutkan dengan nefritis interstisial, kista, neoplasma serta penyakit lainnya yang masing-masing sebesar 2%. Perhimpunan Nefrologi Indonesia (Pernefri) tahun 2014 menyebutkan bahwa penyebab gagal ginjal di Indonesia diantaranya adalah glomerulonefritis 46.39%, DM 18.65% sedangkan obstruksi dan infeksi sebesar 12.85% dan hipertensi 8.46% sedangkan penyebab lainnya 13,65% (Drakbar, 2018). Dikelompokkan pada sebab lain diantaranya, nefritis lupus, nefropati urat, intoksikasi obat, penyakit ginjal bawaan, tumor ginjal, dan penyebab yang tidak diketahui.

Etiologi gagal ginjal kronik dapat disebabkan oleh penyakit sistemik seperti diabetes mellitus, glomerulonefritis kronis, pielonefritis, hipertensi yang tidak dapat dikontrol, obstruksi traktus urinarius, lesi herediter seperti penyakit ginjal polikistik (Brunner &Suddarth, 2016).

c. Patofisiologi

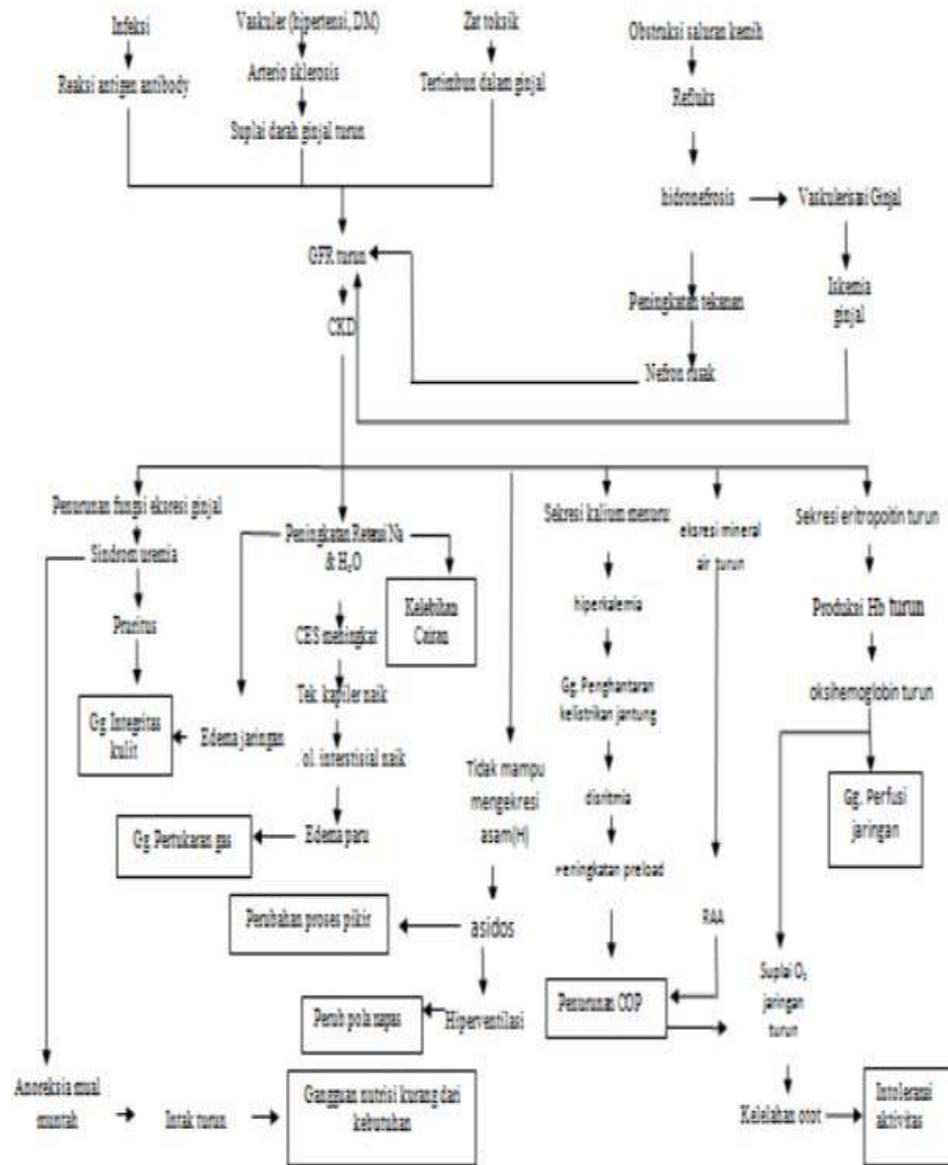
Patofisiologi penyakit ginjal kronik pada awalnya tergantung pada penyakit yang mendasarinya, tapi dalam perkembangannya proses yang terjadi sama. Pengurangan massa ginjal mengakibatkan hipertrofi struktural dan fungsional nefron yang masih tersisa (surviving nephrons) sebagai upaya kompensasi, yang diperantarai oleh molekul vasoaktif seperti sitokin dan growth factors. Hal ini mengakibatkan

terjadinya hiperfiltrasi, yang diikuti oleh peningkatan tekanan kapiler dan aliran darah glomerulus.

Pada stadium paling dini pada penyakit ginjal kronik, terjadi kehilangan daya cadang ginjal (renal reserve), dimana basal Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) masih normal atau dapat meningkat. Kemudian secara perlahan tapi pasti, akan terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif, yang ditandai dengan peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Sampai pada LFG sebesar 60%, pasien masih belum merasakan keluhan (asimtomatik), tapi sudah terjadi peningkatan kadar ureum dan kreatinin serum sampai pada LFG sebesar 30%. Kerusakan ginjal dapat menyebabkan terjadinya penurunan fungsi ginjal, produk akhi rmetabolik yang seharusnya dieksresikan kedalam urin, menjadi tertimbun dalam darah. Kondisi seperti ini dinamakan sindrom uremia. Terjadinya uremia dapat mempengaruhi setiap system tubuh. Semakin banyak timbunan produk metabolik (sampah), maka gejala akan semakin berat (Brunner &Suddarth, 2016).

Kondisi ini dapat menyebabkan gangguan keseimbangan cairan seperti hipovolemi atau hipervolemi, gangguan keseimbangan elektrolit antara lain natrium dan kalium. LFG di bawah 15% akan terjadi gejala dan komplikasi yang lebih serius, dan pasien memerlukan terapi pengganti ginjal (renal replacement therapy) antara lain dialysis atau transplantasi ginjal, pada keadaan ini pasien dikatakan sampai pada stadium gagal ginjal (Suharyanto dalam Hidayati, 2012).

d. Pathway Gagal Ginjal Kronik



Sumber : Purwo (2010), mengacu pada Doengus (2011), Carpenito (2006), Semelzer dan Bare (2001)

e. Tanda dan Gejala Gagal Ginjal Kronik

Gambaran klinis pada pasien dengan gagal ginjal kronik, yaitu (Sudoyo, 2014):

- 1) Sesuai dengan penyakit yang mendasari seperti diabetes mellitus, infeksi traktusurinarius, batu traktusurinarius, hipertensi,

hiperuremia, Lupus Erimatosus Sistemik (LES) dan lain sebagainya.

- 2) Sindrom uremia, yang terdiri dari lemah, letargi, anoreksia, mual muntah, nokturia, kelebihan volume cairan, (volume overload), neuropati perifer, pruritus, uremic frost, perikarditis, kejang-kejang sampai koma.
- 3) Gejala komplikasinya antara lain, hipertensi, anemia, osteodistrofi renal, payah jantung, asidosis metabolik, gangguan keseimbangan elektrolit (sodium, kalium dan klorida).

f. Stadium Gagal Ginjal Kronik

Perjalanan umum gagal ginjal progresif dapat dibagi menjadi 3 (tiga) stadium, yaitu (Brunner & Suddarth, 2016) :

- 1) Stadium I, dinamakan penurunan cadangan ginjal. Pada stadium ini kreatinin serum dan kadar BUN normal, dan penderita asimtomatik. Gangguan fungsi ginjal hanya dapat diketahui dengan test pemekatan kemih dan test *Laju Filtrasi Glomerulus (LFG)* secara seksama.
- 2) Stadium II, dinamakan insufisiensi ginjal, pada stadium ini, 75% lebih jaringan yang berfungsi telah rusak, LFG besarnya 25% dari normal, kadar BUN dan kreatinin serum mulai meningkat dari normal, gejala-gejala nokturia atau sering berkemih di malam hari sampai 700 ml dan poliuria (akibat dari kegagalan pemekatan).
- 3) Stadium III, dinamakan gagal ginjal stadium akhir atau uremia, sekitar 90% dari massa nefron telah hancur atau rusak, atau hanya

sekitar 200.000 nefron saja yang masih utuh dan nilai LFG hanya 10% dari keadaan normal.

B. Konsep Asuhan Keperawatan CKD

1. Pengkajian

Pengkajian adalah dimulainya perawat menerapkan pengetahuan dan pengalaman untuk mengumpulkan data tentang pasien Gagal Ginjal Kronis (Smeltzer, 2008) meliputi:

2. Data demografi

Lingkungan yang tercemar oleh timah, merkuri dan air dengan tinggi kalsium beresiko untuk gagal ginjal kronik, kebanyakan menyerang umur 20-50 tahun jenis kelamin lebih banyak perempuan, kebanyakan ras kulit hitam.

3. Riwayat penyakit dahulu

Riwayat infeksi saluran kemih penyakit peradangan vaskuler hipertensif, penyakit metabolik, dan neuropatik obstruktif.

4. Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat penyakit vaskuler hipertensif, penyakit metabolik, riwayat memiliki penyakit gagal ginjal kronik.

5. Pola kesehatan fungsional

a. Pemeliharaan kesehatan

Konsumsi toksik, konsumsi makanan tinggi kalsium, purin fosfat, protein dan control tekanan darah dan gula tidak teratur.

- b. Pola nutrisi dan metabolic
 - Perlu dikaji adanya mual, muntah anoreksia, intake cairan in adekuat, peningkatan berat badan cepat, dan penurunan berat badan.
 - c. Pola eliminasi
 - Penurunan frekuensi urine, oliguria, anuria (gangguan tahap lanjut) dan perubahan warna urin.
 - d. Pola aktivitas dan latihan
 - Penurunan atau mengalami kelemahan.
 - e. Pola istirahat dan tidur
 - Gangguan tidur (insomnia atau somnolen).
 - f. Pola persepsi sensori dan kognitif
 - Rasa panas pada telapak kaki, perubahan tingkah laku, kedutan otot, penurunan lapang pandang, dan ketidakmampuan berkonsentrasi.
 - g. Persepsi diri dan konsep diri
 - Perasaan tidak berdaya tidak ada harapan, takut, marah, perubahan kepribadian dan tidak mau bekerja.
 - h. Pola reproduksi dan seksual
 - Penurunan libido, impoten, dan atropitestikuler.
6. Pemeriksaan fisik
- a. Keluhan umum :lemas, nyeri pinggang
 - b. Tingkat kesadaran kompos mentis sampai koma
 - c. Antropometri :berat badan menurun, LILA menurun
 - d. Tanda-tanda vital : Tekanan darah meningkat, suhu meningkat, nadi menurun.

e. Pemeriksaan *head to toe*

7. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisis data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakan diagnose keperawatan. Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien gagal ginjal kronik yaitu sebagai berikut :

- a. Hipervolemia b/d gangguan mekanisme reguler
- b. Nyeri akut b/d agen cedera biologis
- c. Gangguan eliminasi urin b/d penyebab multipel
- d. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b/d hipertensi
- e. Intoleranaktivitas b/d imobilitas
- f. Ansietas b/d ancaman pada status terkini

8. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	Hipervolemia cairan b/d gangguan mekanisme reguler Batasan karakteristik: 1. Ansietas 2. Asupan melebihi haluaran 3. Edema 4. Gangguan tekanan darah 5. Gelisah 6. Ketidakseimbangan elektrolit 7. Penambahan berat badan dalam waktu sangat singkat 8. Penuurunan hemoglobin	Keseimbangan Cairan Meningkat (L.03020) Setelah dilakukan tind. keperawatan selama .. x .. jam diharapkan hipervolemia dapat teratasi dengan indikator: Indikator: 1. Asites 2. Edema perifer 3. Kehausan 4. Kram otot 5. Pusing Skala: 1. Berat	Manajemen Hipervolemia (I.03114) Observasi: 1.1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, dispnea, suara napas tambahan) 1.2. Monitor intake dan output cairan 1.3. Monitor jumlah dan warna urin Terapeutik 1.4. Batasi asupan cairan dan garam 1.5. Tinggikan kepala tempat tidur Edukasi 1.6. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan cairan Kolaborasi 1.7. Kolaborasi pemberian diuretik 1.8. Kolaborasi penggantian

		<p>2. Cukup berat 3. Sedang 4. Ringan 5. Tidak ada</p>	<p>kehilangan kalium akibat deuretik 1.9. Kolaborasi pemberian continuous renal replcement therapy (CRRT), jika perlu</p>
2.	<p>Nyeri akut b/d agen cedera biologis Batasan karakteristik: 1. Diaforesis 2. Ekspresi wajah nyeri (meringis) 3. Fokus pada diri sendiri 4. Keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri 5. Perubahan posisi untuk menghindari nyeri 6. Perubahan selera makan 7. Sikap melindungi area nyeri</p>	<p>Penurunan nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tind. Kep selama x.jam diharapkan resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak dapat teratasi dengan indikator: 1. Keluha nyeri 2. Meringis membaik 3. Kemmpuan menggali penyebab nyeri 4. Onset nyeri 5. Kemampuan menggunakan teknik nonfarmakolgi</p> <p>Sklaa: 1. Berat 2. Cukup berat 3. Sedang 4. Ringan 5. Tidak ada</p>	<p>Manajemen Nyeri (L. 08238) Observasi 2.1. Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2.2. Identifikasi skala nyeri 2.3. Identifikasi respon nyeri non verbal 2.4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 2.5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 2.6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 2.7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 2.8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 2.9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 2.10. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis:criyoterapi) 2.11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 2.12. Fasilitasi istirahat dan tidur 2.13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 2.14. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2.15. Jelaskan strategi meredakan nyeri 2.16. Anjurkan memonitor nyri secara mandiri 2.17. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 2.18. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.</p>

3.	<p>Gangguan eliminasi urin b/d penyebab multipel</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anyang-anyangan 2. Inkontinensia 3. Retensi urin 	<p>Eliminasi Urine (L.04034)</p> <p>Setelah dilakukan tind. Kep selama x.jam diharapkan gangguan eliminasi urine dapat teratasi teratasi dengan indikator:</p> <p>Indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sensai berkemih 2. Vomune residu urine 3. Desakan berkemih 4. Distensi kandung kemih 5. Urine menetes <p>Skala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat 2. Cukup berat 3. Sedang 4. Ringan 5. Tidak ada 	<p>Manajemen Eliminasi Urine (I.04152)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine 3.2 Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine 3.3 Monitor eliminasi urine (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.4 Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih 3.5 Batasi asupan cairan, <i>jika perlu</i> 3.6 Ambil sampel urine tengah (<i>midstream</i>) atau kultur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.7 Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih 3.8 Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine 3.9 Anjurkan mengambil specimen urine midstream 3.10 Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih 3.11 Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot pinggul/berkemihan 3.12 Anjurkan minum yang cukup, <i>jika tidak ada kontraindikasi</i> 3.13 Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.14 Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra <i>jika perlu</i> <p>3.1.</p>
4.	<p>Perfusi jaringan perifer tidak efektif b/d hipertensi</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edema 2. Nyeri ekstremitas 3. Perubahan karakteristik kulit (warna, elastisitas, kelembapan, kuku, suhu) 4. Perubahan tekanan 	<p>Perfusi Jaringan Meningkat (L.02011)</p> <p>Setelah dilakukan tind. Keperawatan selama ..x.. diharapkan resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak dapat teratasi dengan indikator:</p> <p>Indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TTV 	<p>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Periksa sirkulasi perifer(mis. Nadi perifer, edema, pengisian kalpiler, warna, suhu, angle brachial index) 4.2 Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)

	<p>darah ekstremitas</p> <p>5. Waktu pengisian kapiler >3 detik</p>	<p>2. Tidak ada kesemutan</p> <p>3. CRT</p> <p>Keterangan sklaa:</p> <p>1. Berat</p> <p>2. Cukup berat</p> <p>3. Sedang</p> <p>4. Ringan</p> <p>5. Tidak ada</p>	<p>4.3 Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.4 Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</p> <p>4.5 Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas pada keterbatasan perfusi</p> <p>4.6 Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera</p> <p>4.7 Lakukan pencegahan infeksi</p> <p>4.8 Lakukan hidrasi</p> <p>Edukasi</p> <p>4.9 Anjurkan berhenti merokok</p> <p>4.10 Anjurkan berolahraga rutin</p> <p>4.11 Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu</p> <p>4.12 Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta</p> <p>4.13 Anjurkan melahkukan perawatan kulit yang tepat(mis. Melembabkan kulit kering pada kaki)</p> <p>4.14 Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi(mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan, omega3)</p> <p>Manajemen Sensasi Perifer (I. 06195)</p> <p>Observasi</p> <p>4.15 Identifikasi penyebab perubahan sensasi</p> <p>4.16 Identifikasi penggunaan alat pengikat, prostesis, sepatu, dan pakaian</p> <p>4.17 Periksa perbedaan sensasi tajam atau tumpul</p> <p>4.18 Periksa perbedaan sensasi panas atau dingin</p> <p>4.19 Periksa kemampuan mengidentifikasi lokasi dan tekstur benda</p> <p>4.20 Monitor terjadinya parestesia, jika perlu</p> <p>4.21 Monitor perubahan kulit</p> <p>Terapeutik</p>
--	--	--	---

			<p>4.22 Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin)</p> <p>Edukasi</p> <p>4.23 Anjurkan penggunaan termometer untuk menguji suhu air</p> <p>4.24 Anjurkan penggunaan sarung tangan termal saat memasak</p> <p>4.25 Anjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah</p> <p>Kolaborasi</p> <p>4.26 Kolaborasi pemberian analgesik, <i>jika perlu</i></p> <p>4.27 Kolaborasi pemberian kortikosteroid, <i>jika perlu</i></p>
5.	<p>Intoleran aktivitas b/d imobilitas</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea setelah beraktivitas 2. Kelelahan 3. Ketidaknyamanan setelah beraktivitas 	<p>Toleransi Aktivitas Meningkat (L.05047)</p> <p>Setelah dilakukan tind. Kep selama x..jam diharapkan toleran terhadap aktivitas dengan</p> <p>Indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu tubuh 2. Denyut nadi radial 3. Tingkat pernafasan 4. Irama pernafasan 5. Tekanan darah <p>Skala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat 2. Cukup berat 3. Sedang 4. Ringan 5. Tidak ada 	<p>Manajemen Energi (I. 05178)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 5.2 Monitor kelelahan fisik dan emosional 5.3 Monitor pola dan jam tidur 5.4 Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.5 Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) 5.6 Lakukan rentang gerak pasif dan/atau aktif 5.7 Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan 5.8 Fasilitas duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.9 Anjurkan tirah baring 5.10 Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 5.11 Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 5.12 Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan <p>Kolaborasi</p>

			<p>5.13 Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p> <p>Terapi Aktivitas (I.05186)</p> <p>Observasi</p> <p>5.1 Identifikasi deficit tingkat aktivitas</p> <p>5.2 Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu</p> <p>5.3 Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan</p> <p>5.4 Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas</p> <p>5.5 Identifikasi makna aktivitas rutin (mis. bekerja) dan waktu luang</p> <p>5.6 Monitor respon emosional, fisik, social, dan spiritual terhadap aktivitas</p> <p>Terapeutik</p> <p>5.7 Fasilitasi focus pada kemampuan, bukan deficit yang dialami</p> <p>5.8 Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas</p> <p>5.9 Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis, dan social</p> <p>5.10 Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia</p> <p>5.11 Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih</p> <p>5.12 Fasilitasi transportasi untuk menghadiri aktivitas, jika sesuai</p> <p>5.13 Fasilitasi pasien dan keluarga dalam menyesuaikan lingkungan untuk mengakomodasikan aktivitas yang dipilih</p> <p>5.14 Fasilitasi aktivitas fisik rutin (mis. ambulansi, mobilisasi, dan perawatan diri), sesuai kebutuhan</p> <p>5.15 Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energy, atau gerak</p>
--	--	--	---

		<p>5.16 Fasilitasi aktivitas motorik kasar untuk pasien hiperaktif</p> <p>5.17 Tingkatkan aktivitas fisik untuk memelihara berat badan, jika sesuai</p> <p>5.18 Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot</p> <p>5.19 Fasilitasi aktivitas dengan komponen memori implicit dan emosional (mis. kegiatan keagamaan khusus) untuk pasien dimensia, jika sesuai</p> <p>5.20 Libatkan dalam permainan kelompok yang tidak kompetitif, terstruktur, dan aktif</p> <p>5.21 Tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi dan diversifikasi untuk menurunkan kecemasan (mis. vocal group, bola voli, tenis meja, jogging, berenang, tugas sederhana, permainan sederhana, tugas rutin, tugas rumah tangga, perawatan diri, dan teka-teki dan kart)</p> <p>5.22 Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu</p> <p>5.23 Fasilitasi mengembangkan motivasi dan penguatan diri</p> <p>5.24 Fasilitasi pasien dan keluarga memantau kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan</p> <p>5.25 Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari</p> <p>5.26 Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</p> <p>Edukasi</p> <p>5.27 Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu</p> <p>5.28 Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih</p> <p>5.29 Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif, dalam menjaga fungsi dan kesehatan</p> <p>5.30 Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai</p> <p>5.31 Anjurkan keluarga untuk member penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</p>
--	--	--

			<p>Kolaborasi</p> <p>5.32 Kolaborasi dengan terapi okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, jika sesuai</p> <p>5.33 Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas, jika perlu</p>
6.	<p>Ansietas b/d ancaman pada status terkini</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gelisah 2. Mengekspresikan kekhawatiran karena perubahan dalam peristiwa hidup 	<p>Tingkat ansietas (I.09093)</p> <p>Setelah dilakukan tind. Kep selama x..jam diharapkan ansietas menurun dengan</p> <p>Indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak dapat beristirahat 2. Perasaan gelisah 3. Wajah tegang 4. Peningkatan tekanan darah 5. Fatigue <p>Skala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat 2. Cukup berat 3. Sedang 4. Ringan 5. Tidak ada 	<p>Reduksi Ansietas (I.09314)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.1 Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor) 6.2 Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 6.3 Monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.4 Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 6.5 Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 6.6 Pahami situasi yang membuat ansietas 6.7 Dengarkan dengan penuh perhatian 6.8 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6.9 Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 6.10 Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang kepada keluarga/orangtua <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.11 Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 6.12 Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 6.13 Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 6.14 Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan 6.15 Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi

C. Konsep Virgin Coconut Oil

1. Definisi

Virgin coconut oil adalah minyak kelapa yang dihasilkan dari daging buah kelapa (*cocos nucifera* L) segar dan matang dengan cara mekanis atau alamiah dengan atau tanpa pemanasan, yang tidak mengakibatkan perubahan pada minyak. Virgin coconut oil baik untuk dikonsumsi manusia pada keadaan alamiahnya (Alamsyah, 2015).

Virgin coconut oil (VCO) adalah minyak yang dibuat dari buah kelapa segar yang diproses secara mekanik atau alamiah dengan atau tanpa pemanasan dan tanpa penambahan bahan kimia dan zat aditif lainnya (Kabara, 2016). VCO dalam bentuk minyak kelapa murni, berwarna putih/jernih seperti air, dan mengandung vitamin E alamiah dan tidak mengalami proses hidrolisa atau oksidasi sebagaimana dibuktikan dengan nilai FFA dan bilangan peroksida yang rendah. VCO adalah minyak yang dapat dikonsumsi langsung tanpa mengalami proses selanjutnya. Umumnya mutu VCO yang baik diproduksi dengan temperatur yang rendah (600C) dan tergantung pada cara atau metode yang digunakan.

Metode apapun yang dipakai kadar air dari minyak yang dihasilkan adalah 0,1% atau lebih kecil, sebaliknya lebih dari itu minyak akan menjadi tengik. Salah satu indikator perbedaan antara minyak kelapa dengan VCO adalah bau dan rasa. Dalam VCO aroma dan bau khas kelapa tidak berubah, sedangkan minyak kelapa dari kopra yang sudah mengalami pemurnian tidak seperti itu atau akan mengalami perubahan (Kabara, 2010).

VCO mengandung asam lemak jenuh± 92%. Asam lemak tak jenuh di dalam VCO merupakan asam lemak golongan rantai sedang (MCFA) yaitu asam lemak dengan jumlah rantai atom karbon C1-C12, golongan asam lemak ini memiliki keunggulan disbanding dengan asam lemak lain diantaranya tidak dapat disintesis menjadi kolesterol, tidak ditimbun dalam tubuh, mudah dicerna dan dibakar dalam proses metabolisme serta lebih mudah dilarutkan.

2. Manfaat

Virgin coconut oil efektif dan aman digunakan sebagai moisturizer pada kulit sehingga dapat meningkatkan hidrasi kulit, dan mempercepat penyembuhan pada kulit. Pemanfaatan virgin coconut oil dalam sediaan setengah padat dimungkinkan karena memiliki sejumlah sifat yang baik pada kulit yaitu bersifat emolien dan moisturizer. Hal ini membuat kulit lembut dan lembab sehingga dapat menurunkan tahanan diffusinya (Ageroand Verallo-Rowell, 2014)

Virgin coconut oil adalah minyak terbaik karena melindungi terhadap infeksi kulit, melembutkan dan melembabkan serta mencegah kerutan dan kendur pada kulit Gupta, et, al (2016). Sedangkan penggunaan lotion biasa untuk perawatan kulit, umumnya menggunakan komponen air sehingga ketika dipakai akan memberikan kesegaran sesaat namun ketika kandungan airnya hilang karena penguapan maka kulit akan menjadi kering. Sedangkan dalam virgin coconut oil antioksidan dan vitamin E masih dapat dipertahankan sehingga jika digunakan sebagai pelindung kulit akan mampu melembabkan kulit (Price, 2017). Vitamin E dari virgin coconut oil

yang diberikan secara topical dapat terserap 24 jam yang berfungsi sebagai stabilizer membrane sel, melindungi kerusakan sel dari radikal bebas dan sebagai simpanan lemak dalam organ sel (Nirmala, 2018).

Selain itu pada pasien dengan gagal ginjal kronik sering terdapat masalah gatal atau pruritus yang sangat mengganggu, manfaat dari virgin coconut oil bisa diterapkan pada pasien gagal ginjal kronik.

Pruritus atau gatal-gatal merupakan keluhan yang paling sering terjadi pada pasien hemodialisis. Hampir 60-80% pasien yang menjalani dialisis (baik hemodialisis maupun dialisis peritoneal) mengeluhkan pruritus.

Pruritus pada pasien dengan gagal ginjal atau yang sedang menjalani dialisa disebut dengan pruritus uremik. Penderita pruritus uremic mengeluh sangat gatal, terlihat banyak ekskoriasi, mengalami gangguan tidur, depresi, sangat sensitif, kualitas hidup yang rendah.

Penumpukan ureum di bagian integumen akan menyebabkan rasa gatal atau pruritus. Salah satu cara untuk mengatasi masalah gatal di kulit adalah dengan menerapkan penggunaan Virgin Coconut Oil yang dioleskan ke kulit untuk mengurangi rasa gatal atau pruritus. (Jurnal Ilmu Keperawatan, 2021).