

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. I DENGAN
MASALAH DERMATITIS DI BANGSAL CEMPAKA
RUMAH PELAYANAN SOSIAL PUCANG GADING
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh:

DEWI MARLINA

40902000019

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
2023**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. I DENGAN
MASALAH DERMATITIS DI BANGSAL CEMPAKA
RUMAH PELAYANAN SOSIAL PUCANG GADING
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
2023**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIATRISME

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 10 September 2023



(Dewi Marlina)

HALAMAN PERSETUJUAN

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH BERJUDUL :

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. I DENGAN
MASALAH DERMATITIS DI BANGSAL CEMPAKA
RUMAH PELAYANAN SOSIAL PUCANG GADING
SEMARANG

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Dewi Marlina

40902000019

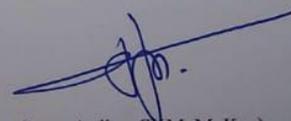
Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh pembimbing untuk dipertahan
dihadapan penguji Karya Tulis Ilmiah program studi D-III Keperawatan Fakultas
Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Jumat

Tanggal : 19 Mei 2023

Semarang, 19 Mei 2023

Pembimbing



(Iwan Ardian, SKM, M. Kep)

NIDN. 06-2208-7403

HALAMAN PENGESAHAN

HALAMAN PENGESAHAN

Karya tulis ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan tim penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula pada hari Senin, 22 Mei 2023 dan telah diperbaiki sesuai dengan saran masukan tim penguji.

Semarang, 26 Juni 2023

Penguji 1

Ns. Nutrisia Nu'im Haiya, M. Kep

NIDN. 06-0901-8004

Penguji 2

Ns. Iskim Luthfa, M. Kep

NIDN. 06-2006-8402

Penguji 3

Iwan Ardian, SKM, M.Kep

NIDN. 06-2208-7403

Mengetahui

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan

Iwan Ardian, SKM, M.Kep

NIDN. 06-2208-7403

MOTTO

“Tiap orang bisa punya mimpi, tapi tak semua bisa bangkitkan semangat tinggi”

(Najwa Shihab)

“Hiduplah seakan kamu mati besok, belajarlah seakan kamu hidup selamanya”

(Mahatma Gandhi)

“Maka sesungguhnya beserta kesulitan ada kemudahan, sesungguhnya beserta kesulitan itu ada kemudahan.”

(QS. Al- Insyirah/94:5-6)

“Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya...”

(QS. Al- Baqarah/2:286)

“Orang yang banyak bersabar akan memperoleh yang terbaik.”

(Abdullah ibn Mas’ud)

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb

Alhamdulillahirobil'alamin, segala puji dan syukur senantiasa kita panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah mencurahkan rahmat, nikmat serta hidayah-Nya kepada kita semua sehingga saya dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Ny. I Dengan Masalah Dermatitis Di Bangsal Cempaka Rumah Pelayanan Sosial Pucang Gading Semarang". Saya menyadari karya tulis ini tidak akan terwujud tanpa adanya bimbingan, pengarahan serta dukungan dari berbagai pihak sehingga saya mampu menghasilkan suatu pemikiran yang diharapkan akan bermanfaat bagi petugas kesehatan dan peneliti selanjutnya. Maka dengan segala kerendahan dan ketulusan hati penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada :

1. Allah SWT.
2. Prof. Dr. H. Gunarto, SH., M.Hum, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Iwan Ardian, SKM., M.Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu kesehatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang sekaligus pembimbing yang telah berkenan meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan dukungan sampai terselesainya karya tulis ilmiah ini.
4. Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep, selaku Kaprodi D-III Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
5. Ns. Nutrisia Nu'im Haiya, M.Kep, selaku Penguji I dalam ujian karya tulis ilmiah.
6. Ns. Iskim Luthfa, M.Kep selaku penguji II dalam ujian karya tulis ilmiah.
7. Kepala Rumah Pelayanan Sosial Pucang Gading Semarang dan segenap perawat terima kasih atas ilmu dan kesempatan yang telah diberikan.
8. Segenap Dosen Fakultas Ilmu Keperawatan.
9. Kepada kedua orang tuaku Ibu Nur Aeni, Bapak Agus, dan adik-adikku tercinta terimakasih atas doa dan dukungannya.

10. Teman-teman D3 FIK Unissula angkatan 2020 terimakasih atas indahnya persahabatan dan kebersamaan.
11. Semua pihak yang telah membantu dalam memberikan dukungan moral yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu.

Atas bantuan dan dukungan yang telah diberikan, saya mengucapkan banyak terimakasih, semoga mendapatkan ridho dan balasan dari Allah SWT dan semoga karya sederhana ini dapat bermanfaat.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.



DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIATRISME	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
MOTTO.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	1
1. Lampiran. 1 pengkajian psikososial dan spiritual	1
2. Lampiran. 2 pengkajian fungsional klien (Indeks katz).....	1
3. Lampiran. 3 pengkajian fungsional (Barthel Indeks)	1
4. Lampiran. 4 pengkajian status mental gerontik (SPSMQ)	1
5. Lampiran. 5 pengkajian aspek kognitif mental status exam (SSME).....	1
6. Lampiran. 6 surat kesediaan pembimbing	1
7. Lampiran. 7 surat keterangan konsultasi.....	1
8. Lampiran. 8 lembar konsultasi bimbingan.....	1
9. Lampiran. 9 hasil turnitin	1
10. Lampiran. 10 ASKEP	1
BAB 1	2
PENDAHULUAN	2
A. Latar Belakang	2
B. Tujuan Laporan Kasus.....	3
C. Manfaat Penulisan.....	4
BAB II.....	5
KONSEP DASAR	5
A. Konsep Dasar Lansia.....	5
1. Pengertian.....	5
2. Tipe-tipe Lansia.....	6

3.	Perubahan Fisik, Psikologis, dan Sosial Pada Lansia	7
4.	Peran Tenaga Kesehatan Dalam Perawatan Lansia	7
B.	Konsep Dasar Penyakit Dermatitis	8
1.	Pengertian.....	8
2.	Klasifikasi	8
3.	Etiologi.....	9
4.	Patofisiologi	9
5.	Komplikasi	10
6.	Pemeriksaan Penunjang	11
C.	Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	13
1.	Pengkajian	13
2.	Analisa Data	14
3.	Diagnosa Keperawatan	14
4.	Intervensi Keperawatan.....	18
5.	Implementasi Keperawatan	22
6.	Evaluasi.....	22
BAB III.....		23
RESUME KASUS		23
A.	Pengkajian.....	23
B.	Diagnosa, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi Keperawatan	26
BAB IV		32
PEMBAHASAN.....		32
A.	Pengkajian.....	32
B.	Diagnosa Keperawatan	34
C.	Intervensi Keperawatan	35
D.	Implementasi Keperawatan	36
E.	Evaluasi Keperawatan	36
BAB V.....		38
PENUTUP		38
A.	Simpulan.....	38
B.	Saran	39

DAFTAR PUSTAKA	40
LAMPIRAN	42
Interpretasi hasil:	52



DAFTAR LAMPIRAN

1. Lampiran. 1 pengkajian psikososial dan spiritual
2. Lampiran. 2 pengkajian fungsional klien (Indeks katz)
3. Lampiran. 3 pengkajian fungsional (Barthel Indeks)
4. Lampiran. 4 pengkajian status mental gerontik (SPSMQ)
5. Lampiran. 5 pengkajian aspek kognitif mental status exam (SSME)
6. Lampiran. 6 surat kesediaan pembimbing
7. Lampiran. 7 surat keterangan konsultasi
8. Lampiran. 8 lembar konsultasi bimbingan
9. Lampiran. 9 hasil turnitin
10. Lampiran. 10 ASKEP

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dermatitis adalah penyakit kulit yang menyerang permukaan tubuh manusia dan disebabkan oleh berbagai faktor dan penyebab. Kondisi kulit ini dapat menyerang siapa saja dari segala usia. Sebagian besar perawatan untuk kondisi kulit ini membutuhkan waktu yang lama untuk melihat efek atau reaksinya di dalam tubuh. Ada sedikit informasi perawatan yang tepat untuk kondisi ini, namun biasanya sekitar 10-20 persen pasien memerlukan saran profesional medis untuk merawat kondisi kulit ini (Anintyas, 2021).

Dermatitis adalah infeksi kulit yang dapat terjadi pada semua kelompok usia, termasuk lansia. Dermatitis pada lansia seringkali disebabkan oleh perubahan kulit akibat penuaan, paparan bahan kimia, infeksi, dan faktor risiko lainnya. Keadaan ini dapat memengaruhi kualitas hidup lansia karena gejala yang menyakitkan dan mengganggu aktivitas sehari-hari dengan begitu, asuhan keperawatan yang baik dan tepat diperlukan untuk membantu mengurangi gejala dermatitis pada lansia (Anintyas, 2021).

Pada lansia, kulit mengalami penurunan ketebalan dan elastisitas serta penurunan fungsi perlindungan. Selain itu, lansia juga memiliki risiko yang lebih tinggi terkena infeksi dan kekeringan kulit. Hal ini membuat dermatitis pada lansia menjadi lebih sulit untuk dikelola dan lebih rentan terhadap komplikasi seperti infeksi sekunder dan ulkus kulit (Sanders, M. G. H. *et al.* 2018).

Asuhan keperawatan yang tepat dapat membantu mencegah dan mengatasi gejala dermatitis pada lansia, termasuk dengan melakukan pengkajian yang komprehensif, memilih terapi yang tepat, dan memberikan edukasi pada pasien. Oleh karena itu, peran perawat dalam merawat lansia dengan dermatitis secara efektif sangat penting untuk meningkatkan kualitas hidup pasien (Anintyas, 2021).

Data yang ditemukan di Rumah Pelayanan Sosial Pucang Gading Semarang selama 3 hari di ruang Cempaka terdapat hampir 85% lansia yang mengalami masalah dermatitis, maka dari itu diharapkan kita sebagai perawat harus lebih peduli bagi penderita dermatitis dikalangan lansia. Berdasarkan hal tersebut maka saya tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. I Dengan Masalah Dermatitis Di Bangsal Cempaka Rumah Pelayanan Sosial Pucang Gading Semarang”

B. Tujuan Laporan Kasus

Tujuan karya tulis ilmiah ini adalah:

1. Tujuan Umum

Mendeskripsikan pelaksanaan asuhan keperawatan dengan masalah Dermatitis pada Ny.I di Bangsal Cempaka Rumah Pelayanan Sosial Pucang Gading Semarang.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus karya tulis ilmiah ini adalah:

- a. Mendiskripsikan tentang penyakit Dermatitis
- b. Mendeskripsikan pengkajian pada pasien dermatitis
- c. Mendeskripsikan diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien dermatitis
- d. Mendeskripsikan intervensi keperawatan pada pasien dermatitis
- e. Mendeskripsikan tindakan keperawatan pada pasien dermatitis
- f. Mendeskripsikan evaluasi tindakan keperawatan pada pasien dermatitis.

C. Manfaat Penulisan

Manfaat penulisan karya tulis ilmiah ini adalah:

1. Bagi Institusi Pendidikan

Pengkajian yang dilakukan ini melalui pengambilan studi masalah yang terdapat pada pasien dermatitis dengan kerusakan integritas kulit sebagai acuan bagi institusi pendidikan supaya memberikan dengan lengkap dalam menyampaikan asuhan keperawatan.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Pengkajian yang dilakukan ini dengan mengambil studi kasus dermatitis dengan kerusakan integritas kulit dapat membantu perawat dalam mengembangkan wawasannya untuk menangani dan menentukan rencana tindakan keperawatan yang tepat dan efektif.

3. Bagi Mahasiswa

Pengkajian yang dilakukan ini dengan mengambil studi kasus dermatitis dengan kerusakan integritas kulit sebagai bahan pembelajaran dalam memperoleh ilmu pengetahuan dan pengalaman praktek khususnya pada pasien dermatitis.

4. Bagi Lansia

Pengkajian yang dilakukan ini dengan mengambil studi kasus dermatitis dengan kerusakan integritas kulit untuk memperluas pengetahuan bagi pasien tentang gangguan rasa nyaman pada penyakit kulit dermatitis agar dapat mencegah, memperbaiki dan melakukan secara mandiri tentang asuhan keperawatan yang telah diberikan.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Lansia

1. Pengertian

Menurut *Internasional Journal of Environmental Research and Public Health* yang diterbitkan pada tahun 2020, lansia adalah sekelompok lansia yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas dan sudah mengalami perubahan secara psikis, fisik, dan sosial yang berbeda-beda antara individu dengan yang lainnya. Perubahan tersebut meliputi penurunan fungsi fisik seperti kekuatan otot, keseimbangan, daya tahan fisik, fungsi kognitif (perhatian, perubahan mood, memori, perubahan peran, status sosial dalam keluarga dan masyarakat, serta peningkatan resiko penyakit kronis dan gangguan mental (Jung, H. K., & Kim, M. H. 2020).

Menurut *World Health Organization* (2020): "Lansia atau orang tua kelompok populasi yang relatif rentan dengan usia 60 tahun atau lebih. Mereka memiliki kebutuhan yang berbeda dan menghadapi tantangan khusus dalam menjaga kesehatan fisik dan mental." Centers for Disease Control and Prevention. (2018).

Menurut *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC): "Lansia adalah individu yang berusia 65 tahun atau lebih. Penuaan dapat memiliki dampak yang signifikan pada kesehatan dan kualitas hidup seseorang. Dengan pendekatan yang tepat terhadap perawatan dan manajemen kesehatan, lansia dapat tetap hidup sehat dan aktif." Centers for Disease Control and Prevention. (2018).

2. Tipe-tipe Lansia

Ada banyak jenis atau karakteristik lansia yang telah diidentifikasi dalam berbagai penelitian jurnal. Berikut adalah beberapa tipe atau karakter lansia yang telah diidentifikasi dalam penelitian jurnal:

1. Lansia yang aktif: Lansia aktif adalah mereka yang terlibat dalam kegiatan sosial dan fisik yang tinggi, seperti bekerja paruh waktu, berolahraga, atau melakukan aktivitas sosial seperti berkumpul dengan kelompok-kelompok tertentu. Studi menunjukkan bahwa lansia yang aktif memiliki kesehatan fisik dan mental yang lebih baik serta risiko demensia yang lebih rendah.
2. Lansia yang mengalami kesepian: Lansia yang mengalami kesepian adalah mereka yang kurang terlibat dalam kegiatan sosial dan merasa terisolasi. Kondisi ini dapat menyebabkan kesehatan fisik dan mental yang buruk, serta meningkatkan risiko penyakit kardiovaskular, depresi, dan kematian dini.
3. Lansia yang memiliki keterbatasan fisik: Lansia yang memiliki keterbatasan fisik, seperti kesulitan berjalan atau penglihatan yang buruk, dapat mengalami kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari. Kondisi ini dapat meningkatkan risiko cedera dan gangguan kesehatan lainnya.
4. Lansia yang memiliki kondisi medis yang kronis: Lansia yang memiliki kondisi medis kronis, seperti diabetes, hipertensi, atau penyakit jantung, perlu perhatian khusus dalam menjaga kesehatan mereka. Kondisi medis yang kronis dapat mempengaruhi kesehatan fisik dan mental, serta mengurangi kualitas hidup.
5. Lansia yang memiliki masalah kognitif: Lansia yang memiliki masalah kognitif, seperti demensia atau gangguan memori, dapat

mengalami kesulitan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari dan membutuhkan perawatan khusus (Chen, Y., & Hicks, A. , 2020).

3. Perubahan Fisik, Psikologis, dan Sosial Pada Lansia

Berdasarkan jurnal *The Journal of Nutrition, Health & Aging* yang terbit pada tahun 2020, perubahan fisik yang terjadi pada lansia meliputi penurunan kekuatan otot dan massa otot, penurunan kepadatan tulang, perubahan postur tubuh, penurunan kemampuan penglihatan dan pendengaran, penurunan daya tahan kardiorespirasi, dan penurunan keseimbangan dan koordinasi gerakan. Selain itu, lansia juga dapat mengalami berbagai masalah kesehatan yang berkaitan dengan sistem muskuloskeletal, seperti osteoarthritis, osteoporosis, dan patah tulang (Chung, H.Y., Lee, E.K., & Choi, Y. J. 2020).

Perubahan psikologis pada lansia meliputi penurunan kemampuan kognitif, peningkatan risiko depresi dan kecemasan, serta perubahan dalam kualitas tidur dan pola makan. Selain itu, lansia juga dapat mengalami perubahan pada sikap dan perilaku, seperti penurunan motivasi, penurunan rasa percaya diri, dan peningkatan rasa kesepian dan isolasi sosial (Savla, J., Dave, J., & Pietrzak, R. H. 2020).

Perubahan sosial pada lansia meliputi penurunan dukungan sosial dari keluarga dan teman sebaya, penurunan keaktifan dalam kegiatan sosial, dan peningkatan risiko isolasi sosial dan kesepian. Selain itu, lansia juga dapat mengalami perubahan dalam peran sosialnya, seperti pensiun dari pekerjaan atau mengalami kehilangan pasangan hidup (Ebrahim, W., & Weerakon, S. 2020).

4. Peran Tenaga Kesehatan Dalam Perawatan Lansia

Peran seorang tenaga kesehatan dalam perawatan lansia meliputi melakukan penilaian kesehatan secara teratur, memberikan intervensi

kesehatan yang sesuai, memberikan edukasi kesehatan, dan membantu lansia dalam mengakses pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Selain itu, tenaga kesehatan juga memiliki peran penting dalam mengidentifikasi risiko kesehatan yang dialami oleh lansia dan memberikan perawatan yang holistik dan terintegrasi (Frost, R., & Belk, C. 2020).

B. Konsep Dasar Penyakit Dermatitis

1. Pengertian

Dermatitis adalah peradangan pada kulit yang dapat disebabkan oleh berbagai faktor seperti zat kimia, alergen, atau iritan. Dermatitis dapat terjadi pada siapa saja dan dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien. Penanganan yang tepat dapat membantu mengurangi gejala dan memperbaiki kualitas hidup pasien (Patel, V. M., & Green, J. B. 2020).

2. Klasifikasi

Berdasarkan jurnal yang dipublikasikan pada tahun 2019 di *Journal of the American Academy of Dermatology*, dermatitis dapat diklasifikasikan menjadi beberapa jenis, yaitu:

1. Dermatitis kontak alergi: Jenis dermatitis yang terjadi karena paparan zat kimia atau bahan tertentu yang menyebabkan reaksi alergi pada kulit.
2. Dermatitis kontak iritan: Jenis dermatitis yang terjadi karena paparan zat kimia atau bahan tertentu yang merusak kulit secara langsung, tanpa reaksi alergi.
3. Dermatitis atopik: Jenis dermatitis kronis yang disebabkan oleh faktor genetik, di mana kulit cenderung menjadi kering, gatal, dan rentan terhadap infeksi.

4. Dermatitis seboroik: Jenis dermatitis yang disebabkan oleh peradangan pada kelenjar minyak di kulit kepala, wajah, atau bagian tubuh lainnya.
5. Dermatitis stasis: Jenis dermatitis yang terjadi pada orang dengan masalah peredaran darah yang buruk, terutama pada kaki.
6. Dermatitis numular: Jenis dermatitis kronis yang terjadi pada orang dewasa, dengan lesi cenderung berbentuk lingkaran (Sidbury, R., Davis, D. M. R., & Cohen, D. E. 2019).

3. Etiologi

Berdasarkan di *Current Opinion in Pediatrics* pada tahun 2020, etiologi dermatitis sangat bervariasi dan kompleks. Beberapa faktor yang dapat menyebabkan dermatitis, antara lain:

1. Paparan alergen atau iritan: Bahan kimia atau benda lainnya seperti logam, lateks, kosmetik, sabun, dan deterjen yang dapat merusak kulit dan menyebabkan reaksi alergi.
2. Faktor lingkungan: Udara kering atau lembap, cuaca dingin, atau panas yang ekstrim dapat menyebabkan kulit menjadi kering dan mudah teriritasi.
3. Faktor genetik: Beberapa jenis dermatitis seperti dermatitis atopik memiliki faktor risiko yang berhubungan dengan genetik.
4. Infeksi: Bakteri, jamur, dan virus dapat memicu terjadinya dermatitis.
5. Stres: Stres dapat memicu terjadinya flare-up pada beberapa jenis dermatitis.
6. Sistem imun yang lemah: Kondisi medis yang melemahkan sistem kekebalan tubuh dapat membuat kulit lebih rentan terhadap dermatitis (Singh, M., & Silverberg, J. I. 2020).

4. Patofisiologi

Patofisiologi penyakit dermatitis sangat bervariasi tergantung pada jenis dan penyebabnya. Namun, pada dasarnya dermatitis terjadi akibat peradangan atau inflamasi pada kulit. Beberapa jenis dermatitis seperti dermatitis atopik memiliki patofisiologi yang lebih kompleks, seperti yang dijelaskan dalam jurnal yang diterbitkan di *Current Opinion in Pediatrics* pada tahun 2020. Berikut adalah beberapa hal yang terjadi dalam patofisiologi dermatitis atopik:

1. Defisiensi lapisan lipid kulit: Kulit penderita dermatitis atopik memiliki defisiensi pada lapisan lipid atau minyak yang terdapat di dalam kulit. Hal ini dapat membuat kulit lebih kering dan mudah teriritasi.
2. Gangguan dalam sistem kekebalan tubuh: Penderita dermatitis atopik memiliki sistem kekebalan tubuh yang lebih sensitif terhadap alergen atau iritan.
3. Perubahan dalam ekspresi genetik: Penderita dermatitis atopik memiliki perubahan dalam ekspresi genetik pada beberapa gen yang terkait dengan fungsi penghalang kulit dan sistem kekebalan tubuh.
4. Infeksi: Infeksi bakteri, jamur, atau virus dapat memicu terjadinya peradangan pada kulit dan memperburuk dermatitis atopik (Singh, M., & Silverberg, J. I. 2020).

5. Komplikasi

Penyakit dermatitis dapat menyebabkan beberapa komplikasi, tergantung pada jenis dan tingkat keparahannya. Berikut beberapa komplikasi yang dialami penderita dermatitis, seperti yang dijelaskan dalam jurnal yang diterbitkan di *American Journal of Clinical Dermatology* pada tahun 2020:

- a. Infeksi sekunder: Kulit yang teriritasi dan terinfeksi dapat menyebabkan infeksi sekunder dari bakteri, virus, atau jamur.

Infeksi sekunder dapat memperparah gejala dermatitis dan memerlukan pengobatan khusus.

- b. Hiperpigmentasi: Setelah dermatitis sembuh, beberapa penderita dapat mengalami hiperpigmentasi atau peningkatan warna kulit pada area yang terkena.
- c. Scarring: Pada kasus dermatitis yang parah atau berulang-ulang, terutama pada jenis dermatitis kontak alergi atau toksik, dapat menyebabkan terbentuknya bekas luka atau scarring.
- d. Gangguan psikologis: Dermatitis yang parah dapat memengaruhi kualitas hidup penderita, termasuk menimbulkan stres, depresi, atau kecemasan (Sidbury, R., Davis, D. M., & Cohen, D. E. 2020).

6. Pemeriksaan Penunjang

Berikut adalah beberapa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada penderita dermatitis, seperti yang dijelaskan dalam jurnal yang diterbitkan di *American Journal of Clinical Dermatology* pada tahun 2020:

1. Pemeriksaan kulit: Pemeriksaan kulit untuk melihat tanda-tanda dermatitis, seperti kemerahan, bercak, lepuhan, atau keringat berlebihan. Pemeriksaan kulit juga dapat membantu dokter menilai tingkat keparahan dermatitis.
2. Tes alergi: Tes alergi dapat dilakukan dengan metode skin prick test, patch test, atau tes darah.
3. Kultur bakteri: Jika terdapat tanda-tanda infeksi pada kulit yang terkena dermatitis, dokter dapat melakukan kultur bakteri untuk menentukan jenis bakteri penyebab infeksi. Hasil kultur bakteri dapat membantu dokter memilih antibiotik yang tepat untuk mengobati infeksi.
4. Biopsi kulit: Jika dokter membutuhkan informasi lebih lanjut tentang jenis dermatitis yang dialami penderita, dokter dapat melakukan biopsi kulit. Biopsi kulit adalah prosedur mengambil

sampel jaringan kulit yang kemudian diperiksa di laboratorium (Sidbury, R., Davis, D. M., & Cohen, D. E. 2020).

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan dermatitis bergantung pada jenis dan tingkat keparahan penyakit. Berikut adalah pendekatan umum dalam penanganan dermatitis, termasuk dalam jurnal yang diterbitkan di *American Journal of Clinical Dermatology* pada tahun 2020:

1. Perawatan kulit yang tepat: Menjaga kebersihan kulit dengan mandi menggunakan air hangat (bukan air panas) dan pembersih ringan. Menghindari penggunaan produk yang mengandung pewangi atau bahan kimia keras yang dapat memperburuk gejala dermatitis.
2. Penggunaan pelembap: Menggunakan pelembap yang cocok untuk menghidrasi kulit dan mengurangi kekeringan. Pelembap yang mengandung bahan seperti ceramide dapat membantu memperbaiki fungsi penghalang kulit.
3. Penghindaran pemicu: Mengidentifikasi dan menghindari pemicu yang memicu flare-up dermatitis, seperti alergen atau iritan tertentu. Jika terjadi dermatitis kontak alergi, patch test dapat membantu mengidentifikasi alergen penyebab.
4. Penggunaan obat topikal: Penggunaan krim kortikosteroid topikal atau krim imunomodulator topikal dapat membantu mengurangi peradangan dan gatal pada dermatitis. Penggunaannya harus sesuai dengan anjuran dokter.
5. Pengobatan antihistamin: Dalam kasus dermatitis yang disertai gatal yang signifikan, dokter dapat meresepkan antihistamin oral untuk mengurangi gatal dan membantu meningkatkan tidur.
6. Pengobatan infeksi sekunder: Jika terjadi infeksi bakteri, jamur, atau virus pada kulit yang terkena dermatitis, dokter dapat meresepkan antibiotik, antijamur, atau antivirus yang sesuai.

7. Perubahan gaya hidup: Menerapkan gaya hidup sehat, termasuk menghindari stres berlebihan, menjaga kebersihan kulit, mengonsumsi makanan sehat, dan menghindari paparan lingkungan yang memperburuk dermatitis.

Penting untuk berkonsultasi dengan dokter atau ahli dermatologi untuk menentukan penatalaksanaan yang tepat berdasarkan jenis, tingkat keparahan, dan karakteristik individu dari dermatitis yang dialami.

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian Keperawatan Menurut Handa Gustiawan (2019) yang perlu dikaji ialah :

1. Identitas
2. Riwayat Masuk Panti
3. Riwayat Keluarga
4. Riwayat Pekerjaan,
5. Riwayat Lingkup Hidup .
6. Riwayat Rekreasi
7. Sumber/Sistem Pendukung
8. Status Kesehatan Sekarang
9. Pemeriksaan fisik

Pengkajian status fungsional dan pengkajian status kognitif :

1. Pengkajian Psikososial dan spiritual
2. Pengkajian status fungsional, meliputi :
 - 1) Indeks katz
 - 2) Barthel indeks

Pengkajian status kognitif, meliputi :

- a. SPMSQ (Short portable mental status questionnaire)
- b. MMSE/Mini mental state exam

2. Analisa Data

Analisa data menurut Setiawan dalam Mardiani (2019) adalah pengumpulan data setelah pengkajian, dari data tersebut kita kaitkan dengan konsep teoritik serta membuat kesimpulan sehingga perawat dapat menegakkan diagnosa.

3. Diagnosa Keperawatan

1) Kerusakan Integritas Kulit

Definisi

Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan /atau ligamen).

Penyebab

1. Perubahan sirkulasi
2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
3. Kelebihan/kekurangan volume cairan
4. Penuruna mobilitas
5. Bahan kimia iritatif
6. Suhu lingkungan yang ekstrem
7. Faktor mekanis (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan)
8. Efek samping terapi radiasi
9. Kelembaban
10. Proses penuaan
11. Neuropati perifer
12. Perubahan pigmentasi
13. Perubahan hormonal

14. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan atau melindungi integritas jaringan

Gejala dan tanda mayor

Subjektif : (tidak tersedia)

Objektif : 1. Kerusakan jaringan dan/atau kulit

Gejala dan tanda minor

Subjektif : (tidak tersedia)

Objektif :

1. Nyeri
2. Perdarahan
3. Kemerahan
4. Hematoma

Kondisi klinis terkait

1. Imobilisasi
2. Gagal jantung kongestif
3. Gagal ginjal
4. Diabetes melitus
5. Immunodefisiensi (mis. AIDS)

2) Gangguan Pola Tidur

Definisi

Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal

Penyebab

1. Hambatan lingkungan (mis. kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan)
2. Kurang kontrol tidur
3. Kurang privasi

4. Restraint fisik
5. Ketiadaan teman tidur
6. Tidak familiar dengan peralatan tidur

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

1. Mengeluh sulit tidur
2. Mengeluh sering terjaga
3. Mengeluh tidak puas tidur
4. Mengeluh pola tidur berubah
5. Mengeluh istirahat tidak cukup

Objektif

(tidak tersedia)

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun

Objektif

(tidak tersedia)

Kondisi Klinis Terkait

1. Nyeri/kolik
2. Hipertirodisme
3. Kecemasan
4. Penyakit paru obstruktif kronis
5. Kehamilan
6. Periode pasca partum
7. kondisi pasca operasi

3) Gangguan Rasa Nyaman

Definisi

Perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospirtual, lingkungan dan sosial

Penyebab

1. Gejala penyakit
2. Kurang pengendalian situasional/lingkungan
3. Ketidakaekuatan sumber daya mis (mis. dukungan finansial, sosial dan pengetahuan)
4. Kurangnya privasi
5. Gangguan stimulus lingkungan
6. Efek samping terapi (mis. medikasi, radiasi, kemoterapi)
7. Gangguan adaptasi kehamilan

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

1. mengeluh tidak nyaman

Objektif

1. Gelisah

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

1. Mengeluh sulit tidur
2. Tidak mampu rileks
3. Mengeluh kedinginan/kepanasan
4. Merasa gatal
5. Mengeluh mual
6. Mengeluh lelah

Objektif

1. Menunjukkan gejala distres
2. Tampak merintih/menangis
3. Pola eliminasi berubah
4. Postur tubuh berubah
5. Iritabilitas

Kondisi Klinis Terkait

1. Penyakit kronis
2. Keganasan
3. Distres psikologis
4. Kehamilan

4. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah semua tindakan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai hasil yang diharapkan yang diharapkan (SIKI, 2018).

Intervensi sesuai diagnosa diatas adalah:

1. Gangguan Integritas Kulit

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil

- 1) Kerusakan jaringan menurun
- 2) Keusakan lapisan kulit menurun
- 3) Kemerahan menurun

Intervensi keperawatan

Observasi

1. Identifikasi penyebab kerusakan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi darah, perubahan status gizi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas)

Teraupetik

1. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring
2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu
3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare
4. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering
5. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive
6. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering

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
 5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim
 6. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah
 7. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
2. Gangguan Pola Tidur
- Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil
- 1) Keluhan sulit tidur menurun
 - 2) Keluhan sering terjaga menurun

Intervensi keperawatan

Observasi

1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur
2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)

3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)
4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi

Terapeutik

1. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)
2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu
3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur
4. Tetapkan jadwal tidur rutin
5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)
6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga

Edukasi

1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
 3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM
 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)
 6. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya
3. Gangguan Rasa Nyaman
- Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil
- 1) Keluhan tidak nyaman menurun

- 2) Gelisah menurun
- 3) Keluhan sulit tidur menurun

Intervensi keperawatan

Observasi

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
2. Identifikasi skala nyeri
3. Identifikasi respon 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
8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
9. Monitor efek samping penggunaan analgetik

Teraupetik

1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri
2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
3. Fasilitasi istirahat dan tidur
4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat
5. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan nyata dari intervensi yang sudah ditentukan sebelumnya, tujuan dari implementasi adalah untuk mencukupi kebutuhan pasien secara maksimal. Perawat melaksanakan tahap-tahap pengetahuan intelektual, melakukan komunikasi secara langsung terhadap pasien, melakukan asuhan keperawatan, menemukan perubahan yang terjadi pada pasien. Implementasi dilakukan secara mantap sehingga mampu menciptakan rasa nyaman dan aman pada pasien (Nusatirin, 2018)

6. Evaluasi

Evaluasi dilakukan guna menilai proses keperawatan yang bertujuan untuk menangani kebutuhan pasien secara maksimal serta menentukan hasil dari tindakan keperawatan yang sudah dilakukan menurut (Nusatirin, 2018). Penilaian evaluasi menggunakan 4 langkah yaitu S (Subjective), O (Objective), A (Assesment), P (Plan).

BAB III

RESUME KASUS

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada hari Kamis, 5 Januari 2023 pukul jam 10.00 WIB. Mahasiswa mengelola kasus pada pasien dengan masalah penyakit kulit Dermatitis di Bangsal Cempaka Rumah Pelayanan Sosial Pucang Gading Semarang. Didapatkan gambaran kasus sebagai berikut : pasien bernama Ny. I. Beragama Islam dan berusia 58 tahun. Pendidikan terakhir pasien SD. Orang yang paling dekat dan dapat dihubungi yaitu anaknya. Pasien berasal dari kuningan. Pasien masuk ke Rumah Pelayanan Sosial sekitar tahun 2020. Alasan masuk ke rumah pelayanan sosial, pasien mengatakan dibawa ke panti oleh keluarganya kurang lebih 3 tahun yang lalu, tetapi Ny. I tidak tahu alasan keluarganya membawa ke rumah pelayanan sosial lansia sekarang ini. Riwayat kesehatan, pasien mengatakan tidak ada riwayat kesehatan di masa lalu dan pada saat ini hanya mengalami gatal pada kulit. Pasien mengatakan keluarganya sehat tidak ada riwayat sakit berat ataupun penyakit keturunan yang diderita.

Pengkajian biologis pola makan pasien mengatakan, makan 3 kali sehari, porsi makan selalu dihabiskan, dan pasien mampu makan secara mandiri. Pola minum, pasien mengatakan minum dalam sehari bisa menghabiskan 4-5 gelas atau cangkir air putih. Pasien mampu mengambil minum secara mandiri. Pola tidur, pasien mengatakan terkadang tidak bisa tidur pada malam hari dikarenakan suasana yang kurang nyaman dan timbul rasa gatal pada badannya dan itu bisa berlangsung 2 sampai 3 jam, pasien mengatakan terkadang tidur pukul 11 malam dan bangun ketika sholat subuh, pada siang hari pasien jarang tertidur hanya berjalan-jalan kecil di bangsal. Eliminasi pasien mampu BAK/BAB secara mandiri, BAK 4-5 kali dan BAB 1 kali dalam sehari. Aktivitas dan istirahat pasien mengatakan aktivitas hanya makan, mandi, mengobrol dan berjalan-jalan

disekitar ruangan. Untuk istirahat sendiri pasien mengatakan terkadang istirahat kalau sudah merasa lelah. Rekreasi pasien yaitu hanya berjalan-jalan kecil disekitar kamar dan mengobrol dengan teman sejawat atau jika ada mahasiswa praktek.

Psikologis pasien dapat mengontrol emosi dengan baik. Emosi stabil, pasien mengatakan tetap bersabar walaupun keluarga tidak ada yang menjenguk. Hubungan sosial pasien dengan anggota kelompoknya, pasien mengatakan bisa mengontrol dan mampu bersosialisasi dengan baik. Hubungan dengan anggota keluarga pasien mengatakan dulu hubungan sangat baik dan saling mengerti satu sama lain, tetapi pasien tidak tahu kenapa sekarang merasa jauh dengan keluarganya.

Spiritual/ kultur pelaksanaan ibadah pasien mengatakan beribadah hanya dikamar, pasien mengatakan rajin beribadah shalat 5 tepat waktu. Keyakinan terhadap kesehatan pasien mengatakan untuk keyakinan itu pasti dan harus tetap optimis untuk segera sembuh dan suatu saat pasti di jenguk oleh keluarganya.

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien ditemukan data tingkat kesadaran composmentis dengan tanda vital : TD: 130/90 mmHg, N: 80 x/menit, S : 36 C, RR :20x/ menit, BB : 50 kg, TB : 153 cm. Pemeriksaan dan kebersihan perorangan yaitu pasien tampak kurang memperhatikan kebersihan kamarnya karena terlihat kotor dan banyak alat makan yang sudah terpakai tetapi belum dibersihkan, untuk mandi pasien menggunakan alat mandi bersama dengan yang lainnya, pasien mandi pada pagi dan sore hari.

Pada pemeriksaan fisik pasien ditemukan data berupa keadaan umum sadar penuh dan sehat. Pada integumen ditemukan turgor jelek, kering, berwarna kuning langsung, elastisitas, terdapat bekas gatal-gatal, terdapat lesi. Kepala mesocephal, tidak ada luka, tidak ada nyeri tekan, rambut beruban, kulit kepala agak kotor. Mata kanan dan kiri simetris, mata bersih, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak ada gangguan penglihatan, penglihatan masih sedikit jelas. Telinga kanan dan kiri

simetris, sedikit serumen, tidak ada gangguan pendengaran. Hidung bersih, tidak ada secret, tidak ada polip, tidak ada gangguan indra penciuman. Mulut dan tenggorokan tidak mengalami kesulitan menelan, mulut bersih, mukosa bibir lembab, gigi sudah tidak lengkap, tidak ada sariawan. Leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Payudara simetris kanan dan kiri, tidak terdapat benjolan, tidak ada nyeri tekan. Pernafasan tidak ada batuk, sesak nafas, tidak ada bunyi nafas tambahan, serta tidak memiliki riwayat penyakit asma. Kardiovaskuler tidak ada nyeri dada, tidak ada edema, tidak ada riwayat penyakit jantung. Gastrointestinal tidak ada riwayat penyakit lambung, tidak ada edema disekitar perut, tidak mengalami ambeien. Perkemihan baik, pasien mampu berkemih secara normal tidak ada rasa nyeri saat berkemih, tidak ada infeksi pada saluran kemih. Genitourinaria tidak ada luka pada genetalia dan tidak ada nyeri. Muskulokeletal dengan kekutan otot sudah sedikit melemah, tidak ada nyeri sendi, kekakuan, kram dan masalah yang lain. Sistem saraf pusat sudah mengalami penurunan. Sistem endoktrin sudah mengalami penurunan, seperti rambut yang sudah beruban, dan kulit yang sudah keriput.

Pemeriksaan psikososial dan spritual, pasien mampu bersosialisasi baik dengan yang lainnya, pasien mampu mengobrol, tidak bertengkar, dan memiliki sikap yang ramah kepada yang lainnya. Pasien mengatakan mengalami kesulitan tidur yang dikarenakan rasa gatal yang timbul baik di siang hari ataupun pada malam hari, dan rasa gatalnya terkadang membuat kulit menjadi merah. Pasien mengatakan tidak mengalami gelisah karena pasien merasa cukup senang dengan lingkungannya sekarang. Pasien mengatakan tidak pernah murung ataupun menangis sendiri. Pasien mengatakan biasanya merasa was-was atau khawatir ketika ada orang baru dilingkungannya, pasien mengatakan tidak tau kenapa timbul rasa was-was pada dirinya. Pasien mengatakan keluhan gatalnya lebih dari satu kali dalam sebulan, pasien mengatakan ada hal yang dipikirkan terutama keluarganya, pasien mengatakan tidak ada masalah dengan pasien yang

lain, pasien mengatakan tidak menggunakan obat tidur/ penenang yang dianjurkan oleh dokter, pasien tidak cenderung mengurung diri. Masalah emosional pasien positif karena jawaban ya lebih dari satu. Spiritual pasien beragama islam dan menjalankan sholat 5 tepat waktu.

Pengkajian fungsional (Indeks Katz) pada pengkajian fungsional indeks katz pasien mampu bathing secara mandiri, dressing secara mandiri, toileting secara mandiri, transferring secara mandiri, continence secara mandiri, feeding secara mandiri, pada pengkajian fungsional ini pasien termasuk pada kategori indeks katz A karena bisa melakukan secara mandiri tanpa pengawasan, pengarahan, dan bantuan dari orang lain. Nilai Barthel Indeks berjumlah 105 dimana masuk dalam kategori ketergantungan sebagian seperti, mencuci pakaian dicucikan oleh petugas, tidak mengikuti senam dipagi hari, tidak rekreasi. Pada pemeriksaan SPSMQ pasien mendapatkan skor benar 2 salah 8, dengan keterangan kerusakan intelektual sedang dan pada pengkajian aspek kognitif Mini Mental Status Exam (MMSE) pasien termasuk mengalami kerusakan aspek fungsi mental ringan dengan skor 20.

B. Diagnosa, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi Keperawatan

Dari hasil pengkajian pada tanggal 5 Januari 2023 pukul 10.00 WIB didapatkan diagnosa kerusakan integritas kulit, gangguan pola tidur dan gangguan rasa nyaman.

Implementasi dan evaluasi hari pertama yakni tanggal 6 Januari 2023 pukul 10.00 WIB diagnosa keperawatan yang muncul ialah:

1. Kerusakan integritas kulit, data selanjutnya yang ditemukan pada pasien dalam kasus adalah data subjektif yang didapat pasien mengatakan gatal pada beberapa bagian tubuhnya. Data objektif : terdapat bekas luka gatal yang sudah kering berwarna coklat dan hitam, kulit pasien teraba kering. Dari data diatas dapat di tentukan bahwa diagnosa yang muncul adalah gangguan integritas kulit

berhubungan dengan proses penuaan dibuktikan dengan kerusakan jaringan atau lapisan kulit, kemerahan.

Tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x11 jam diharapkan integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil : kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun.

Intervensi keperawatan dari diagnosa tersebut identifikasi penyebab gangguan integritas kulit, gunakan produk berbahan ringan untuk kulit kering, anjurkan minum air putih yang cukup.

Implementasi keperawatan : mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit, menggunakan produk berbahan ringan untuk kulit seperti bedak salisin, dan menganjurkan pasien untuk lebih banyak minum air putih sehari 8 gelas.

Tanggal 6 Januari 2023 setelah dilakukan asuhan keperawatan S : pasien mengatakan belum tau penyebab rasa gatalnya dari mana, dari alat mandi yang bersamaan atau yang lainnya, O :, pasien terlihat sayu dipagi hari, dan terdapat bekas luka gatal pada tangannya, A : tujuan belum tercapai, masalah belum teratasi. P : ulangi semua intervensi.

2. Gangguan pola tidur, diagnosa selanjutnya yang ditemukan pada pasien dalam kasus, dengan data subjektif pasien mengatakan tidak bisa tidur dikarenakan rasa gatal yang menyerangnya pada malam hari. Data objektifnya : mata pasien terlihat sayu, pasien terlihat lemas dipagi harinya. Dari data diatas didapatkan diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan dibuktikan dengan mengeluh sulit tidur.

Tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x11 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : kesulitan tidur menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun.

Intervensi : identifikasi faktor pengganggu tidur, modifikasi lingkungan, anjurkan menghindari alergi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, anjurkan untuk membersihkan tempat tidur sendiri

Implementasi keperawatan : mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, memodifikasi lingkungan, menganjurkan untuk membersihkan tempat tidur sendiri.

Tanggal 6 Januari 2023 setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan S : pasien mengatakan masih tidak bisa tidur karena rasa gatalnya, O : pasien masih terlihat sayu dan kurang bersemangat di pagi hari, A : tujuan belum tercapai, masalah belum teratasi, P : ulangi semua intervensi.

3. Gangguan rasa nyaman, data yang didapat dari hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 6 Januari 2023 pada kasus Ny. I data subjektif : pasien mengatakan merasa gatal pada beberapa bagian tubuhnya seperti tangan, punggung dan kaki. Data objektif didapatkan pasien sedang menggaruk bagian tubuh yang gatal dan merasa tidak nyaman TD: 130/90 mmHg, N : 80x/ menit, S : 36 C, RR : 20x/ menit. Dari data diatas dapat ditentukan bahwa diagnosa yang muncul adalah gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit ditandai dengan merasa gatal.

Tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x11 jam diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil : keluhan tidak nyaman menurun, gelisah menurun.

Intervensi keperawatan identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (gatal), ciptakan lingkungan yang nyaman, kolaborasi pemberian antipluritus dan antihistamin, jika perlu.

Implementasi dilakukan pada hari pertama tanggal 6 Januari 2023 untuk diagnosa yang pertama mengidentifikasi gejala yang

tidak menyenangkan, menciptakan lingkungan yang nyaman, mengkolaborasi pemberian losion atau krim.

Tanggal 6 Januari 2023 setelah dilakukan asuhan keperawatan data subjektif pasien mengatakan masih merasa gatal pada tangannya, dan rasa gatal itu terus menerus padahal sudah diberi lotion , objektif : pasien masih menggaruk dan terdapat kemerahan disekitar garukan tersebut. A : tujuan tidak tercapai, masalah belum teratasi. P : ulangi semua intervensi.

Implementasi dan evaluasi hari ke dua yakni tanggal 7 Januari 2023 pukul 09.00 WIB diagnosa keperawatan yang muncul ialah sebagai berikut:

1. Gangguan integritas kulit, tanggal 7 Januari 2023 setelah dilakukan asuhan keperawatan data subjektif yang didapat pasien mengatakan gatal pada beberapa bagian tubuhnya, tetapi belum tau penyebabnya dari pasien sudah mencoba mengganti sabun mandinya dan tidak memakai alat mandi yang sama dengan yang lain. Data objektif : masih terdapat bekas luka gatal yang sudah kering berwarna coklat dan hitam, kulit pasien teraba kering.

Tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x11 jam diharapkan integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun.

Intervensi keperawatan dari diagnosa tersebut identifikasi penyebab gangguan integritas kulit, , anjurkan minum air putih yang cukup.

Implementasi keperawatan : mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit, pasien merasa rasa gatalnya karena lingkungan sekitarnya yang kurang bersih, menggunakan produk berbahan ringan untuk kulit seperti bedak salisin dan salep gatal, dan

menganjurkan pasien untuk lebih banyak minum air putih sehari 8 gelas.

Tanggal 7 Januari 2023 setelah dilakukan asuhan keperawatan S : pasien mengatakan penyebab rasa gatalnya dari lingkungannya yang kurang bersih dan teman sebangsalnya yang rata-rata merasa gatal, O : pasien merasa masih bingung, pasien terlihat sayu, dan masih terdapat bekas luka gatal pada beberapa bagian tubuhnya seperti tangan , A : tujuan tercapai sebagian, masalah belum teratasi. P : ulangi intervensi 1 dan 2.

2. Gangguan pola tidur, tanggal 7 Januari 2023 setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan data subjektif pasien mengatakan masih tidak bisa tidur dikarenakan rasa gatal yang menyerangnya . Data objektifnya : mata pasien terlihat sayu, pasien terlihat lemas.

Tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x11 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : kesulitan tidur menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun.

Intervensi : identifikasi faktor pengganggu tidur, modifikasi lingkungan, anjurkan untuk membersihkan tempat tidur sendiri.

Implementasi keperawatan : mengidentifikasi faktor pengganggu tidur yaitu lingkungan tempat tidur pasien yang kotor dan banyak binatang, memodifikasi lingkungan seperti membersihkan area tempat tidur, penerangan yang baik, menganjurkan menghindari alergi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, menganjurkan untuk membersihkan tempat tidur sendiri.

Tanggal 7 Januari 2023 setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan S : pasien mengatakan masih tidak bisa tidur karena rasa gatalnya, O : pasien masih terlihat sayu, lemas, dan kurang bersemangat di pagi hari, A : tujuan belum tercapai, masalah belum teratasi, P : lanjutkan semua intervensi.

3. Gangguan rasa nyaman, tanggal 7 Januari 2023 setelah dilakukan asuhan keperawatan pasien mengatakan masih merasa gatal pada beberapa bagian tubuhnya seperti tangan, punggung dan kaki. Data objektif didapatkan pasien masih tampak menggaruk bagian tubuh yang gatal dan merasa tidak nyaman TD: 140/95 mmHg, N : 80x/ menit, S : 36 C, RR : 20x/ menit.

Tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x11 jam diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil : keluhan tidak nyaman menurun, gelisah menurun.

Intervensi keperawatan identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (gatal), ciptakan lingkungan yang nyaman, kolaborasi pemberian antipluritus dan antihistamin, jika perlu.

Implementasi dilakukan pada hari kedua tanggal 6 Januari 2023 untuk diagnosa yang pertama mengidentifikasi gejala yang tidak menyenangkan yaitu gatal yang dirasakan pasien, menciptakan lingkungan yang nyaman seperti sering membersihkan tempat tidur.

Tanggal 7 Januari 2023 setelah dilakukan asuhan keperawatan S : pasien mengatakan masih merasa gatal dan kurang nyaman dengan lingkungan tempat tidurnya, O : pasien masih tampak menggaruk bagian tubuh yang gatal. A : tujuan tidak tercapai, masalah belum teratasi. P : ulangi semua intervensi.

BAB IV

PEMBAHASAN

Bab IV mahasiswa akan membahas tentang kasus yang sudah dilakukan yaitu mengenai asuhan keperawatan pada Ny. I dengan masalah Dermatitis di ruang Cempaka Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang, yang dilakukan mulai tanggal 5 Januari 2023 sampai 7 Januari 2023. Mahasiswa akan membahas kekurangan yang diperoleh dalam memberikan perawatan kepada pasien Ny. I dengan tetap memberikan aspek-aspek proses keperawatan seperti diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

Pembahasan dalam bab ini juga akan menjelaskan tentang perbandingan antara teori dan kenyataan dalam kasus dengan melihat kesenjangan yang muncul. Pembahasan terdiri dari pengertian, pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah mendasar dari keseluruhan proses keperawatan yang tujuannya adalah untuk mengumpulkan data pasien. Pengkajian ini menggunakan sistem pengkajian pola fungsional, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan : psikososial/spiritual/ indeks katz/ barthel indeks, status mental SPSMQ/MMSE. Data yang dikumpulkan dari anamnesa pasien dan pemeriksaan fisik serta observasi. Pengkajian yang dilakukan pada Ny. I pada hari Kamis 5 Januari 2023 pada pukul 10.00 WIB didapatkan data yaitu :

Data yang sudah dikumpulkan dengan melakukan pengkajian pada Ny. I dimana hal tersebut dilanjutkan dengan analisa data pada dasarnya hampir sama dengan data fokus yang sudah dijelaskan pada konsep dasar

teori. Terdapat adanya kesesuaian anatara kasus nyata dengan konsep dasar teori.

Data yang didapatkan pada kasus yaitu kerusakan integritas kulit dengan data subjektif pasien mengatakan gatal pada beberapa bagian tubuhnya. Data objektif : terdapat bekas luka gatal yang sudah kering berwarna coklat dan hitam, kulit pasien teraba kering. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa kasus yang muncul sesuai dengan konsep dasar teori kerusakan/ gangguan integritas kulit berhubungan dengan proses penuaan dibuktikan dengan kerusakan jaringan atau lapisan kulit, kemerahan.

Analisa data selanjutnya yang terdapat pada kasus yaitu gangguan pola tidur dengan data subjektif pasien mengatakan tidak bisa tidur dikarenakan rasa gatal yang menyerangnya pada malam hari. Data objektifnya : mata pasien terlihat sayu, pasien terlihat lemas dipagi harinya. Dari data tersebut disimpulkan bahwa kasus yang muncul sesuai dengan konsep dasar teori gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan dibuktikan dengan mengeluh sulit tidur.

Data berikutnya pada kasus Ny. I yaitu data subjektif pasien mengatakan merasa gatal pada beberapa bagian tubuhnya seperti tangan, punggung dan kaki. Data objektif didapatkan pasien sedang menggaruk bagian tubuh yang gatal dan merasa tidak nyaman TD: 130/90 mmHg, N : 80x/ menit, S : 36 C, RR : 20x/ menit. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa kasus yang muncul sesuai dengan konsep dasar teori gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit ditandai dengan merasa gatal pada area tubuh.

Pada lanjut usia penyakit kulit dermatitis ini biasanya terjadi karena pola hidup yang tidak sehat, alergi, infeksi, faktor lingkungan dan penurunan sistem imun sesuai apa yang terdapat pada konsep dasar teori (Singh, M., & Silverberg, J. I.2020).

Kesulitan dalam melakukan pengkajian yaitu pasien Ny. I juga mempunyai gangguan demensia yaitu gangguan otak yang mempengaruhi

memori, kemampuan berpikir, dan kemampuan sosial atau istilah lainnya untuk kepikunan.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditetapkan pada kasus dermatitis lansia diantaranya yaitu, gangguan/ kerusakan integritas kulit, gangguan pola tidur dan gangguan rasa nyaman. Maka berdasarkan pernyataan tersebut menyakinkan pada kasus bahwa diagnosa yang ditegakkan pada Ny. I sudah sesuai dengan konsep dasar yang telah disebutkan oleh hirarki maslow, menyusun diagnosa keperawatan utama yang berlandaskan kebutuhan fisiologis (kerusakan integritas kulit dan gangguan pola tidur), aman nyaman (gangguan rasa nyaman), mencintai dan memiliki, harga diri dan aktualisasi diri.

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia SDKI, (2018), gangguan integritas kulit/ jaringan adalah kerusakan kulit (dermis/ epidermis) atau jaringan yang berhubungan dengan proses penuaan dibuktikan dengan kerusakan jaringan atau lapisan kulit, dengan tanda mayor objektif kerusakan jaringan atau lapisan kulit dan tanda minor adanya kemerahan. Berdasarkan data yang didapatkan dilapangan pasien Ny. I mengalami hal tersebut maka diagnosa tersebut sesuai dengan konsep dasar teori.

Menurut SDKI, (2018) Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, gangguan pola tidur adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal berhubungan dengan kurang kontrol tidur dibuktikan dengan mengeluh sulit tidur dan mengeluh sering terjaga dengan tanda mayor mengeluh sulit tidur. Pada pengkajian Ny. I didapatkan diagnosa tersebut yang disebabkan oleh rasa gatalnya yang terus menerus yang berakibat pasien tidak bisa tidur terutama pada malam hari.

Menurut SDKI, (2018) Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, gangguan rasa nyaman adalah perasaan kurang senang, lega dan sempurna

dalam dimensi fisik, psikospirtual, lingkungan dan sosial berhubungan dengan gejala penyakit dibuktikan dengan mengeluh tidak nyaman, dan merasa gatal, dengan tanda mayor mengeluh tidak nyaman, gelisah dan tanda minor mengeluh sulit tidur, merasa gatal. Data tersebut ditemukan pada pasien saat melakukan observasi dan pengkajian langsung pada pasien. Dari data tersebut diagnosa gangguan rasa nyaman ditegakkan dalam kasus Ny. I .

C. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan (SIKI, 2018) atau rencana tindakan keperawatan yang terdapat pada kasus mengarah pada diagnosa gangguan integritas kulit/ jaringan yaitu : mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit, menggunakan produk berbahan ringan contohnya bedak salicin atau salap gatal, gunakan produk yang sekiranya cocok untuk kulit, misalnya untuk kulit kulit bisa juga menggunakan lotion, selanjutnya itu memperbanyak minum air putih 1 hari 8 gelas.

Intervensi (SIKI, 2018) untuk diagnosa yang kedua, gangguan pola tidur yaitu : mengidentifikasi faktor pengganggu tidur yaitu rasa gatalnya dengan mengurai rasa untuk menggaruk terus menerus, kemudian memodifikasi lingkungan misalnya dengan membersihkan tempat tidurnya mengganti sprei 2 minggu sekali mematikan lampu, atau bisa menggunakan lampu tidur. Kemudian menganjurkan pasien untuk menghindari makanan yang mengganggu tidur maksudnya yaitu dengan menghindari makanan alergi yang menyebabkan rasa gatalnya muncul.

Intervensi keperawatan (SIKI,2018) diagnosa ketiga, gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit sebagai berikut : mengidentifikasi gejala yang tidak mengenakan (rasa gatalnya) yaitu dengan mengetahui gejala rasa gatalnya, menciptakan lingkungan yang nyaman misalnya tempat tidur yang bersih.

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada pengkajian yang telah dilakukan pada kasus Ny. I sudah direncanakan sesuai dengan rencana tindakan tersebut. Implementasi keperawatan dilakukan dari perwujudan intervensi yang sudah ditetapkan dan ditegakkan untuk pasien. Implementasi pada Ny. I yang berlandaskan teori pada (SDKI, 2018) yang dilakukan sesuai dengan diagnosa dari intervensi (SIKI,2018) yang sudah ditegakkan.

Implementasi keperawatan terhadap gangguan integrasi kulit secara keseluruhan yaitu mengidentifikasi penyebab kerusakan integritas kulit, menggunakan produk yang ringan dikulit dan cocok untuk jenis kulit, kemudian selanjutnya menganjurkan cukup minum air putih sehari 8 gelas.

Implementasi keperawatan untuk diagnosa ke tiga yaitu gangguan pola tidur, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur yaitu rasa gatalnya yang terus menerus, memodifikasi lingkungan misalnya mematikan lampu atau menggunakan lampu tidur, menghindari makanan atau minuman yang menyebabkan alergi pada kulit.

Implementasi terhadap diagnosa gangguan rasa nyaman yang menyeluruh, antara lain : mengidentifikasi gejalanya yaitu rasa gatalnya, menciptakan lingkungan yang nyaman seperti pola hidup bersih.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang dilaksanakan telah ditegakkan berdasarkan standart sebelumnya untuk perencanaan dengan membandingkan dari tujuan yang ditegakkan sebelumnya untuk melihat hasil dari tindakan keperawatan yang dilakukan. Evaluasi yang lengkap disusun dengan menggunakan SOAP yaitu S (Subjektif), O (Objektif), A (Assesment), P (Plan) agar dapat tersusun secara teratur. (Kurniati, 2019)

Evaluasi yang dilakukan pada Ny. I berdasarkan hasil implementasi yang sudah ditetapkan. Evaluasi pada Ny. I dengan diagnosa gangguan integritas kulit, gangguan pola tidur dan gangguan rasa nyaman

mendapatkan hasil jika tidak semua kriteria evaluasi dapat dicapai semuanya pada saat di Bangsal Cempaka Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang, rencana tindak lanjut dilaksanakan discharge planning pada pasien.



BAB V

PENUTUP

Pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. I dengan masalah dermatitis di bangsal cempaka rumah pelayanan sosial lanjut usia pucang gading semarang pada tanggal 5 Januari 2023, dapat disimpulkan antara lain :

A. Simpulan

Dilihat dari penjabaran mengenai penerapan asuhan keperawatan gerontik pada Ny. I dengan masalah dermatitis dapat diambil ketentuan, antara lain:

1. Sesudah dilakukan pengkajian terhadap pasien dengan masalah dermatitis, mempunyai tanda-tanda tersendiri dengan pasien merasa gatal pada kondisi tertentu, rasa gatal yang tiba-tiba muncul dan terus menerus, mengeluh rasa tidak nyaman. Tanda- tanda vital TD: 130/90 mmHg, N : 80x/ menit, S : 36 C, RR : 20x/ menit.
2. Diagnosa keperawatan yang ditemui pada masalah nyata tersebut mendasarkan kepada keadaan dan reaksi dari pasien. Mengenai diagnosa yang ditetapkan sudah sesuai dengan kasus pada pasien, antara lain : gangguan integritas kulit berhubungan dengan proses penuaan, gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, dan gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit.
3. Intervensi keperawatan dibuat dan disesuaikan dengan diagnosa yang sudah ditegakkan berdasarkan kondisi pasien dan disusun sesuai masalah keperawatan yang ada.
4. Pelaksanaan tindakan yang dilakukan dalam pengelolaan pada kasus dermatitis, lansia harus menyesuaikan terhadap kondisinya, bisa hidup sehat, makan-makannan yang tepat, lingkungan yang nyaman untuk pasien, dengan menyertakan peran pelayanan kesehatan untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

5. Evaluasi dilakukan untuk mengetahui perkembangan pasien setelah diberikan tindakan keperawatan. Didapatkan hasil bahwa tidak semua kriteria dapat dicapai sehingga masalah pada pasien teratasi sebagian serta tujuan dicapai sebagian.

B. Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Institusi akademik mengharapkan untuk selalu meningkatkan dan meluaskan acuan baku bagi para mahasiswanya, mengenai kasus dermatitis yang terjadi pada lansia, agar memudahkan penelitian berikutnya mendapatkan acuan baku untuk meluaskan pengetahuan yang telah didapatkan.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan bagi profesi dapat menambah wawasan terhadap lansia dengan masalah kulit dermatitis, yang dimana dapat menjadikan pengalaman untuk kedepannya agar dapat memaksimalkan dalam memberikan asuhan keperawatan.

3. Bagi Mahasiswa

Diharapkan untuk mahasiswa dapat menambah wawasan dalam proses asuhan keperawatan pada lansia dengan masalah dermatitis, dan dapat melakukan asuhan keperawatan sesuai standar SOP.

4. Bagi Lansia

Bagi lansia agar dapat meluaskan ilmu yang didapat mengenai masalah pada kulit lansia dan memberikan pengetahuan kepada lansia mengenai tindakan dalam melakukan antisipasi masalah dermatitis agar dapat dilakukan secara optimum.

DAFTAR PUSTAKA

- Anintyas, N. (2021) 'Makalah Kebutuhan Dasar Manusia', *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., pp. 6–39.
- Chung, H. Y., Lee, E. K., & Choi, Y. J. (2020). Physical function changes of older adults. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24(3), 367-372.
- Ebrahim, W., & Weerakoon, S. (2020). Social change and the impact on the elderly: *understanding the dynamics of elderly support in contemporary Sri Lanka*. *Ageing & Society*, 40(8), 1747-1765.
- Frost, R., & Belk, C. (2020). Health care professional perspectives on geriatric care in the United States: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-16.
- Haslinda Pratiwi¹, Melda Yenni², E. M. (2022) 'Faktor Yang Berhubungan Dengan Gejala Dermatitis Kontak Pada Petani Di Wilayah Kerja Puskesmas Paal Merah Ii', *Jurnal Inovasi Penelitian*, 2(10), pp. 3415–3420.
- Jung, H. K., & Kim, M. H. (2020). The Effects of Walking and Meditation on Cognitive Function and Emotional Well-Being in Elderly People: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5462
- Patel, V. M., & Green, J. B. (2020). Contact Dermatitis: A Review. *Current dermatology reports*, 9(3), 103-111
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1 Cetakan III (Revisi). Jakarta: PPNI.
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1 Cetakan II. Jakarta: PPNI.

PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1 Cetakan II. Jakarta: PPNI..

Sanders, M. G. H. *et al.* (2018) 'Prevalence and determinants of seborrhoeic dermatitis in a middle-aged and elderly population: the Rotterdam Study', *British Journal of Dermatology*, 178(1), pp. 148–153. doi: 10.1111/bjd.15908.

Sidbury, R., Davis, D. M. R., & Cohen, D. E. (2019). Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 3. Management and treatment with phototherapy and systemic agents. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 81(2), 255-281

Singh, M., & Silverberg, J. I. (2020). Eczema: A Review of the Pathophysiology, Clinical Features, and Management of Atopic Dermatitis. *Current Opinion in Pediatrics*, 32(4), 516-521

Van Winkle, L. J., Galat, V. and Iannaccone, P. M. (2020) 'Lysine deprivation during maternal consumption of low-protein diets could adversely affect early embryo development and health in adulthood', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), pp. 1–9.

