

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep kebutuhan dasar manusia

Abraham Maslow seorang psikolog Amerika mengembangkan teori tentang kebutuhan dasar manusia yang dikenal dengan istilah Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow. Konsep hierarki Maslow menjelaskan bahwa manusia senantiasa berubah dan kebutuhannya pun terus berkembang. Nutrisi termasuk ke dalam kebutuhan fisiologis di dalam teori Hierarki Maslow. Hierarki tersebut meliputi lima kategori kebutuhan dasar, yakni:

a. Kebutuhan Fisiologis

Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam hierarki Maslow. Kebutuhan fisiologis merupakan hal yang mutlak dipenuhi manusia untuk bertahan hidup. Menurut hierarki Maslow, manusia memiliki delapan macam kebutuhan, yaitu kebutuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan dan elektrolit, kebutuhan makanan, kebutuhan eliminasi urine dan alvi, kebutuhan istirahat dan tidur, kebutuhan aktivitas, kebutuhan kesehatan temperatur tubuh dan kebutuhan seksual.

b. Kebutuhan Keselamatan dan Rasa Aman

Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek baik fisiologis maupun psikologis. Kebutuhan ini meliputi kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan dan infeksi, bebas dari rasa takut dan kecemasan, bebas dari perasaan terancam karena pengalaman yang baru atau asing.

c. Kebutuhan Rasa Cinta, Memiliki dan Dimiliki

Kebutuhan ini meliputi memberi dan menerima kasih sayang, perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain, kehangatan, persahabatan dan mendapat tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok, serta lingkungan sosial.

d. **Kebutuhan Harga Diri**

Kebutuhan ini meliputi perasaan tidak bergantung pada orang lain, kompeten, penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain.

e. **Kebutuhan Aktualisasi Diri**

Kebutuhan aktualisasi diri meliputi dapat mengenal diri sendiri dengan baik (mengetahui dan memahami potensi diri), belajar memenuhi kebutuhan diri sendiri, tidak emosional, mempunyai dedikasi yang tinggi, kreatif dan mempunyai kepercayaan diri yang tinggi (Ambarwati, 2014).

2. Definisi gangguan rasa nyaman

Rasa nyaman merupakan merupakan keadaan terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan ketentraman (kepuasan yang dapat meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan yang telah terpenuhi), dan transenden. Kenyamanan seharusnya dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek yaitu: Fisik berhubungan dengan sensasi tubuh, Sosial berhubungan dengan interpersonal, keluarga, dan sosial, Psikospiritual berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri seorang yang meliputi harga diri, seksualitas dan makna kehidupan (Iqbal Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015).

Gangguan rasa nyaman merupakan suatu gangguan dimana perasaan kurang senang, kurang lega, dan kurang sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan serta sosial pada diri yang biasanya mempunyai gejala tanda mayor dan tanda minor mengeluh tidak nyaman, gelisah, sulit tidur, tidak mampu rileks, mengeluh kedinginan, merasa gatal, mengeluh mual, dan mengeluh lelah (PPNI, 2018).

3. Penyebab gangguan rasa nyaman

Dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2018) penyebab Gangguan Rasa Nyaman adalah:

- a. Gejala penyakit.
- b. Kurang pengendalian situasional atau lingkungan.

- c. Ketidakadekuatan sumber daya (misalnya dukungan finansial, sosial dan pengetahuan).
- d. Kurangnya privasi.
- e. Gangguan stimulasi lingkungan.
- f. Efek samping terapi (misalnya, medikasi, radiasi dan kemoterapi).
- g. Gangguan adaptasi kehamilan.

4. Tanda dan Gejala Gangguan Rasa Nyaman

Dalam buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia tahun 2018 edisi 1 cetakan I (D. 0074) adalah:

- a. Gejala dan tanda mayor:
 - Data subjektif:
 - 1) Mengeluh tidak nyaman
 - Data objektif:
 - 1) Gelisah
- b. Gejala dan tanda minor
 - Data subjektif:
 - 1) Mengeluh sulit tidur
 - 2) Tidak mampu rileks
 - 3) Mengeluh kedinginan/kepanasan
 - 4) Marasa gatal
 - 5) Mengeluh mual
 - 6) Mengeluh lelah
 - Data objektif:
 - 1) Menunjukkan gejala distress
 - 2) Tampak merintih/menangis
 - 3) Pola eliminasi berubah
 - 4) Postur tubuh berubah
 - 5) Iritabilitas

B. Konsep keluarga

1. Pengertian keluarga

a. Lancaster dan Stanhope (1992)

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang berasal dari kelompok keluarga yang sama atau yang berbeda dan saling mengikutseratakan dalam kehidupan yang terus-menerus, biasanya bertempat tinggal dalam satu rumah, mempunyai ikatan emosional, dan adanya pembagian tugas antara satu dengan yang lainnya.

b. Johnson's (1992)

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang mempunyai hubungan darah yang sama atau tidak, yang terlibat dalam kehidupan yang terus-menerus, yang tinggal dalam satu atap, yang mempunyai ikatan emosional, dan mempunyai kewajiban antara satu orang dengan orang lainnya.

c. Friedman (1998).

Keluarga merupakan sekumpulan orang yang di hubungkan oleh perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan social dari individu-individu yang ada di dalamnya terlihat dari pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama.

d. Effendy (1998)

keluarga sebagai perkumpulan dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam suatu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan di dalam peranannya masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu kebudayaan.

e. BKKBN

Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dalam suami, istri, atau suami istri dan anaknya, atau ayah dengan anaknya, atau ibu dengan anaknya.

f. Depkes RI (1998)

Keluarga adalah unit terkecil dari suatu masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

Sumber: (Bakri Maria, 2020)

2. Tahap dan Tugas Perkembangan keluarga

perkembangan keluarga adalah sebuah proses perubahan sistem keluarga yang bergerak berharap dari waktu ke waktu. Setiap tahapan umumnya memiliki tugas dan resiko kesehatan yang berbeda-beda. Ada beberapa perkembangan keluarga dalam 8 tahap perkembangan yaitu:

a. Keluarga baru (*Berganning Family*)

Keluarga baru dimulai ketika dua individu membentuk keluarga melalui perkawinan. Pada tahap ini, pasangan baru memiliki tugas perkembangan untuk membina hubungan intim yang memuaskan di dalam keluarga, membuat berbagai kesepakatan untuk mencapai tujuan bersama, termasuk dalam hal merencanakan anak, persiapan menjadi orang tua, dan mencari pengetahuan *prenatal care*.

b. Keluarga dengan anak pertama <30 bulan (*Child Bearing*)

Tahap perkembangan dengan anak pertamalah masa transisi pasangan suami istri yang dimulai sejak anak pertama lahir sampai berusia kurang dari 30 bulan. Pada masa ini sering timbul konflik yang dipicu kecemburuan pasangan akan perhatian yang lebih ditujukan kepada anggota keluarga baru. Adapun tugas perkembangan pada tahap ini yaitu kesadaran akan perlunya beradaptasi dengan perubahan anggota keluarga, mempertahankan keharmonisan pasangan suami istri, berbagi peran dan tanggung jawab, juga mempersiapkan biaya untuk anak.

c. Keluarga dengan anak prasekolah

Tahap ini berlangsung sejak anak pertama usia 2,5 tahun hingga 5 tahun. Adapun tugas perkembangan yang mesti dilakukan ialah memenuhi kebutuhan anggota keluarga, membantu anak

bersosialisasi dengan lingkungan, cermat membagi tanggung jawab, mempertahankan hubungan keluarga, serta mampu membagi waktu untuk diri sendiri, pasangan, dan anak.

d. Keluarga dengan anak usia sekolah (6-13 tahun)

Tahap ini berlangsung anak pertama menginjakkan sekolah dasar sampai memasuki awal masa remaja. Dalam hal ini, sosialisasi anak semakin melebar. Tidak hanya di lingkungan rumah, melainkan juga di sekolah dan lingkungan yang lebih luas lagi. Tugas perkembangannya adalah anak sudah harus diperhatikan minat dan bakatnya sehingga orang tua bisa mengarahkan dengan tepat, membekali anak dengan berbagai kegiatan kreatif agar motoriknya berkembang dengan baik, dan memperhatikan anak akan risiko pengaruh teman serta sekolahnya.

e. Keluarga dengan anak remaja (13-20 tahun)

Pada perkembangan tahap remaja ini orang tua perlu membelikan kebebasan yang seimbang dan bertanggung jawab. Hal ini mengingat bahwa remaja adalah seorang yang dewasa muda dan mulai memiliki otonomi. Ia ingin mengatur kehidupannya sendiri tetapi masih membutuhkan bimbingan. Oleh sebab itu, beberapa peraturan juga sudah mulai diterapkan untuk memberikan batasan tertentu tetapi masih dalam tahap wajar. Misalnya dengan membatasi jam malam dan lain sebagainya.

f. Keluarga dengan anak dewasa (anak 1 meninggalkan rumah)

Tahapan ini dimulai sejak anak pertama meninggalkan rumah. Artinya keluarga sedang menghadapi persiapan anak yang mulai mandiri. Dalam hal ini, orang tua mesti merelakan anak untuk pergi jauh dari rumahnya demi tujuan tertentu. Adapun tugas perkembangan pada tahap ini, antara lain membantu dan mempersiapkan anak untuk hidup mandiri, menjaga keharmonisan dengan pasangan, memperluas keluarga inti, menjadi keluarga besa, bersiap mengurus keluarga besar (orang tua pasangan) memasuki masa tua, dan memberikan contoh kepada anak-anak

mengenai lingkungan rumah yang positif

g. Keluarga usia pertengahan (*Midle Age Family*)

Tahapan ini ditandai dengan perginya anak terakhir dari rumah dan salah satu pasangan bersiap negatif atau meninggal. Tugas perkembangan keluarga ini yaitu, menjaga kesehatan, meningkatkan keharmonisan dengan pasangan, anak, dan teman sebaya, serta mempersiapkan masa tua.

h. Keluarga lanjut usia

Masa usia lanjut adalah masa- masa akhir kehidupan manusia. Maka tugas perkembangan dalam masa ini yaitu beradaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, kawan, ataupun saudara. Selain itu melakukan “*life review*” juga penting disampaikan tetap mempertahankan kedamaian rumah, menjaga kesehatan, dan mempersiapkan kematian.

3. Tugas kesehatan keluarga

Tugas kesehatan keluarga adalah sebagai berikut : (Friedman, 1998)

a. Mengetahui masalah kesehatan.

Karena kesehatanlah seluruh kekuatan sumber daya dan dana keluarga bisa berkecukupan habis. Oleh sebab itu, setiap anggota keluarga hendaknya memperhatikan setiap perubahan yang terjadi pada anggota keluarga lainnya. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung akan menjadi perhatian dalam mengambil keputusan dalam keluarga (Suprajitno, 2004).Sejauh mana keluarga mengetahui fakta-fakta dari masalah kesehatan tersebut meliputi:

- 1) Pengertian
- 2) Tanda dan gejala
- 3) Faktor penyebab dan yang mempengaruhinya
- 4) Persepsi keluarga terhadap masalah

b. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat.

Mencari pertolongan untuk anggota keluarga yang sakit merupakan salah satu peran keluarga, sesuai dengan keadaan

keluarga, dengan pertimbangan siapa di antara keluarga yang mempunyai keputusan untuk memutuskan tindakan yang tepat (Suprajitno, 2004).

- 1) Sejauhmana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah
 - 2) Apakah masalah kesehatan diraskan oleh keluarga?
 - 3) Apakah keluarga merasa menyerah terhadap masalah yang dialami?
 - 4) Apakah keluarga merasa takut akan akibat dari tindakan penyakit?
 - 5) Apakah keluarga mempunyai sifat negatif terhadap masalah kesehatan?
 - 6) Apakah keluarga dapat menjangkau fasilitas kesehatan yang ada?
 - 7) Apakah keluarga percaya terhadap tenaga kesehatan?
 - 8) Apakah keluarga mendapat informasi yang salah terhadap tindakan dalam mengatasi masalah?
- c. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit.

Suprajitno (2004) menyatakan bahwa keluarga memiliki keterbatasan dalam mengatasi masalah keperawatan keluarga. Terkadang, sebuah keluarga memang memiliki alat-alat atau obat-obatan yang dapat dijadikan pertolongan pertama, namun ini jelas terbatas, baik dari alat maupun pengetahuan kesehatan. Beberapa hal yang perlu disiapkan dapat dikaitkan dengan pernyataan berikut.

- 1) Apakah keluarga aktif dalam ikut merawat pasien?
 - 2) Bagaimana keluarga mencari pertolongan dan mengerti tentang perawatan yang diperlukan pasien?
 - 3) Bagaimana keaktifan keluarga dalam mencari informasi terkait pasien?
- d. Mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat.

Bagaimana keluarga menjaga lingkungan agar bisa dijadikan sebagai pendukung kesehatan keluarga. Untuk itu, keluarga perlu

mengetahui tentang sumber yang dimiliki sekitar lingkungan rumah. Jika memungkinkan untuk menanam pohon, sebaiknya hal ini dilakukan karena akan membantu sirkulasi udara dan lain sebagainya.

Keluarga juga perlu membekali anggota keluarganya dengan pengetahuan tentang pentingnya sanitasi lingkungan dan manfaatnya. Inilah kotoran sumber penyakit. Sebaiknya dalam memodifikasi lingkungan secara bersama-sama agar masing-masing anggota keluarga memiliki kesadaran yang sama terhadap lingkungannya.

- e. Mempertahankan hubungan dengan (menggunakan) fasilitas kesehatan masyarakat.

Pada masyarakat tradisional, keluarga yang sakit memiliki kecenderungan untuk enggan pergi ke pusat pelayanan kesehatan yang disediakan pemerintah. Alasan biaya biasanya menjadi masalah. Akan tetapi, pemerintah telah membuat program penjaminan kesehatan masyarakat sehingga masalah biaya bisa diatasi. Untuk mengetahui kemampuan keluarga dalam memanfaatkan sarana kesehatan perlu dikaji tentang:

- 1) Bagaimana pengetahuan keluarga tentang fasilitas kesehatan yang dapat dijangkau keluarga?
- 2) Apa keuntungan dari adanya fasilitas kesehatan?
- 3) Bagaimana kepercayaan keluarga terhadap fasilitas kesehatan yang ada?
- 4) Apakah fasilitas kesehatan dapat terjangkau oleh keluarga?

C. Konsep Asuhan Keperawatan Sesuai Kebutuhan

1. Pengertian asuhan keperawatan

Konsep asuhan keperawatan adalah serangkaian tindakan sistematis yang berkesinambungan, meliputi tindakan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan individu atau kelompok, baik yang actual maupun potensial kemudian merencanakan tindakan untuk

menyelesaikan, mengurangi, atau mencegah terjadinya masalah baru dan melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasi keberhasilan dari tindakan yang dikerjakan.

Asuhan keperawatan keluarga adalah suatu rangkaian keperawatan yang diberikan melalui praktik keperawatan dengan sasaran keluarga. Tahapan dari proses keperawatan adalah pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Keperawatan keluarga adalah suatu rangkaian kegiatan yang diberikan melalui praktik keperawatan dengan sasaran keluarga (Suprajitna, 2004).

2. Penerapan Asuhan Keperawatan Keluarga pada Pasien dengan Gangguan Rasa Nyaman

a. Pengkajian

1) Identitas

Mengkaji identitas anak dan orang tua seperti nama, alamat untuk menentukan penyebab mengapa pasien terkena scabies karena apabila anak yang terkena scabies tinggal di tempat yang endemic scabies dan daerah tersebut padat penduduknya akan terjadi peningkatan resiko penularan scabies. Selain itu, dikaji juga usia anak karena semakin muda, system imunnya rendah sehingga mudah sekali untuk masuknya. Biasanya pada usia 10-24 tahun penyakit scabies ini menyerang dan sering kali jenis kelamin laki-laki yang mengalaminya dibandingkan dengan perempuan.

2) Keluhan utama

Pada anak penderita scabies terdapat lesi dikulit di seluruh tubuh terutama pada kulit yang tipis sehingga menyebabkan perasaan tidak nyaman.

Keluhan utama yang sering muncul pada pasien yang mengalami gangguan rasa nyaman adalah :

- a) Mengeluh tidak nyaman
- b) gelisah
- c) Mengeluh sulit tidur

- d) Tidak mampu rileks
 - e) Mengeluh kedinginan/kepanasan
 - f) Merasa gatal
 - g) Mengeluh mual
 - h) Mengeluh lelah
 - i) Menunjukkan gejala distress
 - j) Tampak merintih/menangis
 - k) Pola eliminasi berubah
 - l) Iritabilitas
- 3) Riwayat kesehatan saat ini
- Pasien mulai merasakan tidak nyaman dan merasakan gatal yang memanas dan kemudian menjadi edema karena garukan akibat rasa gatal yang sangat hebat.
- 4) Riwayat kesehatan masa lalu
- Pasien tidak pernah masuk Rumah Sakit.
- 5) Riwayat kesehatan keluarga
- Gangguan rasa nyaman yang disebabkan oleh scabies (penyakit menular), sehingga apabila ada anggota keluarga yang terkena scabies akan menularkan ke anggota keluarga yang lain.
- b. Pemeriksaan fisik
- 1) Penampilan umum
 - a) Berat badan :
 - b) Tinggi badan :
 - 2) Tanda-tanda vital
 - a) TD :
 - b) Nadi :
 - c) RR :
 - d) Suhu :
 - 3) Kepala :
 - 4) Mata :
 - 5) Telinga :
 - 6) Hidung :

- 7) Mulut :
- 8) Dada dan jantung :
- 9) Abdomen :
- 10) Ektremitas atas :
- 11) Ektremitas bawah :

c. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinik terhadap pengalaman/respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada resiko masalah kesehatan atau merupakan proses kehidupan. Diagnosis keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal. Mengingat pentingnya diagnosis keperawatan dalam pemberian asuhan keperawatan maka, maka akan dibutuhkan standar diagnosis keperawatan yang dapat diterapkan secara nasional (PPNI, 2018).

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia tahun 2018 edisi 1 cetakan I (D. 0074) pasien dengan masalah rasa nyaman, diantaranya sebagai berikut.

1) Gangguan rasa nyaman

a) Definisi

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

b) Penyebab

- 1) Gejala penyakit
- 2) Kurang pengendalian situasional/lingkungan
- 3) Ketidakadekuatan sumber daya (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

c) Gejala dan Tanda

- 1) Gejala dan tanda mayor

Subjektif : mengeluh tidak nyaman karena rasa gatal yang timbul pada malam hari.

Objektif : gelisah

2) Gejala dan tanda minor

Subjektif :

- a) Mengeluh sulit tidur
- b) Tdak mampu rileks
- c) Mengeluh kedinginan/kepanasan
- d) Merasa gatal dibagian kedua tangannya dan sela-sela jari pasien
- e) Mengeluh mual
- f) Mengeluh lelah

Objektif :

- a) Menunjukkan gejala distress
- b) Tampak merintih/menangis
- c) Pola eliminasi berubah
- d) Iritabilitas

d) Kondisi klinis

- 1) Penyakit kronis
- 2) Keganasan
- 3) Distres psikologis
- 4) Kehamilan

d. Intervensi

Menurut Standar Intervensi Indonesia Keperawatan (SIKI) tahun 2018 edisi 1 cetakan II, intervensi gangguan rasa nyaman keperawatan berdasarkan Diagnosa keperawatan adalah sebagai berikut.

Tabel 2.1
Intervensi keperawatan sesuai kebutuhan

Diagnosa keperawatan	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan kurang pengendalian situasional/lingkungan	<p>Terapi Relaksasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif - Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan - Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya - Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan - Monitor respons terhadap terapi relaksasi <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan - Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi - Gunakan pakaian longgar - Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama - Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan, manfaat, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. Musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) - Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih - Anjurkan mengambil posisi nyaman - Anjurkan rileks dan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan hiposis diri 2. Dukungan pengungkapan kebutuhan 3. Edukasi aktifitas/istirahat 4. Edukasi efek samping obat 5. Edukasi keluarga: Manajemen nyeri 6. Edukasi kemoterapi 7. Edukasi kesehatan 8. Edukasi latihan fisik 9. Edukasi manajemen stress 10. Edukasi manajemen nyeri 11. Edukasi penyakit 12. Edukasi perawatan kehamilan 13. Edukasi perawatan perineum 14. Edukasi perawatan stoma 15. Edukasi teknik napas 16. Kompres dingin 17. Kompres panas 18. Konseling 19. Latihan berkemih 20. Latihan eliminasi fekal 21. Latihan pernapasan 22. Latihan rehabilitasi 23. Latihan rentang gerak 24. Manajemen efek samping obat 25. Manajemen hipertermia 26. Manajemen hipotermia 27. Manajemen kenyamanan lingkungan 28. Manajemen kesehatan kerja 29. Manajemen keselamatan

	<p>merasakan sensasi relaksasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan sering menngulangi atau melatih teknik yang dipilih - Demontrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. Napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing) 	<p>lingkungan</p> <ol style="list-style-type: none"> 30. Manajemen mual 31. Manajemen muntah 32. Manajemen nyeri akut 33. Manajemen nyeri kronik 34. Manajemen nyeri persalinan 35. Manajemen stress 36. Manajemen terapi radiasi 37. Manajemen trauma perkosaan 38. Pemantauan nyeri 39. Pemberian obat 40. Pencegahan hipertermi keganasan 41. Penjahitan luka 42. Perawatan amputasi 43. Perawatan area insansi 44. Perawatan inkontinensia fekal 45. Perawatan inkontinensia urine 46. Perawatan kehamilan 47. Perawatan kenyamanan 48. Pearwatan paska persalinan 49. Perawatan perineum 50. Perawatan rambut 51. Perawatan seksio sesaria 52. Teknik latihan penggunaan otot dan sendi 53. Terapi penjaitan 54. Terapi relaksasi
--	---	---

Sumber: (PPNI, 2018)

e. Implementasi

Implementasi merupakan tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu pasien mencapai tujuan yang telah di tetapkan.

Tabel 2.2
Implentasi Gangguan rasa nyaman

No	Intervensi	Implementasi
1.	Terapi relaksasi	<p>Obsevasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan. 2. Mengidenfisikasi kesediaan, kemampuan, dan teknik sebelumnya. 3. Memonitor respon terhadap teknik relaksasi 4. Menciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan yang nyaman, jika memungkinkan. <p>Teraupetik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi. 2. Menjelaskan dengan nada lembut dengan irama lambat dan berirama. 3. Menggunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai. <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. Musik, meditasi, napas dalam, dan relaksasi otot progresi). 2. Menjelaskan secara rinci intervensi yang dipilih. 3. Menganjurkan mengambil posisi yang nyaman. 4. Menganjurkan rileks dan merasakan sensasi rileks. 5. Menganjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih. 6. Mendemonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. Napas dalam, peregangan, atau imajunasi terbimbing).

f. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan.

1) Evaluasi Formatif

Hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon pasien segera pada saat setelah dilakukan tindakan keperawatan. Ditulis

pada catatan perawatan, dilakukan setiap selesai melakukan tindakan keperawatan.

2) Evaluasi Sumatif SOAP

Rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan. Ditulis pada catatan perkembangan yang merupakan rekapan akhir secara paripurna, catatan naratif, penderita pulang atau pindah.

Menurut evaluasi dari Standar Luarann Keperawatan Indonesia (SLKI) tahun 2018 edisi 1 cetakan II. Evaluasi keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan adalah sebagai berikut:

Tabel 2.3
Evaluasi keperawatan sesuai kebutuhan

Status Kenyamanan (L. 08064)

Definisi: Keseluruhan rasa nyaman dan aman secara fisik, psikologis, spiritual, sosial, budaya dan lingkungan.

Ekpektasi:meningkat

Kriteria hasil:

	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Kesejahteraan fisik	1	2	3	4	5
Kesejahteraan fisiologi	1	2	3	4	5
Dukungan sosial dan keluarga	1	2	3	4	5
Dukungan sosial dan teman	1	2	3	4	5
Perawatan sesuai keyakinan budaya	1	2	3	4	5
Perawatan sesuai kebutuhan	1	2	3	4	5
Kebebasan memalui ibadah	1	2	3	4	5
Rileks	1	2	3	4	5

	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Keluhan tidak nyaman	1	2	3	4	5
Gelisah	1	2	3	4	5
Kebisingan	1	2	3	4	5
Keluhan sulit tidur	1	2	3	4	5
Keluhan	1	2	3	4	5

keedinginan					
Keluhan kepanasan	1	2	3	4	5
Gatal	1	2	3	4	5
Mual	1	2	3	4	5
Lelah	1	2	3	4	5
Merintih	1	2	3	4	5
Menangis	1	2	3	4	5
Iritabilitas	1	2	3	4	5
Menyalahkan diri sendiri	1	2	3	4	5
Konfusi	1	2	3	4	5
Konsumsi alcohol	1	2	3	4	5
Penggunaan zat	1	2	3	4	5
Percobaan bunuh diri	1	2	3	4	5

	Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaik
Memori masa lalu	1	2	3	4	5
Suhu ruangan	1	2	3	4	5
Pola eliminasi	1	2	3	4	5
Postur tubuh	1	2	3	4	5
Kewaspadaan	1	2	3	4	5
Pola hidup	1	2	3	4	5
Pola tidur	1	2	3	4	5

Sumber: (PPNI, 2018)

D. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

Asuhan Keperawatan Keluarga merupakan proses yang kompleks dengan menggunakan pendekatan yang sistematis untuk bekerja sama dengan keluarga dan individu-individu sebagai anggota keluarga. Tahapan dari proses keperawatan keluarga meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, penyusunan perencanaan, implementasi dan evaluasi (Padila, 2015).

1. Pengkajian

Pengkajian asuhan keperawatan keluarga menurut teori model family center nursing Friedman, meliputi 7 komponen pengkajian yaitu:

a. Data Umum

1) Identifikasi kepala keluarga

- a) Nama Kepala Keluarga (KK) :
- b) Umur (KK) :
- c) Pekerjaan Kepala Keluarga (KK) :

- d) Pendidikan Kepala Keluarga (KK) :
 - e) Alamat dan Nomor Telpon :
- 2) Komposisi Anggota keluarga

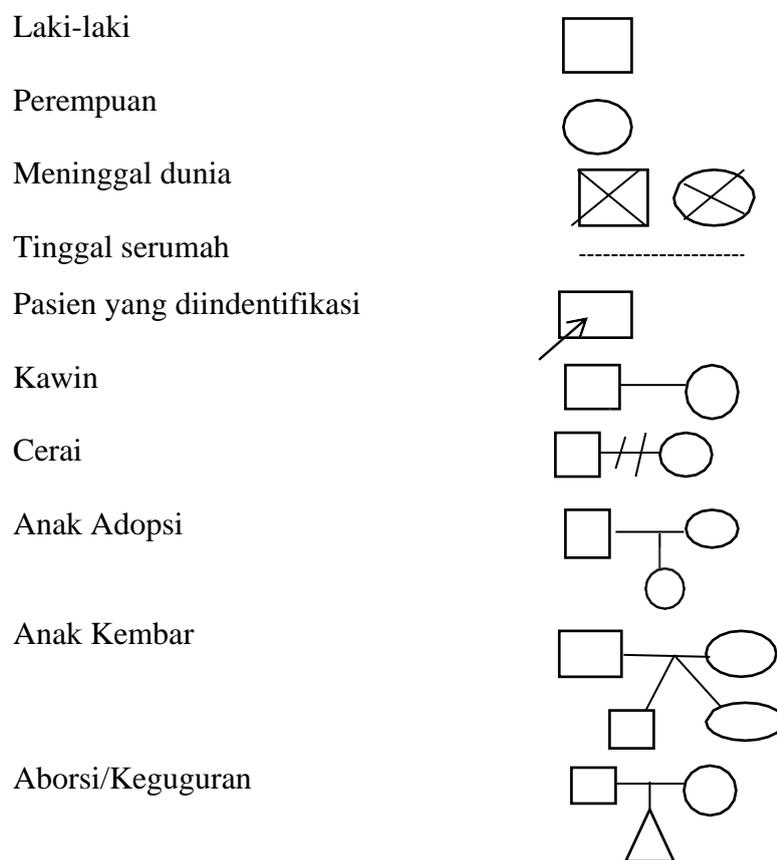
Tabel 2.4
Komposisi anggota keluarga

Nama	Umur	Jenis kelamin	Hubungan keluarga	Pendidikan	Pekerjaan	Keterangan

Sumber: (Padila, 2015)

3) Genogram

Genogram harus menyakut minimal 3 generasii, harus tertera nama, umur, kondisi kesehatan tiap keterangan gambar. Terdapat keterangan gambar dengan simbol berbeda (Friedman, 1998) seperti:



Sumber: (Padila, 2015)

Gambar 2.1 Gen

4) Tipe Keluarga

Secama umum, tipe keluarga dibagi menjadi 2, yaitu

a) Keluarga Tradisional

- (1) Keluarga inti (*nuclear family*), keluarga kecil dalam suatu rumah terdiri dari ayah, ibu, dan anak.
- (2) Keluarga besar (*extended family*), terdiri dari keluarga inti dan orang-orang yang berhubungan.
- (3) Keluarga *dyad* (pasangan inti), terdiri dari pasangan suami istri yang baru menikah yang belum memiliki anak.
- (4) Keluarga *single parent*, kondisi seseorang tidak memiliki pasangan lagi, bisa karena perceraian atau meninggal tetapi memiliki anak, baik anak kandung atau anak angkat.
- (5) Keluarga *single adult* (bujang dewasa), pasangan yang sedang *long distance relationship* (LDR), yaitu pasangan yang mengambil jarak atau berpisah sementara waktu untuk kebutuhan tertentu misalnya bekerja atau kuliah.
- (6) Keluarga usia lanjut, keluarga inti dimana suami istri sudah tua dan anak-anaknya sudah berpisah.

b) Keluarga non tradisional

- (1) *The unmarridteenege mother*, kehidupan seorang ibu dengan anaknya tanpa pernikahan.
- (2) *Reconstituted nuclear*, keluarga yang tadinya berpisah kemudian membentuk keluarga inti melalui perkawinan kembali, mereka hidup bersama anaknya dari pernikahan sebelumnya maupun hasil pernikahan yang baru.
- (3) *Commune family*, yaitu lebih dari satu keluarga tanpa hubungan darah memilih hidup bersama dalam satu atap.
- (4) *Gay and lesbian family*, Keluarga seseorang yang berjenis kelamin sama menyatakan hidup bersama sebagai pasangan suami istri (*marital partners*).

(5) *Group-marriage family*, beberapa orang dewasa menggunakan alat-alat rumah tangga bersama dan mereka merasa sudah menikah, sehingga berbagi sesuatu termasuk seksual dan membesarkan anaknya bersama.

- 5) Suku bangsa
 - a) Mengkaji asal suku bangsa keluarga tersebut
 - b) Mengkaji bahasa yang dipakai keluarga
 - c) Kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat mempengaruhi kesehatan.
 - 6) Agama
 - a) Agama yang dianut
 - b) Kepercayaan yang mempengaruhi suku yang dapat mempengaruhi kesehatan.
 - 7) Status social ekonomi keluarga
 - a) Rata-rata penghasilan seluruh anggota keluarga
 - b) Jenis penghasilan seluruh anggota keluarga
 - c) Tabungan khusus kesehatan
 - d) Barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (perabotan, transportasi)
 - 8) Aktivitas rekreasi keluarga
- b. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga
- 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini (ditentukan dengan anak yang tertua)
 - 2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi
 - 3) Riwayat keluarga inti:
 - a) Riwayat terbentuknya keluarga inti
 - b) Penyakit yang pernah diderita keluarga orang tua (adanya penyakit menular atau penyakit tidak menular di keluarga)
 - 4) Riwayat keluarga sebelumnya (suami istri)
 - a) Riwayat penyakit keturunan dan penyakit menular di keluarga

- b) Riwayat kebiasaan/ gaya hidup yang memengaruhi kesehatan.
- c. Lingkungan
- 1) Karakteristik Rumah
 - a) Ukuran rumah (Luas rumah)
 - b) Kondisi dalam dan luar rumah
 - c) Kebersihan rumah
 - d) Ventilasi rumah
 - e) Saluran pembuangan air limbah (SPAL)
 - f) Air bersih
 - g) Pengelolaan sampah
 - h) Kepemilikan rumah
 - i) Kamar mandi/wc
 - j) Denah rumah
 - 2) Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal
 - a) Apakah ingin tinggal dengan satu suku saja
 - b) Aturan dan kesepakatan penduduk setempat
 - c) Budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan
 - 3) Mobilisasi geografi keluarga
 - a) Apakah keluarga sering pindah rumah
 - b) Dampak pindah rumah terhadap kondisi keluarga (apakah menyebabkan stres)
 - 4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat
 - a) Perkumpulan organisasi sosial yang diikuti oleh keluarga
 - b) Digambarkan dalam ecomap.
 - 5) Sistem pendukung keluarga
Termasuk siapa saja yang terlibat bila keluarga mengalami masalah.
- d. Struktur Keluarga
- 1) Pola komunikasi keluarga
 - a) Cara dan jenis komunikasi yang dilakukan keluarga

- b) Cara keluarga memecahkan masalah
 - 2) Struktur kekuatan keluarga
 - a) Respon keluarga bila ada anggota masalah keluarga yang mengalami masalah
 - b) power yang digunakan keluarga
 - 3) Struktur peran (formal dan informal) Peran seluruh anggota keluarga
 - 4) Nilai dan norma keluarga
- e. Fungsi Keluarga
- 1) Fungsi afektif
 - a) Bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayangi
 - b) Perasaan saling memiliki
 - c) Dukungan terhadap anggota keluarga
 - d) Saling menghargai, kehangatan
 - 2) Fungsi sosialisasi

Bagaimana memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar interaksi dan hubungan dengan keluarga
 - 3) Fungsi Perawatan keluarga

Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga (bukan hanya kalau sakit diapakan tetapi bagaimana prevensi/promosi). Bila ditemukan data maladaptive, langsung lakukan peninjauan tahanan II (Berdasarkan 5 tugas keluarga seperti bagaimana keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan)yaitu:

 - a) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, meliputi:
 - (1) Persepsi terhadap keparahan penyakit
 - (2) Pengertian
 - (3) Tanda gejala
 - (4) Faktor penyebab
 - (5) Persepsi keluarga terhadap masalah

- b) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi:
 - (1) Sejauhmana keluarga mengertisifat dan luasnya masalah
 - (2) Masalah dirasakan keluarga
 - (3) Keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami
 - (4) Sifat negative terhadap masalah kesehatan
 - (5) Kurang opercaya terhadap tenaga kesehatan
 - (6) Informasi yang salah
 - c) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, meliputi:
 - (1) Bagaimana keluarga mengetahui kadaan sakit
 - (2) Sifat dan perkembangan perawat yang dibutuhkan
 - (3) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga
 - (4) Sikap keluarga terhadap yang sakit
 - d) Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan, meliputi:
 - (1) Keuntungan manfaat pemeliharaan lingkungan
 - (2) Pentingnya hygiene sanitasi
 - (3) Upaya pencegahan penyakit
 - e) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas keluarga, meliputi:
 - (1) Keberadaan fasilitas kesehatan
 - (2) Keuntungan yang didapat
 - (3) Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan
 - (4) Pengalaman keluarga yang kurang baik
 - (5) Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga
- f. Stress dan koping keluarga
- 1) stressor jangka panjang dan stressor jangka pendek serta kekuatan keluarga
 - 2) Respon keluarga terhadap stress
 - 3) Strategi koping yang digunakan
 - 4) Strategi adaptasi yang disfungsional

- 5) Adakah cara keluarga mengatasi masalah secara maladaptive.
- g. Pemeriksaan fisik (*head to toe*)
- 1) Tanggal pemeriksaan fisik dilakukan
 - 2) Pemeriksaan kesehatan dilakukan pada seluruh anggota keluarga
 - 3) Aspek pemeriksaan fisik mulai vital sign, rambut , kepala, mata, mulut, telinga, hidung, tenggorokkan, leher, Thorax,abdomen, ekstremitas atas dan bawah, system genetalia
 - 4) Kesimpulan dari hasil pemeriksaan fisik
- h. Harapan keluarga
- 1) Terhadap masalah kesehatan keluarga
 - 2)Terhadap petugas kesehatan yang ada

2. Analisa Data

Setelah dilakukan pengkajian, selanjutnya data dianalisi untuk dapat dilakukan perumusan diagnose keperawatan. Diagnosa keperawatan keluarga disusun berdasarkan diagnosa seperti :

- a. Diagnosa sehat/wellness
Diagnosa sehat/wellness, digunakan bila keluarga mempunyai potensi untuk ditingkatkan, belum ada data maladaptive, perumusan diagnose keperawatan keluarga potensial, hanya terdiri dari komponen problem(P) saja atau P(problem dan S (symptom/sign) tanpa komponen etiologi (E).
- b. Diagnosa ancaman (resiko)
Diagnosa acaman, digunakan bila belum terdapat paparan masalah kesehatan, namun sudah ditentukan beberapa data maladaptive yang memungkinkan timbulnya gangguan. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga resiko, terdiri dari problem (P), etiologi (E) dan symptom/sign (S).
- c. Diagnosa nyata / gangguan
Diagnosa gangguan, digunakan bila sudah timbul gangguan/masalah kesehatan, didukung dengan adanya beberapa data maladaptive. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga nyata/gangguan, terdiri dari problem (P), etiologi(E) dan symptom sign (S).

Perumusan problem (P) merupakan respon terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan dasar, sedangkan etiologi (E) mengacu pada 5 tugas keluarga.

Tabel 2.4
Prioritas masalah asuhan keperawatan keluarga

No.	Kriteria	Nilai	Bobot
1.	Sifat Masalah: a. Tidak/Kurang sehat b. Ancaman kesehatan c. Kritis	3 2 1	1
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah a. Dengan mudah b. Hanya sebagian c. Tidak dapat	2 1 0	2
3.	Potensi masalah untuk diubah a. Tinggi b. Cukup c. Rendah	3 2 1	1
4.	Menonjolkan masalah a. Masalah berat harus ditangani b. Masalah yang tidak perlu segera ditangani c. Masalah tidak dirasakan	2 1 0	1

Sumber: (Achjar, 2010)

Skoring

- a. Tentukan skor untuk setiap kriteria
- b. Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot.
- c. Jumlah skor untuk semua kriteria
- d. Skor tertinggi adalah 5 dan sama untuk seluruh bobot.

Diagnosa yang muncul :

- 1) Gangguan kebutuhan rasa nyaman keluarga bapak B khususnya Anak F berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat pasien dengan scabies.

3. Intervensi

Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan terdiri dari tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Menetapkan tujuan jangka panjang (umum) mengacu pada bagaimana

cara mengatasi problem/ masalah (P) dikeluarga. Sedangkan menetapkan tujuan jangka pendek (tujuan khusus) mengacu pada bagaimana cara mengatasi etiologi (E). Tujuan jangka pendek harus SMART (S: Spesifik, M: *measurable*/dapat diukur, A: *achievable*/dapat dicapai, R: *reality*, T: *time limited*/punya limit waktu) .(Achar,2010)

4. Implementasi

Implementasi merupakan langkah yang dilakukan setelah perencanaan program. Program dibuat untuk menciptakan keinginan berubah dari keluarga, memandirikan keluarga. Seringkali perencanaan program yang sudah baik tidak diikuti dengan waktu yang cukup untuk menrencanakan implementasi. Tindakan keperawatan terhadap keluarga mencakup hal-hal dibawah ini:

- a) Menstimulus kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara :
 - 1) Memberikan informasi
 - 2) Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
 - 3) Mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah
- b) Menstimulus keluarga untuk memuntuskan cara perawatan yang tepat, dengan cara:
 - 1) Mengidentifikasi konsekwensi tidak melakukan tindakan
 - 2) Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
 - 3) Mendiskusikan tentang konsekuensi setiap tindakan
- c) Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit
 - 1) Mendemonstrasikan cara perawatan
 - 2) Menggunakan alat dan fasilitas yang ada dirumah
 - 3) Mengawasi keluarga melakukan tindakan/ perawatan
- d) Membantu keluarga menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi:
 - 1) Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
 - 2) Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin.
- e) Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, dengan cara:

- 1)Memperkenalkan fasilitas kesehatan yang ada didalam lingkungan keluarga
- 2) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada (Padila, 2015)

5. Evaluasi

Sesuai dengan rencana tindakan yang telah diberikan, dilakukan penilaian untuk melihat keberhasilannya. Bila tidak/belum berhasil perlu disusun rencana baru yang sesuai. Semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat dilaksanakan dalam satu kali kunjungan ke keluarga. Untuk dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan waktu dan kesediaan keluarga. Evaluasi disusun dengan menggunakan SOP secara operasional:

- a. S: Hal-hal yang dikemukakan oleh keluarga secara data subjektif setelah dilakukan intervensi keperawatan, misalnya :keluarga mengatakan mengerti cara merawat anak yang terkena scabies,.
- b. O: Hal-hal yang ditemukan oleh perawat secara data objektif setelah dilakukan intervensi keperawatan, misalmya memberi pendidikan kesehatan tentang scabies,.
- c. A: Analisa dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu pada tujuan yang terkait dengan diagnosa,.
- d. P: Perencanaan yang akan datangsetelah melihat respon dari keluarga pada tahapan evaluasi (Padila,2015).

E. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Pengertian scabies

Scabies adalah penyakit kulit yang disebabkan oleh infeksi kuman atau kutu *sarocptes scabei var.hominis*. Skabies merupakan penyakit kulit yang timbul akibat infestasi dan sensitisasi *Sarcoptes scabiei var.hominis* dan produknya. Penyakit ini disebut juga *the itc, seven year itc, Norwegia itch*, gudikan, gatal agogo, budukan, penyakit ampere. Penularan dapat melalui kontak langsung dan tidak langsung. Kontak langsung umumnya melalui kontak kulit dengan kulit seperti saat berjabat tangan, tidur bersama dan hubungan seksual. Sedangkan kontak tidak langsung melalu benda yang digunakan bersama seperti pakaian,

handuk, seprei dan bantal (Harahap, 2000).

Scabies sering dijumpai pada orang-orang yang seksual-aktif. Namun demikian, infestasi parasit ini tidak bergantung pada aktivitas seksual karena kutu tersebut sering menjangkiti jari-jari tangan, dan sentuhan tangan dapat menimbulkan infeksi. Pada anak-anak tinggal semalaman dengan teman yang terinfeksi atau sering berganti pakaian dengannya dapat menjadi sumber infeksi. Petugas kesehatan yang melakukan kontak fisik yang lama dengan pasien skabies juga dapat terinfeksi (Muttaqin dkk, 2011).

2. Etiologi

Scabies disebabkan infeksi kuman atau kutu *sarcoptes scabiei var.homininis*. Kuman ini merupakan tungau kecil, berbentuk oval, punggungnya cembung, perutnya rata, berwarna putih, dan tidak bermata (Fina, Scolastika, 2018).

3. Patofisiologi

Seseorang yang terinfeksi kuman atau kutu *sarcoptes scabiei var.homininis* dapat terkena skabies. *Sarcoptes* betina yang berada di lapisan kulit stratum corneum dan lecidum membuat terowongan ke dalam lapisan kulit. Di dalam terowongan inilah *Sarcoptes* betina bertelur dan dalam waktu singkat telur tersebut menetas menjadi *hypopi* atau *Sarcoptes* muda. Akibat terowongan yang di gali *Sarcoptes* betina dan *hypopi* yang memakan sel-sel di lapisan kulit itu, penderita mengalami rasa gatal (Potter & Perry, 2010). Tungau tersebut mengeluarkan telurnya 2-3 butir sehari selama 2 bulan. Kemudian kutu betina tersebut akan mati. Larva atau telur menetas dalam waktu 3-4 hari dan berlanjut lewat stadium larva serta nimfa menjadi bentuk tungau dewasa dalam tempo sekitar 10 hari. Cara penularan skabies dapat melalui kontak langsung dan tidak langsung. Kontak langsung misalnya berjabat tangan, tidur bersama dan berhubungan seksual, sedangkan tidak langsung misalnya melalui pakaian, handuk, seprei, bantal (Djuanda, 2007).

4. Manifestasi Klinis

- a. Pruritas (gatal pada malam hari) khususnya dibagian kedua tangannya dan di sela-sela jari pasien.
- b. Pada umumnya ditemukan pada sekelompok manusia, misalnya keluarga atau perumahan sekitar.
- c. Kunikulus (adanya terowongan) pada tempat yang berwarna putih atau keabu-abuan, berbentuk garis lurus, atau berkelok dengan panjang rata-rata 1 cm, pada ujung terowongan tersebut akan ditemukan papula atau vesikel.
- d. Pemeriksaan diagnostic dalam menemukan tungau, karena lesi yang timbul hanya sedikit sehingga perlu dicermati dengan benar.

5. Klasifikasi

Skabies dibedakan menjadi beberapa tipe (Harahap,2000):

a. **Scabies cultivated**

Skabies cultivated ditandai dengan lesi berupa papul dan terowongan yang sedikit jumlahnya sehingga sangat sukar ditemukan. Kutu biasanya hilang dengan mandi secara teratur.

b. **Scabies nodular**

Pada bentuk ini lesi berupa nodus cokelat kemerahan yang gatal. Nodus ini timbul akibat reaksi hipersensitivitas terhadap tungau skabies. Biasanya terdapat didaerah tertutup, terutama pada genitalia laki-laki, inguinal, dan aksila. Nodus ini dapat menetap beberapa minggu hingga lebih dari satu bulan bahkan satu tahun, meskipun telah diberi pengobatan anti-skabies dan kortikosteroid.

c. **Scabies pada bayi dan anak**

lesi skabies pada anak dapat mengenai seluruh tubuh, termasuk seluruh kepala, leher, telapak tangan, dan telapak kaki. Akan tetapi, terowongan jarang ditemukan karena sering terjadi infeksi sekunder berupa impetigo atau eksim. Pada bayi, lesi terdapat di muka.

d. **Scabies pada klien *bedrest***

Penderita penyakit kronis dan orang tua yang terpaksa harus tinggal di tempat tidur dapat menderita skabies yang lesinya terbatas

e. Scabies incognito

Skabies incognito sering ditunjukkan dengan gejala klinis yang tidak biasa, distribusi atopik, dan lesi yang luas. Pemakaian obat steroid topikal sistemik dapat menyamarkan gejala dan tanda skabies, tetapi tanda-gejala tetap ada dan dapat pula menyebabkan lesi bertambah hebat. Hal ini mungkin disebabkan oleh penurunan respon imun seluler.

f. Scabies yang ditularkan oleh hewan

Sarcoptes scabies varian canis dapat menyerang melalui hewan. Misalnya peternak dan gembala, gejala yang ditimbulkan ringan, sedikit rasa gatal, tidak timbul pada tempat-tempat kontak. Skabies ini akan sembuh sendiri bila menjauhi hewan tersebut dan mandi.

g. Scabies Nowegia atau scabies krustosa

Skabies *Norwegia* terjadi akibat defisiensi imunologik sehingga sistem imun tubuh gagal membatasi proliferasi tungau sehingga tungau dengan mudah berkembang biak. Skabies ini ditandai oleh lesi yang luas dengan krusta, distrofi kuku, skuama generalisata, dan hiperkeratosis yang tebal. Biasanya terdapat pada kulit kepala yang berambut, telinga, bokong, siku, lutut, telapak tangan, dan kaki. Lain halnya dengan skabies biasa, rasa gatal pada penderita skabies *Norwegia* tidak menonjol.

6. Komplikasi

Rasa gatal pada gejala yang ditimbulkan oleh scabies dapat merangsang penderita untuk menggaruk sehingga dapat terjadi infeksi sekunder pada lesi scabies (Boediardja et al, 2003). Selain itu, harahap (2000) menyatakan, scabies tidak diobati selama beberapa minggu atau bulan dapat timbul :

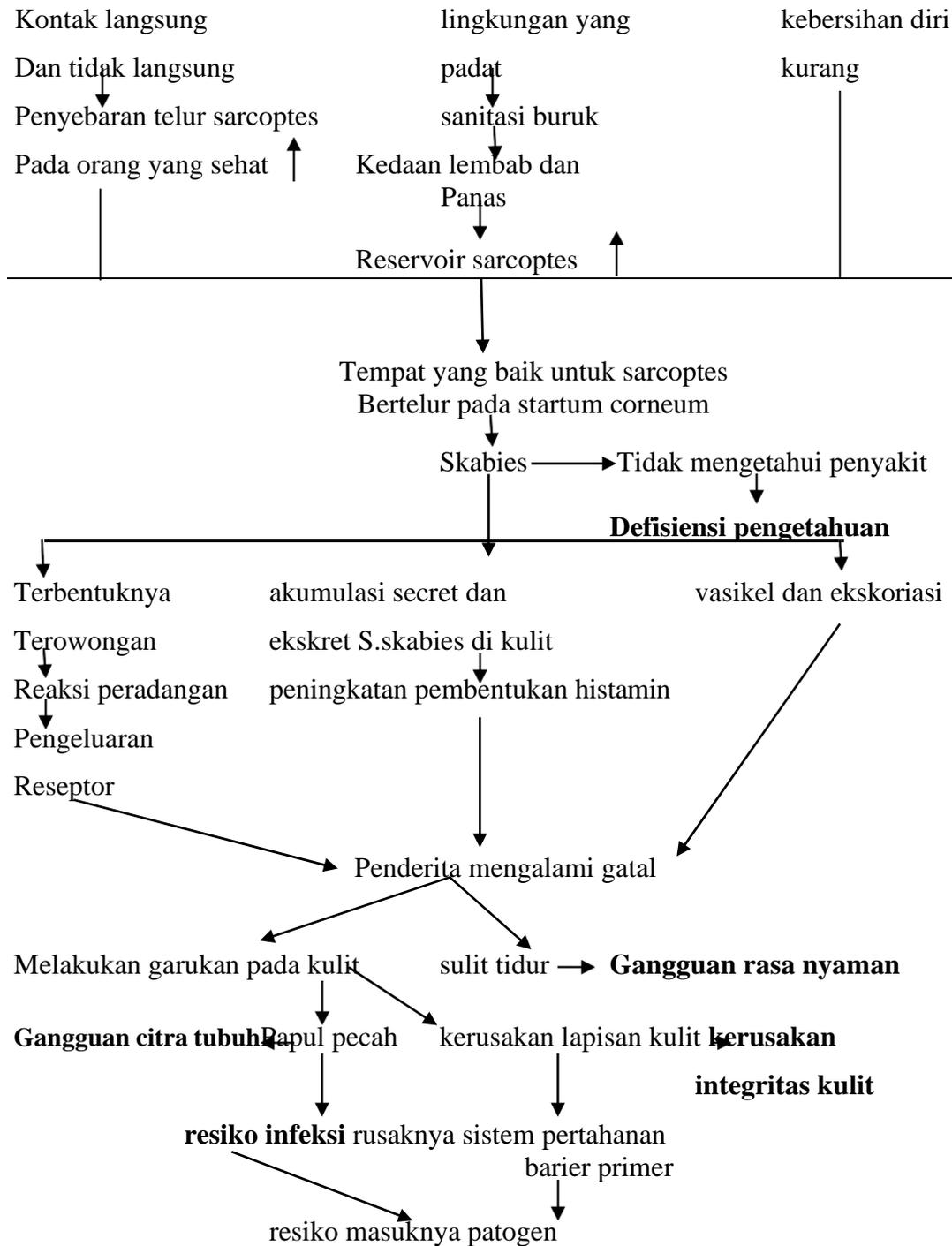
- a. Dermatitis akibat garukan
- b. Urtikaria
- c. Infeksi sekunder
- d. Fokulitis
- e. Furunkel

- f. Infiltrat
- g. Eksema infantum
- h. Pioderma
- i. Impetigo

7. Pemeriksaan penunjang

- a. Pemeriksaan kerokan kulit secara mikroskopis
- b. Mengambil tungau dengan jarum
- c. *Burrow ink test* (tes tinta pada terowongan)
- d. Epidermal *shave biopsy* (membuat biopsy irisan)
- e. Uji tetrasiklin

8. Pathway skabies



Gambar 2.2
Pathway skabies

9. Penatalaksanaan Scabies

Syarat obat ideal ialah obat yang efektif terhadap semua stadium tungau dengan tidak menimbulkan iritasi dan tidak toksik, tidak berbau atau kotor, tidak merusak atau mewarnai pakaian, mudah diperoleh, dan harganya terjangkau. Jenis obat topikal:

- a. Belerang endap (sulfur presipitatum) 4-20% dalam bentuk salep atau krim. Pemakaian obat ini tidak hari boleh kurang dari tiga hari karena tidak efektif terhadap stadium telur, berbau, mengotori pakaian, dan menimbulkan iritasi.
- b. Emulsi *benzyl-benzoate* 20-25% efektif terhadap semua stadium, diberikan setiap malam selama 3 kali. Pemberian obat ini perlu berhati-hati karena kadang-kadang semakin gatal setelah dipakai.
- c. Gama benzene heksa klorida 1% dalam bentuk krim atau losion. Pemberiannya cukup sekali setiap 8 jam, apabila masih terdapat gejalanya maka ulangi seminggu kemudian.
- d. Krotamin 10% dalam krim atau lotion mempunyai dua efek, sebagai antiskabies dan antigatal. Krim (*eurax*) hanya efektif pada 50-60% klien. Digunakan selama 2 malam berturut-turut dan dibersihkan setelah 24 jam pemakaian terakhir, kemudian digunakan lagi 1 minggu kemudian. Obat ini dioleskan ke badan dari leher ke bawah. Penggunaan berlebihan dapat menyebabkan iritasi. Bila digunakan untuk bayi dan anak-anak harus di tambahkan air 2-3 bagian. Ketika menggunakan obat ini sebaiknya jauhkan dari mata, mulut, dan uretra.
- e. Krim permetrin 5% sebagai dosis tunggal. Penggunaannya selama 8-13 jam dan kemudian dicuci bersih-bersih. Obat ini merupakan obat yang paling efektif dan aman karena sangat mematikan untuk parasit *sarcoptes scabiei* dan memiliki toksitas rendah pada manusia.