

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar**

##### **1. Pengertian Kebutuhan Rasa Nyaman**

Menurut Kolcaba (2012) di dalam buku Haswita dan Reni Sulistyowati (2017). Kenyamanan suatu keadaan telah terpenuhi kebutuhan dasar manusia. Kebutuhan ini meliputi kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transeden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah atau nyeri). Konsep kenyamanan memiliki subyektifitas yang sama dengan nyeri.

Kenyamanan meski dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek yaitu fisik (berhubungan dengan sensasi tubuh), sosial (berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga, sosial), psikospiritual (berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan), dan lingkungan (berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperatur, warna, dan unsur alamiah lainnya) (Potter & Perry, 2006).

Gangguan rasa nyaman adalah perasaan kurang senang, lega, dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2016).

##### **2. Faktor Yang Mempengaruhi Kenyamanan**

###### **a. Usia**

Ini erat kaitannya dengan pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki individu. Anak-anak biasanya belum mengetahui tingkat bahaya dari suatu lingkungan yang dapat menyebabkan cedera pada mereka. Sedangkan lansia umumnya akan mengalami penurunan sejumlah fungsi organ yang dapat

menghambat kemampuan mereka untuk melindungi diri, salah satunya adalah kemampuan persepsi-sensorik.

b. Gaya hidup

Faktor gaya hidup yang menempatkan klien dalam risikobahaya diantaranya lingkungan kerja yang tidak aman, tinggal di daerah yang tingkat kejahatannya tinggi, ketidakcukupan dana untuk membeli perlengkapan keamanan, adanya akses dengan obat-obatan berbahaya.

3. Mobilisasi dan status kesehatan

Klien dengan kerusakan mobilitas akibat paralisis, kelemahan otot, gangguan keseimbangan/koordinasi memiliki risiko untuk terjadinya cedera.

4. Gangguan sensori persepsi

Sensori persepsi yang akurat terhadap stimulus lingkungan sangat penting bagi kemananan seseorang. Klien dengan gangguan persepsi rasa, dengar, raba, cium, dan lihat, memiliki risiko tinggi untuk cedera.

5. Tingkat kesadaran

Kesadaran adalah kemampuan untuk menerima stimulus lingkungan, reaksi tubuh dan berespon tepat melalui proses berfikir dan tindakan. Klien yang mengalami gangguan kesadaran diantaranya klien yang kurang tidur, klien tidak sadar atau setengah sadar, klien disorientasi, klien yang menerima obat-obatan tertentu seperti narkotik, sedatif dan hipnotik.

6. Status emosional

Status emosi yang ekstrim dapat mengganggu kemampuan klien menerima bahaya lingkungan. Contohnya situasi penuh stres dapat menurunkan konsentrasi dan menurunkan kepekaan pada stimulus eksternal. Klien dengan depresi cenderung lambat berfikir dan bereaksi terhadap stimulus lingkungan.

#### 7. Kemampuan komunikasi

Klien dengan penurunan kemampuan untuk menerima dan mengemukakan informasi juga berisiko untuk cedera. Klien afasia, klien dengan keterbatasan bahasa, dan klien yang buta huruf, atau tidak bisa mengartikan simbol-simbol tanda bahaya.

#### 8. Pengetahuan pencegahan kecelakaan

Informasi adalah hal yang sangat penting dalam penjagaan keamanan. Klien yang berada dalam lingkungan asing sangat membutuhkan informasi keamanan yang khusus. Setiap individu perlu mengetahui cara-cara yang dapat mencegah terjadinya cedera.

#### 9. Faktor lingkungan

Lingkungan dengan perlindungan yang minimal dapat berisiko menjadi penyebab cedera baik di rumah, tempat kerja, dan jalanan (Haswita & Sulistyowati, 2017).

### **3. Penyebab Gangguan Rasa Nyaman**

Dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2016) penyebab gangguan rasa nyaman adalah :

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

#### 4. Tanda dan Gejala Gangguan Rasa Nyaman

Gejala dan tanda gangguan rasa nyaman dapat dibagi menjadi 2 (dua) yaitu sebagai berikut :

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. Merasa gatal
5. Mengeluh mual
6. Mengeluh lelah

Data objektif :

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

(SDKI,2016)

## **B. Tinjauan Asuhan Keperawatan**

### **1. Konsep Asuhan Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman**

#### **a. Pengkajian**

Perawat perlu mengkaji semua faktor yang mempengaruhi rasa nyaman, seperti faktor fisiologis, psikologis, perilaku, emosional, dan sosiokultural. Pengkajian terdiri atas dua komponen utama yakni, riwayat nyeri untuk mendapatkan data dari klien dan observasi langsung pada respons perilaku dan fisiologis klien. Tujuan pengkajian adalah untuk mendapatkan pemahaman objektif terhadap pengalaman subjektif. (Mubarak & Cahyatin, 2008).

#### **b. Diagnosa**

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI,2017 diagnosis yang muncul pada kasus gangguan rasa nyaman kasus ini adalah:

Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit.

- a) Definisi : perasaan kurang senang, lega, dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial.
- b) Penyebab :
  - 1) Gejala penyakit
  - 2) Kurang pengendalian situasional atau lingkungan
  - 3) Ketidakadekuatan sumber daya
  - 4) Kurangnya privasi
  - 5) Gangguan stimulus lingkungan
  - 6) Efek samping terapi
  - 7) Gangguan adaptasi kehamilan
- c) Tanda dan gejala
  - 1) Gejala dan tanda mayorSubjektif :
  - a) Mengeluh tidak nyaman

Objektif :

- 1) Gelisah
2. Gejala dan tanda minor

Subjektif :

- a) Mengeluh sulit tidur
- b) Tidak mampu rileks
- c) Mengeluh kedinginan atau kepanasan
- d) Merasa gatal
- e) Mengeluh mual
- f) Mengeluh lelah

Objektif :

- 1) Menunjukkan gejala distress
- 2) Tampak merintih atau menangis
- 3) Pola eliminasi berubah
- 4) Postur tubuh berubah
- 5) Iritabilitas.

### c. Intervensi

**Tabel 1 Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018)**

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendamping
<p>Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit.</p> <p><b>Tujuan :</b></p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan gangguan rasa nyaman klien teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat menyatakan rasa nyaman</li> <li>2. Rasa gatal berkurang</li> </ol>	<p>1. Manajemen kenyamanan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ciptakan lingkungan yang tenang dan mendukung.</li> <li>b. Tentukan tujuan pasien dalam mengelola lingkungan dan kenyamanan.</li> <li>c. Berikan sumber-sumber edukasi yang relevan dan berguna mengenai manajemen penyakit.</li> </ol> <p>2. Manajemen pengaturan posisi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sediakan ruang yang mendukung.</li> <li>b. Fasilitasi kenyamanan lingkungan</li> <li>c. Atur posisi yang nyaman</li> <li>d. Hindari paparan kulit terhadap iritan.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aromaterapi</li> <li>2. Dukungan hipnosis diri</li> <li>3. Dukungan pengungkapan diri</li> <li>4. Edukasi efek samping obat</li> <li>5. Edukasi aktivitas/istirahat</li> <li>6. Edukasi : Manajemen nyeri</li> <li>7. Edukasi kemoterapi</li> <li>8. Edukasi kesehatan</li> <li>9. Edukasi latihan fisik</li> <li>10. Edukasi manajemen stres</li> <li>11. Edukasi manajemen nyeri</li> <li>12. Edukasi penyakit</li> <li>13. Edukasi perawatan hamil</li> <li>14. Edukasi perawatan perineum</li> <li>15. Edukasi perawatan stoma</li> <li>16. Edukasi teknik napas</li> <li>17. Kompres dingin</li> <li>18. Kompres hangat</li> <li>19. Konseling</li> <li>20. Latihan berkemih</li> <li>21. Latihan eliminasi fekal</li> </ol>

		22. Latihan pernafasan 23. Latihan rehabilitasi 24. Latihan rentang gerak 25. Menejemen efek obagt 26. Menejemen hipertermia 27. Manajemen hipotermia 28. Menejemen kenyamanan 29. Menejemen kesehatan kerja 30. Menejemen keselamatan 31. Menejemen mual 32. Menejemen muntah 33. Menejemen nyeri akut 34. Menejemen nyeri kronik 35. Menejemen nyeri persalinan 36. Menejemen stres 37. Menejemen terapi radiasi 38. Menejemen trauma 39. Pemantauan nyeri 40. Pemberian obat 41. Pencegahan hipertermi 42. Penjahitan luka 43. Perawatan amputasi 44. Perawatan area insisi 45. Perawatan inkontensia fekal 46. Perawatan inkontensia urine 47. Perawatan kehamilan 48. Perawatan kenyamanan 49. Perawatan pasca persalinan 50. Perawatan perineum 51. Perawatan rambut 52. Perawatan seksio sesaria 53. Teknik latihan otot. 54. Terapi pemijatan. 55. Terapi relaksasi.
--	--	---

Sumber : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018)

#### **d. Implementasi**

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana keperawatan disusun dan ditujukan untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi koping. Perencanaan keperawatan dapat dilaksanakan dengan baik jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi keperawatan (Potter & Perry, 2010).

### e. Evaluasi

Evaluasi merupakan salah satu tanggung jawab perawat yang membutuhkan cara berfikir kritis yang efektif. Respon perilaku klien terhadap intervensi penanganan rasa nyaman tidak selalu tampak jelas. Mengevaluasi keefektifan intervensi rasa nyaman membutuhkan perawat untuk mengevaluasi klien sesudah periode waktu tertentu yang tepat, evaluasi terhadap rasa nyaman dilakukan dengan menilai kemampuan dalam memenejemen rasa nyaman (Alimul & Musrifatul, 2014).

**Tabel 2 Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2019)  
kriteria hasil kebutuhan rasa nyaman**

Kriteria	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Kesejahteraan fisik	1	2	3	4	5
Kesejahteraan Fisiologis	1	2	3	4	5
Dukungan sosial dari keluarga	1	2	3	4	5
Dukungan sosial dari teman	1	2	3	4	5
Perawatan sesuai keyakinan budaya	1	2	3	4	5
Perawatan sesuai Kebutuhan	1	2	3	4	5
Kebebasan melakukan ibadah	1	2	3	4	5
Rileks	1	2	3	4	5

Kriteria	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 kedinginan	1	2	3	4	5
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

Kriteria	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

Sumber : (PPNI, SLKI, 2019).

## C. Tinjauan Konsep Penyakit

### 1. Pengertian Dermatitis

Dermatitis adalah suatu peradangan pada dermis dan epidermis sebagai respons terhadap pengaruh faktor eksogen atau endogen yang menimbulkan efloresensi polimorfik (eritema, edema, papul, vesikel, skuama) dan keluhan gatal (Djuanda,2007). Eksim atau Dermatitis adalah istilah kedokteran untuk kelainan kulit yang mana kulit tampak meradang dan iritasi (Maharani,2015)

### 2. Klasifikasi Dermatitis

Menurut Puspasari (2018) berdasarkan etiologinya Dermatitis dibagi dalam beberapa tipe:

#### a. Dermatitis kontak

##### 1) Dermatitis kontak toksis akut

Suatu Dermatitis yang disebabkan oleh iritan primer kuat/absolut.

Contoh: H<sub>2</sub>, SO<sub>4</sub>, KOH, racun serangga.

##### 2) Dermatitis kontak toksis kronik

Adalah suatu Dermatitis yang disebabkan oleh iritan primer lemah/relatif.

Contoh: sabun dan detergen

##### 3) Dermatitis kontak alergi

Suatu Dermatitis yang disebabkan oleh alergen.

Contoh: logam, karet, plastik, dll.

#### b. Dermatitis atopik

Adalah suatu peradangan menahun pada lapisan epidermis yang disebabkan zat-zat yang bersifat alergen. Contoh: partikrl yang terhirup (debu, bulu).

#### c. Dermatitis perioral

Adalah suatu penyakit kulit yang ditandai adanya beruntus-beruntus merah disekitar mulut. Penyebabnya tidak diketahui, menyerang wanita 20-60 tahun, dan bisa muncul akibat pemakaian salep kortikosteroid diwajah untuk mengobati suatu penyakit.

d. **Dermatitis statis**

Adalah suatu peradangan menahun pada tungkai bawah yang sering meninggalkan bekas, disebabkan penimbunan darah dan cairan dibawah kulit, sehingga cenderung terjadi varises dan edema.

**3. Etiologi Dermatitis**

Penyebab dermatitis dapat berasal dari luar (eksogen), misalnya bahan kimia (contoh: detergen, asam, basa, oil, semen,) fisik (contoh: sinar, suhu),”mikro-organisme (bakteri, jamur); dapat pula dari dalam (endogen), misalnya dermatitis atopik (Adi dan Djuanda, 2010)

**4. Tanda dan Gejala Dermatitis**

Menurut Puspasari (2018) tanda dan gejala dermatitis yaitu:

- a. Gatal-gatal
- b. Rasa terbakar
- c. Kulit memerah dan bersisik
- d. Edema yang diikuti oleng pengeluaran sekret
- e. Pembentukan krusta

**5. Penatalaksanaan Dermatitis**

Menurut Puspasari penatalaksanaan ada dua cara yaitu:

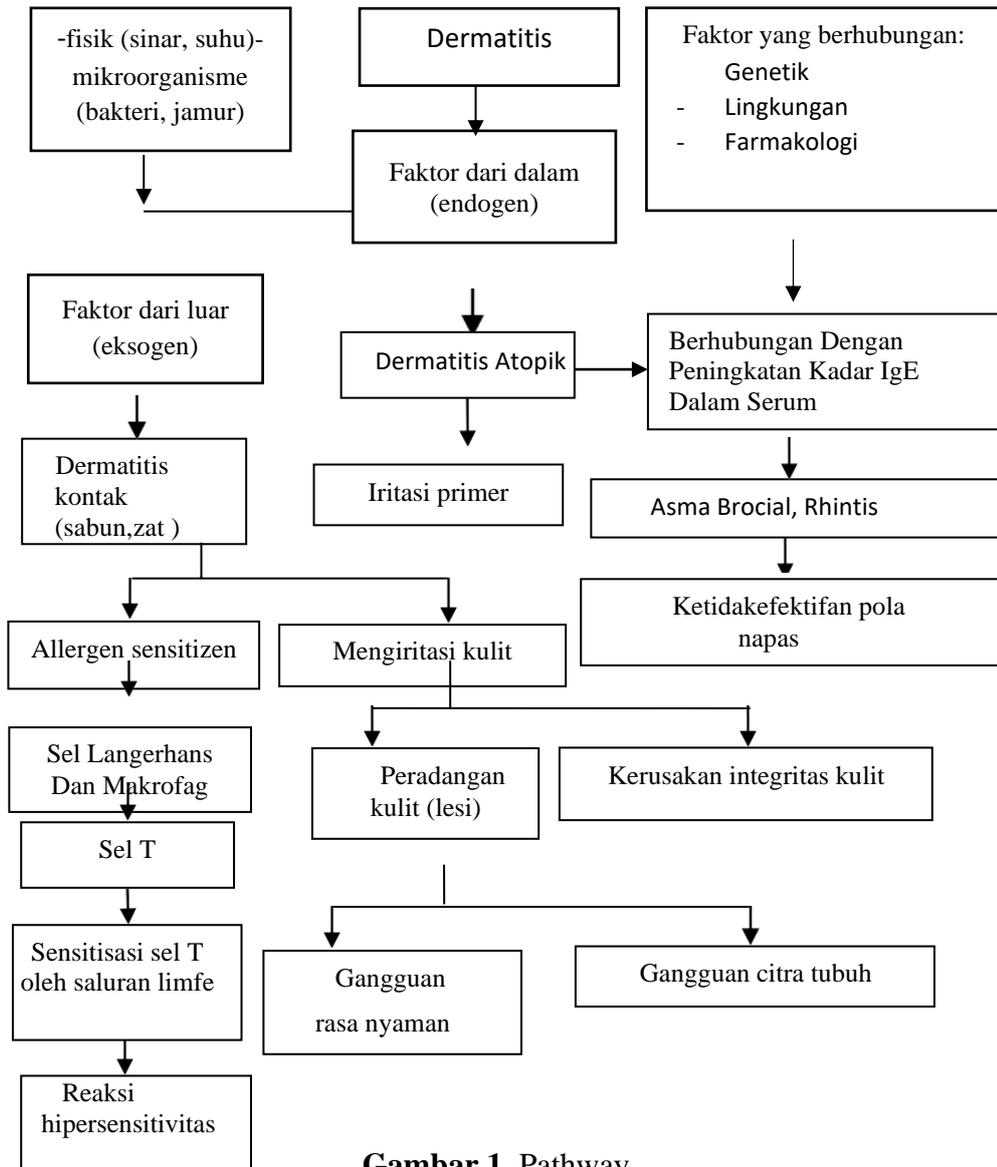
- a. Penatalaksanaan Nonmedis
  - 1) Pemberian kompres basah dan hangat dapat dilakukan pada daerah dermatitis yang kecil. Kompres basah membantu membersihkan sekmema yang mengeluarkan sekret, sedangkan kompres hangat untuk mengurangi peradangan.
  - 2) Mengatasi kerusakan integritas kulit
  - 3) Mengatasi hipotermia
  - 4) Meningkatkan konsep diri klien
- b. Penatalaksanaan Medis
  - 1) Umumnya losion yang netral dan tidak mengandung obat dapat dioleskan pada bercak-bercak eritema yang kecil.
  - 2) Preparat krim atau salep yang mengandung salah satu jenis kortikosteroid dioleskan tipis-tipis. Pada dermatitis yang menyebar luas, pemberian kortikosteroid jangka pendek sapat diprogramkan,

terapi anti inflamasi topikal (misalkan steroid) jangka pendek dapat digunakan untuk menghentikan peradangan.

#### **6. Patofisiologi Dermatitis**

Zat alergen atau zat iritan masuk ke dalam kulit kemudin menyebabkan hipersensitivitas pada kulit. Bahan iritan tersebut merusak lapisan tanduk, denaturasi keratin, dan mengubah daya ikat air di kulit. Masa inkubasi sesudah terjadi sensititasi permulaan terhadap suatu antigen adalah 5-12 hari, sedangkan masa reaksi setelah terkena berikutnya adalah 12-48 jam.

## 7. Pathway Dermatitis



**Gambar 1.** Pathway

Dermatitis Sumber:

(NANDA NIC NOC,2015)

## D. Tinjauan Konsep Keluarga

### 1. Pengertian Keluarga

Keluarga adalah suatu sistem sosial yang berisi dua atau lebih orang yang hidup bersama mempunyai hubungan darah perkawinan atau adopsi, tinggal bersama dan saling menguntungkan, mempunyai tujuan bersama, mempunyai generasi penerus, saling pengertian, dan saling menyayangi (Achjar, 2010).

Menurut Friedman (2010), keluarga adalah sekumpulan orang-orang yang tinggal bersama dalam satu rumah yang dihubungkan satu ikatan perkawinan, hubungan darah, atau tidak memiliki hubungan darah yang bertujuan mempertahankan budaya yang umum dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, dan sosial dari tiap anggota.

### A. Tahap dan Tugas Perkembangan

#### 1. Tahap pasangan menikah dan belum memiliki anak

##### *(beginning family)*

Pada tahap ini, pria dan wanita akan saling melakukan penyesuaian atas sifat dari masing-masing individu yang baru menjalin pernikahan. Tugas perkembangan pada fase ini adalah:

- 1) Membina hubungan intim dan memuaskan
- 2) Mendiskusikan visi dan misi keluarga, termasuk rencana memiliki anak atau menundanya
- 3) Menjalinkan hubungan baik dengan masing-masing keluarga dari suami maupun istri.

#### 2. Tahap kelahiran anak pertama *(child bearing family)*

Tahap ini terjadi ketika pasangan suami-istri tengah menantikan kelahiran anak pertamanya. Tahap perkembangan keluarga ini akan berlangsung hingga anak kemudian lahir dan berusia hingga 30 bulan. Tugas perkembangan pada fase ini adalah:

- 1) Mempersiapkan diri untuk menjadi orangtua
- 2) Melakukan adaptasi menyusul peran sebagai orangtua baru
- 3) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan pasangan.

### **3. Keluarga dengan anak sekolah (*families with preschoolers*)**

Tahap perkembangan keluarga ini dimulai saat anak berusia 2,5 tahun hingga 5 tahun. Di fase ini, beberapa keluarga juga mulai memiliki anak kedua sehingga orangtua harus membagi fokus antara menyiapkan keperluan anak sekolah dengan kebutuhan anak kedua yang masih bayi. Pada fase ini, tugas Anda sebagai orangtua adalah:

- 1) Memastikan rasa aman setiap anggota keluarga
- 2) Membantu anak untuk bersosialisasi
- 3) Beradaptasi dengan bayi baru lahir sambil memenuhi kebutuhan anak lain
- 4) Mempertahankan hubungan yang sehat, baik di dalam keluarga maupun dengan masyarakat
- 5) Pembagian waktu untuk individu, pasangan, dan anak.

### **4. Keluarga dengan anak sekolah (*families with children*)**

Tahap ini bisa dibilang sebagai tahap perkembangan keluarga dengan aktivitas paling sibuk. Saat ini, anak tertua akan berusia 6-12 tahun dengan aktivitas yang padat, begitu pula orangtua yang harus bekerja atau beraktivitas dengan agendanya sendiri. Tugas orangtua pada fase ini mirip dengan tahap keempat, misalnya membantu anak beradaptasi dengan lingkungan dan menjaga keintiman dengan pasangan. Sedangkan tugas tambahan lainnya adalah menyiapkan kebutuhan dan biaya kehidupan yang semakin meningkat.

### **5. Keluarga dengan anak remaja (*families with teenagers*)**

Remaja di sini adalah anak yang berusia mulai dari 13 tahun hingga 19-20 tahun. Tahap perkembangan keluarga ini bisa lebih singkat jika anak pertama yang beranjak remaja memutuskan hidup terpisah dengan orangtua, misalnya mengenyam pendidikan di luar kota. Selain bertugas menjaga keharmonisan keluarga, tahap perkembangan keluarga ini juga menantang orangtua untuk membangun komunikasi yang baik dengan anak. Orangtua wajib

memberi kebebasan pada anak, namun juga memberi tanggung jawab sesuai usia dan kemampuan anak.

**6. Keluarga dengan anak dewasa (*launching center families*)**

Tahap perkembangan keluarga ini dimulai saat anak pertama memutuskan keluar dari rumah orangtua. Oleh karena itu, orangtua bertugas membantu anak untuk mandiri sambil menata kembali peran mereka di dalam rumah tangga dengan anggota keluarga yang masih ada.

**7. Keluarga usia pertengahan (*middle age families*)**

Tahap perkembangan keluarga memasuki masa-masa akhir ketika anak terakhir telah meninggalkan rumah atau orangtua menjelang waktu pensiun. Pada fase ini, tugas utama Anda adalah menjaga kesehatan dengan pola hidup sehat, diet seimbang, olahraga rutin, menikmati hidup, sambil tetap menjaga keharmonisan dengan pasangan.

**8. Keluarga usia lanjut**

Terakhir, tahap perkembangan keluarga akan masuk kategori usia lanjut saat suami-istri telah pensiun hingga salah satunya meninggal dunia. Di saat inilah suami-isteri bertugas untuk saling merawat dan mempertahankan hubungan baik dengan anak dan sosial masyarakat.

**B. Tugas Kesehatan Keluarga**

Keluarga mempunyai tugas kesehatan yang perlu dipahami meliputi :

1. Menenal masalah kesehatan

Sejauh mana keluarga mengetahui fakta-fakta dari masalah kesehatan tersebut meliputi :

- a. Pengertian
- b. Tanda dan gejala
- c. Faktor penyebab dan yang mempengaruhinya
- d. Persepsi keluarga terhadap masalah

2. Memutuskan tindakan kesehatan
  - a. Sejauhmana keluarga mengerti mengenai sifat masalah
  - b. Apakah masalah kesehatan dirasakan oleh keluarga
  - c. Apakah keluarga dapat menjangkau fasilitas kesehatan
  - d. Apakah keluarga percaya terhadap tenaga kesehatan
3. Merawat anggota keluarga yang sakit
  - a. Sejauhmana keluarga mengetahui keadaan penyakit (sifat, penyebaran, komplikasi, prognosa, & cara perawatannya)
  - b. Sejauhmana keluarga mengetahui sifat & perkembangan perawatan yang dibutuhkan
  - c. Sejauhmana keluarga mengetahui keberadaan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan
  - d. Sejauhmana keluarga mengetahui sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, sumber keuangan/finansial, fasilitas fisik, psikososial)
  - e. Bagaimana sikap keluarga terhadap yang sakit
4. Modifikasi lingkungan
  - a. Sejauhmana keluarga mengetahui sumber-sumber keluarga yang dimiliki
  - b. Sejauh mana keluarga melihat keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan
  - c. Sejauhmana keluarga mengetahui pentingnya hygiene sanitasi
  - d. Sejauhmana keluarga mengetahui upaya pencegahan penyakit
  - e. Sejauhmana sikap/pandangan keluarga terhadap hygiene sanitasi
  - f. Sejauhmana kekompakan antar anggota keluarga
5. Menggunakan fasilitas kesehatan
  - a. Sejauh mana keluarga mengetahui keberadaan fasilitas kesehatan
  - b. Sejauhmana keluarga memahami keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan

- c. Sejauhmana tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas & fasilitas kesehatan
- d. Apakah keluarga mempunyai pengalaman yang kurang baik terhadap petugas kesehatan
- e. Apakah fasilitas kesehatan yang ada terjangkau oleh keluarga

## **2. Asuhan Keperawatan Keluarga**

### **A. Pengkajian**

#### 1. Identitas keluarga

- a) Nama Keluarga (KK)
- b) Alamat
- c) Komposisi keluarga :

Terdiri dari (nama, jenis kelamin, umur, hubungan keluarga, pendidikan, pekerjaan), Tipe, suku, agama, status kesehatan, dan status ekonomi.

#### 2. Tahap Perkembangan dan Riwayat Keluarga

##### 1) Tahap perkembangan saat ini

Tugas perkembangan keluarga pada anak dewasa di antaranya melanjutkan untuk memperbaharui & menyesuaikan kembali hubungan perkawinan, memandirikan anak, serta memperluas siklus keluarga dengan memasukan anggota keluarga baru dari perkawinan anak-anaknya.

##### 2) Tahap perkembangan belum terpenuhi

Pada tahap ini yang perlu dikaji adalah tugas perkembangan keluarga sesuai dengan tahapan perkembangan

##### 3) Riwayat keluarga inti

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga inti yaitu meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota dan sumber pelayanan yang digunakan keluarga.

#### 4) Riwayat keluarga sebelumnya

Diuraikan riwayat keluarga baik dari pihak suami maupun dari pihak istri sebelum membentuk keluarga sampai saat ini.

### 3. Data lingkungan

- 1) Karakteristik rumah
- 2) Karakteristik lingkungan
- 3) Mobilitas geografis keluarga
- 4) Perkumpulan dengan masyarakat
- 5) Sistem pendukung keluarga

### 4. Struktur keluarga

#### 1) Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga, bahasa apa yang digunakan dalam keluarga, bagaimana frekuensi dan kualitas komunikasi yang berlangsung dalam dan hal-hal dalam keluarga yang tertutup untuk didiskusikan.

#### 2) Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi anggota keluarga lainnya untuk mengubah perilaku yang berkaitan dengan kesehatan

#### 3) Struktur peran

Menjelaskan peran dan masing-masing keluarga baik secara formal maupun informal dan siapa yang menjadi model peran dalam keluarga dan apakah ada konflik dalam pengaturan peran yang selama ini dijalani.

#### 4) Nilai dan norma budaya

Menjelaskan mengenai nilai dan norma yang dianut keluarga yang berhubungan dengan kesehatan.

## 5. Fungsi keluarga

### 1) Fungsi afektif

Mengkaji gambaran diri keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya dan sikap saling menghargai dalam keluarga.

### 2) Fungsi sosialisasi

Bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga dan sejauhmana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya, dan perilaku.

### 3) Fungsi perawatan keluarga

#### a) 5 tugas kesehatan keluarga yaitu

- 1) Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan
- 2) Keluarga mampu mengenal keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat
- 3) Keluarga mampu merawat anggota yang sakit
- 4) Keluarga mampu memodifikasi lingkungan dengan cara memelihara lingkungan yang sehat
- 5) Menggunakan fasilitas atau pelayanan kesehatan

#### b) Pemeriksaan fisik

##### ➤ Keadaan umum

Bagaimana keadaan klien apakah lemah, letih dan lesu ?

##### ➤ Tanda vital

- Suhu
- Nadi
- Pernafasan
- Tekanan darah

##### ➤ Kepala

Kebersihan kulit kepala, rambut, serta bentuk kepala, apakah ada kelainan atau lesi pada kepala.

##### ➤ Mata

Bentuk mata, keadaan konjungtiva anemis/tidak, sclera ikterik/tidak dan apakah ada gangguan pada penglihatan.

➤ Hidung

Biasanya terdapat pernafasan cuping hidung dan terdapat secret berlebihan.

➤ Mulut

Keadaan membrane mukosa dan apakah ada gangguan menelan.

➤ Leher

Apakah terjadi pembengkakan kelenjar tyroid dan apakah ada distensi vena jugularis

➤ Thoraks

Bentuk dada simetris/tidak, kaji pola pernafasan, apakah ada wheezing, apakah ada gangguan pada pernafasan.

• Inspeksi

- Membrane mukosa-faring tampak kemerahan
- Tonsil tampak kemerahan dan edema
- Tampak batuk tidak produktif
- Tidak ada jaringan perut dan leher
- Tidak tampak penggunaan otot-otot pernafasan tambahan, pernafasan cuping hidung

• Palpasi

- Adanya demam
- Teraba adanya pembesaran kelenjar limfe pada daerah leher/nyeri tekan pada daerah nodus limfe servikalis
- tyroid

• auskultasi

- adanya stridor atau wreezing. (Nursing student, 2015).

4) Pengkajian kebutuhan dasar manusia

➤ Nutrisi

➤ Cairan

➤ Eliminasi

- Istirahat tidur
- Aktivitas sehari hari

#### F. Stress dan koping keluarga

- 1) Stressor jangka pendek
- 2) Stressor jangka panjang
- 3) Kemampuan keluarga berespon terhadap masalah
- 4) Strategi koping yang digunakan
- 5) Strategi adaptasi disfungsional

#### G. Harapan keluarga

Pada bagian ini perlu diuraikan bagaimana harapan keluarga klien terhadap penyakit yang diderita klien. Selain itu, sebagai pendukung dan motivasi, perawat juga perlu mengetahui bagaimana atau apa saja harapan keluarga terhadap perawat. Harapan ini sudah selayaknya diusahakan semaksimal mungkin oleh perawat agar keluarga merasa puas dengan pelayanan kesehatan yang diberikan.

##### 1. Analisa Data

Dari hasil pengkajian dilakukan analisa data untuk menyeleksi data terperinci seperti kategori yang lebih luas seperti kategori yang berhubungan dengan status kesehatan atau praktek anggota-anggota keluarga atau tentang rumah dan lingkungan dan mengelompokkan syarat-syarat yang berhubungan untuk menentukan hubungan antara data tersebut.

##### 2. Diagnosis keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien, individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. (SDKI PPNI, 2016).

##### 1. Gangguan Rasa Nyaman

Yaitu perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritua, lingkungan sosial.

## 2. Gangguan Citra Tubuh

Yaitu kondisi perspsi negative tentang tubuh karna perubahan

## 3. Rencana tindakan keperawatan

Langkah-langkah yang dilakukan :

- Melakukan skoring
- Penetapan tujuan
- Penyusunan rencana tindakan
- Menetapkan kriteria dan standar

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) merupakan tolak ukur yang dipergunakan sebagai panduan dalam penyusunan intervensi keperawatan dalam rangka memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif, dan etis (SIKI PPNI, 2018)

**Tabel 3** Prioritas Masalah

### PRIORITAS MASALAH

KRITERIA	BOBOT	SKOR
Sifat masalah	1	Aktual = 3 Risiko = 2 Potensial = 1
Kemungkinan masalah untuk dipecahkan	2	Mudah = 2 Sebagian = 1 Tidak dapat = 0
Potensi masalah untuk dicegah	1	Tinggi = 1 Cukup = 2 Rendah = 1
Menonjolnya masalah	1	Segera diatasi = 2 Tidak Segera Diatasi = 1 Tidak dirasakan adanya masalah = 0

### **Intervensi Keperawatan**

Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuannya terdiri dari tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Penetapan tujuan jangka panjang (tujuan umum) mengacu pada bagaimana mengatasi problem/masalah (P) di keluarga, sedangkan penetapan tujuan jangka pendek (tujuan khusus) mengacu pada bagaimana mengatasi etiologi (E). Tujuan jangka pendek menggunakan SMART (S=spesifik, M=measurable/dapat diukur, A=achievable/dapat dicapai, R=reality, T=time limited/punya limit waktu) (Achjar,2010)

Tujuan terdiri dari tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Penetapan tujuan jangka panjang (tujuan umum) mengacu pada bagaimana mengatasi problem/masalah (P) di keluarga, sedangkan penetapan tujuan jangka pendek (tujuan khusus) mengacu pada bagaimana mengatasi etiologi (E). Tujuan jangka pendek harus SMART (S = spesifik, M = *measurable* / dapat di ukur, A = *achievable* / dapat dicapai, R = reality, T = *time limited* / punya limit waktu) (Komang Ayu H.A, 2010).

### **Implementasi**

Implementasi merupakan tahap dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan. Perawat mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dan partisipasi klien dalam tindakan keperawatan berpengaruh pada hasil yang diharapkan (Tim Pokja DPP PPNI, 2018).

### **Evaluasi**

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan Tujuannya adalah untuk mengetahui sejauh mana tujuan perawat atau kriteria hasil dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan (Tarwoto & wartona, 2015)