

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Pengertian Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia merupakan komponen yang vital untuk mempertahankan hidup dan kesehatan. Manusia sebagai makhluk yang unik dan *holistic* mempunyai kepuasan saat kebutuhan dasar manusia terpenuhi, seperti fisiologis, psikologis, sosial budaya, intelektual, dan kebutuhan spiritual, (DeLaune & Ladner, 2011)

Ada 5 kebutuhan dasar manusia menurut teori Maslow (dikutip dalam Haswita, 2017) yaitu:

a. Kebutuhan fisiologis

Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas paling tinggi dalam Hierarki Maslow. Pada umumnya seseorang memiliki beberapa kebutuhan yang belum terpenuhi dan akan lebih dahulu memenuhi kebutuhan fisiologisnya dibandingkan dengan kebutuhan-kebutuhan lainnya. Adapun bermacam-macam kebutuhan dasar fisiologis menurut Maslow ialah kebutuhan oksigen, kebutuhan cairan dan elektrolit, kebutuhan makanan, kebutuhan eliminasi urine, kebutuhan istirahat dan tidur, kebutuhan aktivitas, kebutuhan kesehatan temperatur tubuh, dan kebutuhan seksual.

b. Kebutuhan Keselamatan dan Rasa Aman

Kebutuhan keselamatan dan rasa nyaman yang dimaksud ialah aman dari berbagai macam aspek, baik aspek fisiologis maupun aspek psikologis. Kebutuhan ini meliputi kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan dan infeksi.

c. Kebutuhan Rasa Cinta, Memiliki, dan Dimiliki.

Setelah kebutuhan dasar dan rasa aman sudah terpenuhi, maka timbul kebutuhan untuk dimiliki dan dicintai. Kebutuhan rasa cinta ialah kebutuhan saling memiliki dan dimiliki yang terdiri dari memberi dan menerima kasih sayang, perasaan dimiliki dan hubungan

yang berarti dengan orang lain. Kehangatan, persahabatan, mendapatkan tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok ataupun lingkungan sosial.

d. **Kebutuhan Harga Diri**

Terdapat 2 macam kebutuhan harga diri. Yang pertama ialah kebutuhan-kebutuhan akan kekuatan, penguasaan, kemandirian, kompetensi, dan percaya diri. Sedangkan yang kedua ialah kebutuhan akan penghargaan dari orang lain, status, kebanggaan, ketenaran, dominasi, dianggap penting, dan apresiasi dari orang lain. Kebutuhan harga diri meliputi perasaan yang tidak bergantung kepada orang lain, kompeten, penghargaan terhadap diri sendiri dan juga orang lain.

e. **Kebutuhan Aktualisasi Diri**

Kebutuhan aktualisasi diri adalah kebutuhan yang terdapat 17 meta kebutuhan yang tidak tersusun secara hierarki, melainkan saling mengisi. Kebutuhan ini meliputi dapat mengenal diri sendiri dengan baik, belajar memenuhi kebutuhan diri sendiri, emosional, serta mempunyai dedikasi yang tinggi, kreatif dan juga mempunyai

1. Definisi Kebutuhan Nyeri

Nyeri dapat diartikan sebagai suatu sensasi yang tidak menyenangkan baik secara sensori maupun secara emosional yang berhubungan dengan adanya suatu kerusakan jaringan atau faktor lain, sehingga individu merasa tersiksa dan menderita yang pada akhirnya akan mengganggu aktivitas sehari-hari (Sutanto & Fitriana, 2017)

2. Penyebab Nyeri

Menurut Sutanto & Fitriana (2017), penyebab rasa nyeri dapat digolongkan menjadi dua bagian, yaitu berhubungan dengan fisik dan nyeri psikologis.

a. **Nyeri fisik**

Nyeri yang disebabkan oleh faktor fisik berkaitan dengan terganggunya serabut saraf reseptor nyeri. Serabut saraf ini terletak dan tersebar pada lapisan kulit dan pada jaringan tertentu yang terletak lebih

dalam. Penyebab nyeri secara fisik adalah akibat trauma misalnya, (trauma mekanik, trauma kimiawi, trauma termis, dan trauma elektrik), neoplasma. Peradangan, gangguan sirkulasi darah, dan lain lain:

1) Trauma mekanik.

Trauma mekanik menimbulkan rasa nyeri karena ujung-ujung saraf bebas, mengalami kerusakan akibat benturan, gesekan, dan luka.

2) Trauma kimiawi.

Trauma kimiawi terjadi karena tersentuh zat asam atau basa yang kuat.

3) Trauma termis.

Trauma termis menimbulkan rasa nyeri karena ujung reseptor mendapat rangsangan akibat panas atau hangat.

4) Trauma elektrik.

Trauma elektrik dapat menimbulkan rasa nyeri karena pengaruh aliran listrik yang kuat mengenai reseptor rasa nyeri.

5) Neoplasma.

Neoplasma menyebabkan rasa nyeri karena terjadinya tekanan serta kerusakan jaringan yang mengandung reseptor nyeri dan juga karena tarikan atau jepitan.

6) Nyeri pada peradangan.

Nyeri ini terjadi karena kerusakan ujung-ujung saraf reseptor akibat adanya peradangan atau terjepit oleh pembengkakan.

b. Nyeri psikologi

Nyeri yang disebabkan faktor psikologis merupakan nyeri yang dirasakan bukan karena penyebab organik, melainkan akibat trauma psikologis dan pengaruh terhadap fisik. Kasus ini dapat dijumpai pada kasus yang termasuk kategori psikosomatik. Nyeri karena faktor ini disebut *psychogenic pain*.

3. Klasifikasi Nyeri

Menurut Rohkam 2004 (dikutip dalam Giri Wiarto 2017) nyeri dapat diklasifikasikan menjadi empat yaitu:

- a. Nyeri *nociceptive* tipe nyeri normal yang mana muncul dari jaringan yang benar-benar atau berkemungkinan rusak dan hasil dari aktivasi *nociceptor* dan proses berikutnya di sistem syaraf yang utuh.
- b. Nyeri somatik adalah variasi dari nyeri *nociceptive* yang diperantara oleh serabut *afferent* somatosensoris yang mana lebih m
- c. udah dilokalisir dengan kulit tajam, sakit, dan berdenyut. Variasi nyeri ini biasanya seperti nyeri pasca oprasi, traumatis, dan inflamasi lokal.
- d. Nyeri viscelar lebih sulit untuk dialokasikan dan diperantarai perifer oleh serabut C dan disentral oleh jaras karoda spinalis dan berakhir di sistem limbik. Ini menjelaskan tentang perasaan tidak nyaman dn kesulitan emosional yang disebabkan oleh nyeri *viscelar*.
- e. Nyeri neuropatik disebabkan oleh kerusakan pada jaringan saraf. Ia selalu diarahkan ke distribusi sensori sensori dan struktur syaraf yang terkena. Nyeri neuropatik tidak harus disebabkan oleh neurpati saja.

Menurut Sutanto & Fitriana (2017), nyeri dapat diklasifikasikan berdasarkan tempat, sifat, berat ringannya nyeri, dan lamanya waktu serangan.

- a. Nyeri berdasarkan tempat

- 1) *Pheriperal pain*

Yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh, misalnya pada kulit atau mukosa.

- 2) *Deep pain*

Yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh yang lebih dalam atau pada organ-organ visceral

- 3) *Referred pain*

Yaitu nyeri dalam yang disebabkan oleh penyakit organ atau sruktur dalam tubuh yang ditransmisikan ke bagian tubuh di daerah yang berbeda, bukan daerah asal nyeri.

- 4) *Central pain*

Yaitu nyeri yang terjadi akibat rangsangan pada sistem saraf pusat, *spinal cord*, batang otak, *hypotalamus*, dan lain-lain.

b. Nyeri berdasarkan sifat

1) *Incidental pain*

Yaitu nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang.

2) *Steady pain*

Yaitu nyeri yang timbul dan menetap serta dirasakan dalam waktu lama.

3) *Paroxymal pain*

Yaitu nyeri yang dirasakan berintensitas tinggi dan sangat kuat. Nyeri ini biasanya berlangsung selama 10-15 menit, lalu hilang kemudian timbul lagi.

c. Nyeri berdasarkan berat ringannya

1) Nyeri ringan yaitu nyeri dengan intensitas rendah

2) Nyeri sedang yaitu nyeri yang menimbulkan reaksi

3) Nyeri berat yaitu nyeri dengan intensitas tinggi.

d. Nyeri berdasarkan lama waktu penyerangan

1) Nyeri akut

Yaitu nyeri yang dirasakan dalam waktu yang singkat dan berakhir kurang dari enam bulan, sumber dan daerah nyeri diketahui dengan jelas. Rasa nyeri diduga ditimbulkan oleh luka, misalnya luka operasi atau luka akibat penyakit tertentu.

2) Nyeri kronis

Yaitu nyeri yang dirasakan lebih dari enam bulan. Nyeri kronis ini memiliki pola yang beragam dan bisa berlangsung selama berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun. Ragam pola nyeri ini ada yang nyeri dalam periode tertentu yang diselingi dengan interval bebas dari nyeri, lalu nyeri akan timbul kembali, dan begitu seterusnya. Ada pula pola nyeri kronis yang konstan, artinya rasa nyeri tersebut terus menerus terasa makin lama pengobatan. Misalnya pada nyeri karena neoplasma.

4. Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Menurut Giri Wiarto (2017) faktor yang mempengaruhi nyeri ada sembilan yaitu:

- a. Usia
- b. Jenis kelamin
- c. Budaya
- d. Ansietas
- e. Pengalaman
- f. Efek Plasbo
- g. Kelurga
- h. Pola Koping

5. Intensitas Nyeri

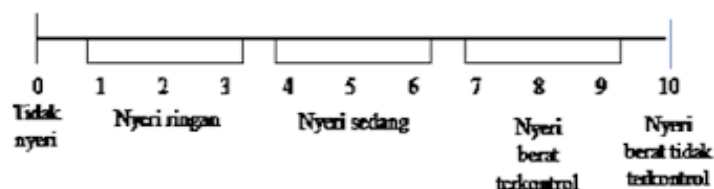
Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu dan pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual dan kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh kedua orang yang berbeda (Tamsuri,2007).

6. Alat bantu menentukan skala nyeri

Untuk mempermudah alat pengukuran nyeri, dapat digunakan banyak cara, tes, atau pengukuran skala nyeri. Namun, perlu diingat bahwa semua tes tersebut bersifat subjektif. Menurut Haswita & Sulistyowati (2017) pengukuran intensitas nyeri yaitu:

- a. Skala nyeri menurut *Hayward*

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala menurut *Hayward* dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari 0-10 yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang sangat dirasakan.



Gambar 2.1 : Skala nyeri *Hayward*
Sumber: Haswita & Sulistyowati (2017)

Keterangan gambar:

Angka 0: tidak nyeri

Angka 1-3: nyeri ringan

Angka 4-6: nyeri sedang

Angka 7-9: nyeri berat terkontrol

Angka 10: nyeri berat tak terkontrol

b. Skala wajah

Pengukuran intensitas nyeri di wajah dilakukan dengan cara memperhatikan mimik wajah pasien pada saat nyeri tersebut menyerang. Cara ini diterapkan pada pasien yang tidak dapat menyebutkan intensitas nyerinya dengan skala angka, misalnya anak-anak dan lansia.



Gambar 2.2: Pengukuran skala nyeri dengan wajah

Sumber: Haswita & Sulistyowati (2017)

Keterangan gambar:

Angka 0: *no hurt* (tidak sakit)

Angka 1: *hurts little bit* (sedikit sakit)

Angka 2: *hurts little more* (sedikit lebih sakit)

Angka 3: *hurts even more* (lebih menyakitkan)

Angka 4: *hurts whole lot* (sangat menyakitkan)

Angka 5: *hurt worts* (paling menyakitkan)

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Asuhan keperawatan pada klien nyeri

a. Pengkajian

Perawat perlu mengkaji semua faktor yang mempengaruhi nyeri, seperti faktor fisiologis, psikologis, perilaku, emosional, dan sosiokultural. Pengkajian nyeri 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)

Tabel 2.1 Mnemonik Untuk Pengkajian Nyeri

P	Provoking atau pemicu, yaitu faktor yang memicu timbulnya rasa nyeri.
Q	Quality atau kualitas nyeri (misalnya tumpul atau tajam)
R	Region atau daerah, yaitu daerah perjalanan ke daerah lain.
S	Severitiy atau keganasan, yaitu intensitas nya
T	Time atau waktu, yaitu serangan, lamanya, kekerapan, dan sebab

Sumber: (Mubarak & Chayatin 2008)

b. Riwayat nyeri

Saat mengkaji riwayat nyeri, perawat sebaiknya memberi klien kesempatan untuk mengungkapkan cara pandang mereka terhadap nyeri dan situasi tersebut dengan kata-kata mereka sendiri. Langkah ini akan membantu perawat memahami makna nyeri bagi klien dan bagaimana ia berkoping terhadap situasi tersebut. Secara umum, pengkajian riwayat nyeri meliputi:

1) Lokasi

Untuk menentukan lokasi nyeri yang spesifik, minta klien untuk menunjukkan area nyerinya

2) Intensitas nyeri

Penggunaan skala intensitas nyeri adalah metode yang mudah dan terpercaya untuk menentukan intensitas nyeri pasien. Skala nyeri yang paling sering digunakan adalah rentang 0-5 atau 0-10.

3) Kualitas nyeri

Terkadang nyeri seperti dipukul-pukul atau ditusuk-tusuk. Perawat perlu mencatat kata-kata yang digunakan klien untuk menggambarkan nyerinya sebab informasi yang akurat dapat berpengaruh besar pada diagnosis dan etiologi nyeri serta pilihan tindakan yang diambil.

4) Pola

Pola nyeri meliputi waktu, durasi, dan kekambuhan atau interval nyeri. Karenanya, perawat perlu mengkaji kapan nyeri berlangsung, berapa lama nyeri berlangsung, apakah nyeri berulang, dan kapan nyeri terakhir muncul.

5) Faktor presipitasi

Terkadang aktivitas tertentu dapat memicu munculnya nyeri. Seperti aktivitas yang berlebih mengakibatkan timbulnya nyeri dada, selain itu faktor lingkungan, suhu lingkungan yang dapat berpengaruh terhadap nyeri, stressor fisik serta emosional juga dapat memicu munculnya nyeri.

6) Gejala

Gejala yang meliputi nyeri bisa juga menimbulkan gejala yang menyertai, seperti mual, muntah, dan pusing.

7) Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

Dengan mengetahui sejauh mana nyeri mempengaruhi aktivitas harian pasien akan membantu perawat dalam memahami prespektif pasien tentang nyeri. Beberapa aspek kehidupan yang perlu dikaji terkait nyeri, yaitu pola tidur, konsentrasi, nafsu makan, pekerjaan dan aktivitas diwaktu senggang.

8) Sumber koping

Setiap individu memiliki strategi koping berbeda-beda dalam menghadapi rasa nyeri. Strategi tersebut dapat dipengaruhi oleh pengalaman nyeri sebelumnya, ataupun pengaruh agama dan budaya.

9) Respons afektif

Respons afektif klien terhadap nyeri bervariasi, tergantung pada situasi, derajat, dan durasi nyeri. Perawat perlu mengkaji adanya perasaan cemas, takut, lelah, depresi, atau perasaan gagal pada diri klien (Mubarak & Chayatin, 2008)

c. Observasi respons perilaku dan fisiologis

Ekspresi wajah merupakan salah satu respon perilaku. Selain itu ada juga vokalisasi seperti mengerang, berteriak, meringis. Sedangkan respon fisiologis untuk nyeri bervariasi bergantung pada sumber dan durasi nyeri. Pada awal nyeri, respons fisiologis dapat meliputi peningkatan tekanan darah, nadi dan pernapasan, dilatasi pupil akibat terstimulusnya sistem saraf simpatis. Akan tetapi jika nyeri berlangsung lama, dan saraf simpatis telah beradaptasi, respon fisiologis tersebut mungkin akan berkurang atau bahkan tidak ada. Karena pentingnya bagi perawat untuk mengkaji lebih dari satu respon fisiologis sebab bisa jadi respon tersebut merupakan indikator yang buruk untuk nyeri (Mubarak & Chayatin, 2008)

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI (2016) diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien yang mengalami dermatitis adalah:

a. Gangguan rasa nyeri

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

b. Gangguan integritas kulit

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

3. Intervensi Keperawatan

Menurut buku SIKI (2018) intervensi yang muncul pada keluarga dengan gangguan rasa nyaman dengan dermatitis yaitu:

Tabel 2.2
Intervensi Gangguan Rasa Nyeri Gangguan Integritas Kulit

No	Dignosis Keperawatan	Intervensi utama	Intervensi pendukung
1.	Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit Tujuan: a. Setelah b. dilakukan asahan keperawatan diharapkan status kenyamanan meningkat c. Gelisah menurun d. Gatal berkurang	1. Manajemen nyeri 2. Pengaturan posisi 3. Terapi relaksasi	1. Dukungan hipnosis diri 2. Dukungan pengungkapan kebutuhan 3. Edukasi aktivitas/istirahat 4. Edukasi efek samping obat 5. Edukasi keluarga: manajemen nyeri 6. Edukasi kemotrapi 7. Edukasi kesehatan 8. Edukasi latihan fisik 9. Edukasi manajemen stres 10. Edukasi manajemen nyeri 11. Edukasi penyakit 12. Edukasi perawatan kehamilan 13. Edukasi perawatan perineum 14. Edukasi perawatan stoma 15. Edukasi teknik nafas 16. Kompres dingin 17. Kompres hangat 18. Konseling perawatan 19. Latihan berkemih 20. Latihan eliminasi fekal 21. Latihan pernapasan 22. Latihan rehabilitasi 23. Latihan rentang gerak

			<ol style="list-style-type: none">24. Manajemen efek samping obat25. Manajemen hipertermia26. Manajemen hipotermia27. Manajemen kenyamanan lingkungan28. Manajemen kesehatan kerja29. Manajemen keselamatan lingkungan30. Manajemen mual31. Manajemen muntah32. Manajemen nyeri akut33. Manajemen nyeri kronik34. Manajemen nyeri persalinan35. Manajemen stres36. Manajemen terapi radiasi37. Manajemen trauma perkosaan38. Pemantauan nyeri39. Pemberian obat40. Pencegah hipertermi keganasan41. Penjahitan luka42. Perawatan amputasi43. Perawatan area insisi44. Perawatan inkontinensia fekal45. Inkontinensia urine46. Perawatan kehamilan47. Perawatan kenyamanan48. Perawatan pascapersalinan49. Perawatan perineum50. Perawatan rambut51. Perawatan seksio sesaria52. Teknik latihan penguat otot dan sendi53. Terapi pemijatan54. Terapi relaksasi
--	--	--	---

2.	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perawatan integritas kulit 2. Perawatan luka 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan perawatan diri 2. Edukasi perawatan diri 3. Edukasi perawatan kulit 4. Edukasi perilaku upaya kesehatan 5. Edukasi pola perilaku kebersihan 6. Edukasi program pengobatan 7. Konsultasi 8. Latihan rentang gerak 9. Manajemen nyeri 10. Pelaporan status kesehatan 11. Pemberian obat 12. Pemberian obat intradermal 13. Pemberian obat intramuskular 14. Pemberian obat intravena 15. Pemberian obat kulit 16. Pemberian obat subkutan 17. Pemberian obat topikal 18. Penjahitan luka 19. Perawatan area insisi 20. Perawatan imobilisasi 21. Perawatan kuku 22. Perawatan luka bakar 23. Perawatan luka tekan 24. Perawatan pasca seksio sesaria 25. Perawatan skin graft 26. Teknik latihan penguatan otot dan sendi 27. Terapi lintah 28. Skrining kanker
----	---	--	--

Sumber: (SIKI, 2018)

4. Implementasi

Merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan sendiri dan bukan

merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan dengan keputusan bersama, seperti dokter dan petugas kesehatan lain. Agar lebih jelas dan akurat dalam melakukan implementasi, diperlukan perencanaan keperawatan yang spesifik dan operasional (Tarwoto dan Wartonah, 2015)

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menemukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi pada dasarnya adalah membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan. Evaluasi perkembangan kesehatan pasien dapat dilihat dari hasil tindakan keperawatan. Tujuannya untuk mengetahui sejauh mana tujuan perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Jika tujuan tidak tercapai, maka perlu dikaji ulang sejak kesalahannya, dicari jalan keluarnya, kemudian catat apa yang ditemukan, serta apakah perlu dilakukan perubahan intervensi (Tarwoto dan Wartonah, 2015).

C. Tinjauan Asuhan Keperawatan Keluarga

Pengkajian asuhan keperawatan keluarga menurut teori Family Center Friendman, yaitu:

1. Pengkajian

- a. Data Umum
 - 1) Identitas kepala keluarga
 - a) Nama kepala keluarga
 - b) Umur (KK)
 - c) Pekerjaan kepala keluarga
 - d) Pendidikan kepala keluarga
 - e) Alamat dan nomor telpon
 - 2) Komposisi anggota keluarga

3) Genogram

Genogram harus menyangkut minimal 3 generasi, harus tertera nama, umur, dan kondisi kesehatan.

4) Tipe keluarga

Menurut Maria (2017) tipe keluarga dibagi menjadi dua, yaitu keluarga tradisional dan non tradisional (modern).

a) Keluarga Tradisional

(1) Keluarga Inti, merupakan keluarga kecil dalam satu rumah.

Dalam keseharian, anggota inti hidup bersama dan saling menjaga. Terdiri dari ayah, ibu, dan anak-anak.

(2) Keluarga Besar, yaitu keluarga yang cenderung tidak hidup bersama-sama dalam kehidupan sehari-hari. Hal ini disebabkan karena keluarga besar merupakan gabungan keluarga inti. Satu keluarga memiliki beberapa anak, lalu anak-anaknya menikah dan memiliki anak dan kemudian menikah lagi dan memiliki anak pula.

(3) Keluarga Dyad, merupakan tipe keluarga yang biasanya terjadi pada sepasang suami istri yang baru menikah. Mereka membina rumah tangga tetapi belum dikaruniai anak atau keduanya bersepakat untuk tidak memiliki anak terlebih dahulu.

(4) Keluarga Single Parent, adalah kondisi seseorang tidak memiliki pasangan lagi. Hal ini biasa disebabkan karena perceraian atau meninggal dunia. Akan tetapi single parent mensyaratkan adanya anak, baik anak kandung maupun anak, baik anak kandung maupun anak angkat. Jika ia sendirian, maka tidak bias dikatakan sebagai keluarga meski sebelumnya pernah membina rumah tangga.

(5) Keluarga Single Adult, yaitu pasangan yang mengambil jarak jauh atau berpisah sementara waktu untuk kebutuhan tertentu. Orang dewasa inilah yang kemudian disebut single

adult. Meski ia telah memiliki pasangan di suatu tempat, namun ia terhitung single di tempat lain.

b) Keluarga Non Tradisional

(1) *The Unmarriedteenege Mother*

Belakangan ini, hubungan seks tanpa menikah sering terjadi di masyarakat. Meski pada akhirnya beberapa pasangan menikah, namun banyak pula yang kemudian memilih hidup sendiri, misalnya si perempuan memilih merawaat anaknya sendirian. Kehidupan seorang ibu bersama anaknya tanpa pernikahan inilah yang kemudian masuk dalam katagori keluarga.

(2) *Reconstituted Nuclear*

Sebuah keluarga yang tadinya berpisah, kemudian kembali membentuk kelurga inti melalui perkawinan kembali. Mereka tinggal dan hidup bersama anak-anaknua, baik dari pernikahan sebelumnya, maupun hasil pernikahan baru.

(3) *The Stepparent Family*

Dengan berbagai alasan, dewasa ini kita temui seorang anak di adopsi oleh sepasang suami istri, baik yang sudah memiliki anak maupun belum. Kehidupan anak dengan orang tua tirinya inilah yang dimaksud dengan *the stepparent family*.

(4) *Commune Family*

Tipe keluarga ini biasanya hidup di dalam penampungan atau memang tidak memiliki kesepakatan bersama untuk hidup satu atap. Hal ini biasa berlangsung dalam waktu yang lama. Mereka memiliki hubungan darah namun memutuskan hidup bersama dalam satu rumah, fasilitas, dan pengalaman yang sama.

(5) *The Non Matrital Heterosexual Conhibitang Family*

Tanpa ikatan pernikahan, seorang memutuskan untuk hidup bersama pasangannya. Namun dalam waktu yang relative singkat, seseorang itu kemudian berganti pasangan lagi dan tetap tanpa hubungan pernikahan.

(6) *Gay and Lesbian Family*

Seseorang dengan jenis kelamin yang sama menyatakan hidup bersama sebagaimana pasangan suami istri.

(7) *Cohabiting Couple*

Misalnya dalam perantauan, karena merasa satu negara atau satu daerah, kemudian dua orang atau lebih bersepakat unuk tinggal bersama tanpa ikatan pernikahan. Kehidupan mereka sudah seperti kehidupan berkeluarga. Alasan untuk hidup bersama ini biasa beragam.

(8) *Group Marriage Family*

Beberapa orang dewasa yang menggunakan alat-alat rumah tangga bersama dan mereka merasa sudah menikah, sehingga berbagi sesuatu termasuk seksual dan membesarkan anak bersama.

(9) *Group Network Family*

Keluarga inti yang dibatasi oleh aturan atau nilai-nilai, hidup bersama atau berdekatan satu sama lainnya, dan saling menggunakan barang-barang rumah tangga bersama, pelayanan dan tanggung jawab membesarkan anaknya.

(10) *Foster Family*

Seorang anak yang kehilangan orangtuanya, lalu ada sebuah keluarga yang menampungnya dalam kurun waktu tertentu. Hal ini di lakukan hingga anak tersebut bisa bertemu dengan orangtua kandungnya.

(11) *Institusional*

Anak atau orang dewasa yang tinggal dalam satu panti. Entah dengan alasan ditiptkan oleh keluarga atau memang ditemukan dan kemudian ditampung oleh panti atau dinas social.

(12) *Homeless Family*

Keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karna personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi atau problem kesehatan mental.

5) Suku Bangsa

Mengetahui suku dan budaya pasien beserta keluarganya merupakan hal penting. Dari budaya keluarga tersebut, kita akan mengetahui bagaimana kebiasaan-kebiasaan yang dilakukan oleh keluarga. Tentu saja tidak semua budaya dikaji, melainkan hanya yang berhubungan dengan kesehatan (Maria, 2017)

6) Agama

Semua agama ada bagian tertentu yang mengajarkan kebersihan dan kesehatan. Akan tetapi bagaimana kadar pasien dan keluarga menjalankannya. Mengetahui agama pasien dan keluarganya tidak hanya sebatas nama agamanya, melainkan bagaimana mereka mengamalkan ajaran-ajaran agama atau kepercayaanya. Hal ini bukan untuk menjustifikasi melalui agama, melainkan mengetahui sejauh mana kesehatan keluarga dijaga melalui ajaran agama (Maria, 2017).

7) Status sosial ekonomi keluarga

Status sosial dan ekonomi cenderung menentukan bagaimana sebuah keluarga menjaga kesehatan anggota keluarganya. Meski hal ini tidak bisa digeneralisir, namun bagi yang memiliki pendapatan yang berkecukupan, tentu anggota keluarga akan memiliki perawatan yang memadai. Status sosial tak selalu

ditentukan oleh pendapatannya meski hal tersebut sangat mempengaruhi. Bisa jadi seseorang mendapatkan status sosial karna pengaruhnya di masyarakat atau komunitas. Selain itu, kebutuhan atau pengeluaran keluarga juga menjadi penyebab berikutnya. Artinya, perawat juga perlu mengetahui tingkat konsumsi keluarga beserta anggotanya (Maria, 2017).

8) Aktivitas rekreasi keluarga

Rekreasi bisa menentukan kadar stress keluarga sehingga menimbulkan beban pada akhirnya membuat sakit. Akan tetapi, bentuk rekreasi tidak hanya dilihat dari ke mana pergi bersama keluarga, melainkan hal-hal yang sederhana yang bisa dilakukan di rumah. Misalnya menonton televisi, membaca buku, mendengarkan musik, berselancar di media sosial, dan hal-hal yang bisa menghibur lainnya.

b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tidak hanya dari sisi kesehatan, melainkan dari berbagai sisi. Misalnya faktor ekonomi, karena keluarga tidak mampu mencukupi kebutuhan yang sehat dan aman, maka anggota keluarga mudah terserang penyakit. Tahap perkembangan keluarga ini ditentukan dengan anak tertua dari keluarga inti (Maria, 2017).

Menurut Santun & Agus, 2008 tahap dan tugas perkembangan keluarga antara lain ialah:

- a) Pasangan baru menikah
- b) Keluarga dengan “*child bearing*” menanti kelahiran anak pertama
- c) Keluarga dengan anak prasekolah (anak pertama yang berusia 2,5-5 tahun)
- d) Keluarga dengan anak usia sekolah (anak pertama berusia 6-12 tahun)
- e) Keluarga dengan anak remaja (anak pertama berusia 13-20 tahun)

- f) Keluarga dengan melepaskan anak ke masyarakat
 - g) Keluarga dengan tahapan berdua kembali
 - h) Keluarga dengan tahapan masa tua
- 2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Keluarga dan setiap anggotanya memiliki peran dan tugasnya masing-masing. Dari setiap tugas itu, sebaiknya dibuat daftar mana saja tugas yang telah diselesaikan, dengan begitu, akan tampak tugas apa saja yang belum dilaksanakan. Jika ada beberapa tugas yang belum diselesaikan, kemudian dikaji kendala apa yang menyebabkannya. Lalu apakah tugas tersebut bisa diselesaikan segera atautkah bisa di tunda (Maria, 2017)

- 3) Riwayat keluarga inti

Tidak hanya dikaji tentang riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, melainkan lebih luas lagi. Apakah ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit yang beresiko menurun, bagaimana pencegahan penyakit dengan imunisasi, fasilitas kesehatan apa saja yang pernah diakses, riwayat penyakit apa saja yang pernah diderita, serta riwayat perkembangan dan kejadian-kejadian atau pengalaman yang berhubungan dengan kesehatan (Maria, 2017).

- 4) Riwayat keluarga sebelumnya

Riwayat keluarga besar dari pihak suami dan istri juga dibutuhkan. Hal ini dikarnakan ada penyakit yang bersifat *genetic* atau berpotensi menurun kepada anak cucu. Jika hal ini dapat di deteksi lebih awal, dapat dilakukan berbagai pencegahan atau antisipasi (Maria,2017)

c. Lingkungan

- 1) Karakteristik rumah

Perawat membutuhkan data karakteristik rumah yang dihuni sebuah keluarga dengan melihat luas rumah, tipe rumah, jumlah ruangan dan fungsinya, sirkulasi udara dan sinar matahari yang masuk, pendingin udara (AC), pencahayaan, banyak jendela,

tata letak perabotan, penempatan septic tank, konsumsi makanan olahan dan minuman keluarga, dan lain sebagainya.

2) Karakteristik tetangga dan RT-RW

Perawat perlu mencari tahu lingkungan fisik, kebiasaan, kesepakatan atau aturan penduduk setempat dan budaya yang mempengaruhi kesehatan.

3) Perkumpulan keluarga dengan masyarakat

Selain interaksi dengan tetangga dan lingkup RT-RW, tentu setiap individu atau keluarga memiliki pergaulannya sendiri, baik dikomunitas hobi, kantor, sekolah, maupun hanya teman main. Interaksi ini juga bisa digunakan untuk melacak jejak darimana penyakit yang didapatkan oleh pasien.

4) Mobilitas geografis keluarga

Salah satu dari perkembangan keluarga adalah mobilitas fisik. Paling minimal berpindah dari rumah orang tua menuju rumah sendiri. Atau jika merantau, dimana saja ia pernah kontrak rumah. Atau sebagai pegawai sering ditugaskan diberbagai kota.

5) System pendukung keluarga

Setiap keluarga tentu menyediakan berbagai fasilitas berupa perabot bagi anggota keluarganya.

d. Struktur keluarga

1) Pola komunikasi keluarga

Perawat diharuskan untuk melakukan observasi terhadap seluruh anggota keluarga dalam berhubungan satu sama lain. Komunikasi yang berjalan baik mudah diketahui dari anggota keluarga yang menjadi pendengar yang baik, pada komunikasi yang tepat, penyampaian yang jelas, keterlibatan perasaan dalam berinteraksi (Maria, 2017)

2) Struktur kekuatan keluarga

Kekuatan keluarga diukur dari peran dominan anggota keluarga. Oleh sebab itu, seorang perawat membutuhkan data tentang siapa yang dominan dan mengambil keputusan untuk keluarga, mengelola

anggaran, tempat tinggal, tempat kerja, mendidik anak dan lain sebagainya (Maria, 2017).

3) Struktur peran keluarga

Setiap anggota keluarga memiliki perannya masing-masing. Tidak ada satupun anggota keluarga yang terlepas dari perannya, baik dari orang tua maupun anak-anak. Peran ini berjalan dengan sendirinya, meski tanpa disepakati terlebih dahulu. Akan tetapi jika peran ini tidak berjalan dengan baik, maka akan ada anggota keluarga yang terganggu. Misalnya anak yang harus belajar atau bermain. Jika tak melakukannya, tentu orang tua akan gelisah. Begitu pula jika orang tua atau ayah tidak bekerja, tentu anggota keluarga akan kesulitan memenuhi kebutuhannya (Maria, 2017)

4) Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai norma yang dianut oleh keluarga yang berhubungan dengan kesehatan (Setiadi, 2008)

e. Fungsi keluarga

1) Fungsi afektif

- a) Bagaimana pola kebutuhan keluarga dan responnya?
- b) Apakah individu merasakan individu lain dalam keluarga?
- c) Apakah pasangan suami istri mampu menggambarkan kebutuhan persoalan dan anggota yang lain?
- d) Bagaimana sensitivitas antaranggota keluarga?
- e) Bagaimana keluarga menanamkan perasaan kebersamaan dengan anggota keluarga?
- f) Bagaimana anggota keluarga saling mempercayai, memberikan perhatian dan saling mendukung satu sama lain?
- g) Bagaimana hubungan dan interaksi keluarga dengan lingkungan?
- h) Apakah ada kedekatan khusus anggota keluarga dengan anggota keluarga yang lain, keterpisahan dan keterikatan? (Maria, 2017)

- 2) Fungsi sosialisasi
 - a) Bagaimana keluarga membesarkan anak, termasuk pola kontrol perilaku, penghargaan, disiplin, kebebasan dan ketergantungan, hukuman, memberi dan menerima cinta sesuai dengan tingkatan usia? Siapa yang bertanggung jawab?
 - b) Kebudayaan yang dianut dalam membesarkan anak?
 - c) Apakah keluarga merupakan resiko tinggi mendapat masalah dalam membesarkan anak? Faktor resiko apa saja yang memungkinkan?
 - d) Apakah lingkungan memberikan dukungan dalam perkembangan anak, seperti tempat bermain dan istirahat dikamar tidur sendiri? (Maria, 2017)
- 3) Fungsi perawatan keluarga
 - a) Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga
 - b) Bila ditemui data maladaptif, langsung lakukan penjajakan tahap II (berdasarkan 5 tugas keluarga seperti bagaimana keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan) (Achjar, 2010)
- f. Stress dan koping keluarga
 - 1) Stressor jangka pendek

Stressor yang dialami keluarga tetapi bisa ditangani dalam jangka waktu 6 bulan.
 - 2) Stressor jangka panjang

Stressor yang dialami keluarga yang waktu penyelesaiannya lebih dari 6 bulan (Maria, 2017)
 - 3) Kemampuan keluarga berespon terhadap stressor

Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi atau stressor (Setiadi, 2008)
 - 4) Strategi koping yang digunakan

Strategi apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan (Setiadi, 2008)

5) Strategi adaptasi disfungsional

Dijelaskan mengenai adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan (Setiadi, 2008)

g. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Bagaimanakah keadaan klien apakah lemas atau lesu?

2) Tanda Vital

a) Tekanan darah

b) Nadi

c) Suhu

d) Pernafasan

3) Kepala

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

4) Hidung

Biasanya terdapat pernafasan cuping hidung dan terdapat secret.

5) Mata

Bentuk mata, apakah ada gangguan penglihatan, apakah keadaan konjungtiva anemis atau tidak.

6) Mulut

Keadaan membran mukosa, dapatkah ada gangguan pada saat menelan.

7) Leher

Apakah terdapat pembengkakan kelenjar tyroid dan apakah ada distensi vena jugularis.

8) Thoraks

Bentuk dada simetris atau tidak, kaji pernafasan, apakah terdapat wheezing, apakah ada gangguan pernafasan.

a) Inspeksi

(1) Membrane mukosa tampak kemerahan

(2) Amati tekstur kulit

b) Palpasi

- (1) Adanya kerusakan jaringan kulit
- (2) Adanya edema

h. Harapan keluarga

Pada bagian ini perlu dijelaskan bagaimana harapan keluarga klien terhadap penyakit yang dialami klien. Selain itu, sebagai pendukung serta motivasi, perawat juga perlu mengetahui bagaimana atau apa saja harapan keluarga terhadap perawat. Harapan ini sudah diusahakan semaksimal mungkin oleh perawat agar keluarga merasa puas dan senang atas pelayanan kesehatan yang telah diberikan.

2. Analisa Data

Setelah dilakukan pengkajian, selanjutnya data akan dianalisis untuk dapat dilakukan perumusan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan disusun berdasarkan jenis diagnosa seperti berikut:

a. Diagnosis sehat

Digunakan bila keluarga mempunyai potensi untuk ditingkatkan, dan belum ada data maladaptive. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga potensial, hanya terdiri dari komponen problem (P) saja atau P (problem) dan S (*symptom/sign*), tanpa komponen etiologi (E).

b. Diagnosis ancaman

Digunakan bila belum terdapat paparan masalah kesehatan, namun telah ditemukan beberapa data maladaptive yang memungkinkan timbulnya gangguan. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga resiko, terdiri dari problem (P), etiologi (E), serta *symptom/sign* (S).

c. Diagnosis gangguan

Digunakan bila sudah timbul gangguan/masalah kesehatan di keluarga dan didukung dengan adanya beberapa data maladaptive. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga nyata/gangguan, terdiri dari problem (P), etiologi (E) serta *symptom/sign* (S).

Perumusan problem (P) adalah respon terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan dasar. Dan etiologi (E) mengarah pada 5 tugas keluarga yaitu:

- 1) Ketidak mampuan anggota keluarga mengenal masalah penyakit, meliputi:

- a) Pengertian
 - b) Persepsi terhadap keparahan penyakit
 - c) Tanda dan gejala
 - d) Persepsi keluarga terhadap masalah
- 2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi:
- a) Sejauh mana keluarga paham mengenai sifat dan luasnya masalah
 - b) Masalah yang dirasakan keluarga
 - c) Sikap negatif terhadap masalah pada kesehatan
 - d) Keluarga menyerah pada masalah yang sedang dialami
 - e) Informasi yang salah
- 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, meliputi:
- a) Bagaimana keluarga mengetahui anggota yang sakit
 - b) Sumber-sumber yang ada didalam keluarga
 - c) Sifat serta perkembangan perawatan yang dibutuhkan
 - d) Sikap keluarga terhadap penyakit
- 4) Ketidak mampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan, meliputi:
- a) Keuntungan pemeliharaan lingkungan
 - b) Pentingnya hygiene sanitasi
 - c) Upaya pencegahan penyakit
- 5) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan, meliputi:
- a) Keberadaan fasilitas pelayanan kesehatan
 - b) Pengalaman keluarga yang di kurang baik
 - c) Keuntungan yang didapat
 - d) Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga
- Sebelum menentukan diagnosa keperawatan tentunya harus menyusun prioritas masalah terlebih dahulu dengan menggunakan proses skoring seperti tabel berikut:

Tabel 2.3
Skoring Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1.	Sifat masalah		
	• Tidak/kurang sehat	3	1
	• Ancaman kesehatan	2	
• Keadaan sejahtera	1		
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah		
	• Mudah	2	2
	• Sebagian	1	
• Tidak dapat	0		
3.	Potensi masalah untuk dicegah		
	• Tinggi	3	1
	• Cukup	2	
• Rendah	1		
4.	Menonjolnya masalah		
	• Masalah yang benar-benar harus ditangani	2	1
	• Ada masalah tetapi tidak segera ditangani	1	
• Masalah tidak dirasakan	0		

Sumber: Maria,(2017)

3. Skoring

- a. Tentukan angka dari skor tertinggi terlebih dahulu, angka tertinggi biasanya adalah 5.
- b. Skor yang dimaksud diambil dari skala prioritas, tentukan skor pada setiap kriteria
- c. Skor dibagi dengan angka tertinggi.
- d. Kemudian dikalikan dengan bobot skor.
- e. Jumlah skor dari semua kriteria.

4. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dilaminya baik yang berlangsung secara aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien,

keluarga, individu, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI PPNI, 2016).

Diagnosa keperawatan yang berhubungan dengan Dermatitis dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2016), yaitu:

1. Gangguan rasa nyeri

Adalah gangguan dimana perasaan kurang senang, kurang nyaman, dan kurang lega.

2. Gangguan integritas kulit

Adalah dimana keadaan individu beresiko mengalami kerusakan jaringan epidermis dan dermis pada lapisan kulit.

5. 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) dikeluarga, 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)

Tabel 2.4

Rencana Keperawatan pada Klien Dermatitis

Diagnosis Keperawatan	Tujuan		Evaluasi		Rencana tindakan
	Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
Gangguan rasa nyeri pada keluarga Tn. M terutama An. S b.d ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.	Setelah dilakukan kunjungan kerumah sebanyak 3x diharapkan gatal-gatal pada An. S berkurang	Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 3x dan diberi tindakan keperawatan tentang Dermatitis diharapkan keluarga mampu: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui masalah kesehatan tentang Dermatitis 2. Mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga yang sakit Dermatitis 3. Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit 4. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang baik untuk klien penderita Dermatitis 5. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan 			
		TUK 1: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui masalah kesehatan tentang Dermatitis: <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Menyebutkan pengertian Dermatitis 	Respon verbal	Dermatitis adalah peradangan pada kulit yang ditandai dengan ruam, gatal, kemerahan yang muncul akibat kontak dengan zat tertentu.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan bersama keluarga pengertian Dermatitis.

Diagnosis Keperawatan	Tujuan		Evaluasi		Rencana tindakan
	Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
					<ol style="list-style-type: none"> 2. Berikan keluarga kesempatan untuk bertanya kembali 3. Evaluasi kembali pengertian tentang Dermatitis 4. Beri pujian atas jawaban keluarga
		1.2 Menyebutkan penyebab Dermatitis	Respon verbal	Penyebab penyakit Dermatitis: <ol style="list-style-type: none"> 1. Air yang mengandung klorin/kapur 2. Bahan kimia yang terlalu keras 3. Sabun dan deterjen 4. Makanan seperti: telur, susu, beberapa jenis ikan-ikanan dan kacang-kacangan. 5. Kurangnya kebersihan diri. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disuksikan bersama keluarga tentang penyebab Dermatitis 2. Beri keluarga kesempatan untuk bertanya kembali 3. Evaluasi kembali tentang penyebab Dermatitis 4. Beri pujian atas jawaban keluarga
		1.3 Menyebutkan tanda-tanda Dermatitis	Respon verbal	Tanda-tanda Dermatitis: <ol style="list-style-type: none"> 1. Rasa gatal yang tak tertahankan 2. Bercak kemerahan 3. Ruam pada kulit 4. Peradangan 5. Penebalan kulit pada daerah yang gatal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan bersama keluarga tentang tanda Dermatitis 2. Beri keluarga kesempatan untuk bertanya kembali

Diagnosis Keperawatan	Tujuan		Evaluasi		Rencana tindakan
	Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
					3. Evaluasi kembali tentang tanda-tanda Dermatitis 4. Beri pujian atas jawaban keluarga
		TUK 2 2. Mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga yang sakit Dermatitis: 2.1 keluarga mampu menyebutkan beberapa akibat yang terjadi bila Dermatitis tidak segera ditangani	Respon verbal	Menyebutkan akibat jika penyakit Dermatitis tidak segera ditangani: 1. Terjadinya infeksi pada kulit 2. Kualitas hidup menurun 3. Neurodermatitis (Dermatitis akut) 4. Cellulitis	1. Disuksikan bersama keluarga tentang akibat jika Dermatitis tidak segera ditangani 2. Berikan keluarga kesempatan untuk bertanya kembali 3. Evaluasi kembali tentang akibat Dermatitis 4. Berikan pujian atas jawaban keluarga
		2.2 Keluarga mampu mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga yang mengalami Dermatitis	Respon Verbal	Keluarga terlihat mengambil keputusan dengan tegas dan yakin untuk merawat anggota keluarga yang mengalami Dermatitis	1. Diskusikan bersama keluarga tentang bagaimana cara mengambil keputusan merawat anggota keluarga yang mengalami Dermatitis

					2. Berikan keluarga kesempatan untuk bertanya kembali
					3. Evaluasi kembali tentang cara mengambil keputusan yang tepat untuk mengatasi Dermatitis 4. Berikan pujian atas jawaban keluarga
		<p>TUK 3</p> <p>3. Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit Dermatitis:</p> <p>3.1 Menjelaskan cara merawat keluarga yang sakit Dermatitis</p>	Respon Verbal	<p>Menyebutkan cara merawat keluarga yang sakit Dermatitis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan teknik kompres air hangat untuk meredakan gatal 2. Kolaborasikan dengan dokter untuk menggunakan obat antihistain agar mengurangi rasa gatal 3. Pengobatan lainnya yaitu dapat menggunakan salep yang memilki kandungan kortikosteroid, misalnya salep Hydrocortison. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan bersama keluarga tentang cara menangani Dermatitis 2. Berikan kesempatan keluarga untuk bertanya kembali 3. Evaluasi tentang cara menangani gatal akibat Dermatitis 4. Berikan pujian atas jawaban keluarga

Diagnosis Keperawatan	Tujuan		Evaluasi		Rencana tindakan
	Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
		3.2 Mendemonstrasikan teknik kompres hangat	Respon psikomotor	Teknik kompres hangat: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan yang nyaman 2. Cuci tangan 3. Basahi kain pengompres dengan air hangat 4. Peras kain sehingga tidak terlalu basah 5. Letakan kain pada daerah yang mengalami nyeri dan gatal 6. Lakukan kompres hangat secara berulang 7. Setelah selesai, keringkan daerah yang telah dikompres 8. Cuci tangan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Demonstrasikan dengan keluarga cara kompres hangat 2. Berikan kesempatan keluarga untuk melakukan 3. Evaluasi kembali cara kompres hangat 4. Berikan pujian atas tindakan yang dilakukan keluarga

Diagnosis Keperawatan	Tujuan		Evaluasi		Rencana tindakan
	Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
		TUK 4 4. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang baik untuk klien penderita Dermatitis 4.1 Menyebutkan cara memelihara atau memodifikasi lingkungan yang mendukung untuk klien Dermatitis	Respon verbal	Lingkungan yang tepat untuk klien Dermatitis yaitu: <ol style="list-style-type: none"> 1. Lingkungan bersih dan nyaman 2. Tidak lembab 3. Tidak berdebu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan bersama keluarga tentang bagaimana mempertahankan lingkungan yang sehat 2. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya kembali 3. Evaluasi tentang bagaimana mempertahankan lingkungan yang sehat dan bersih 4. Beri pujian atas jawaban keluarga
		TUK 5 5. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas layanan kesehatan 5.1 menjelaskan fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat digunakan atau dimanfaatkan	Respon Verbal	Fasilitas kesehatan yang dapat digunakan adalah: <ol style="list-style-type: none"> 1. Rumah sakit 2. Puskesmas 3. Praktek dokter 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji pengetahuan keluarga tentang pelayanan kesehatan untuk pengobatan serta perawatan Dermatitis 2. Berikan penjelasan pada keluarga tentang pelayanan kesehatan untuk pengobatan dan perawatan penyakit Dermatitis 3. Berikan kesempatan keluarga untuk bertanya 4. Beri pujian atas jawaban keluarga

6. Implementasi

Implementasi dimulai setelah rencana tindakan disusun, perawat membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan, oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik ini dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Tindakan keperawatan terhadap keluarga yaitu mencakup:

- a) Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga
- b) Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan
- c) Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga
- d) Membantu keluarga mewujudkan lingkungan sehat
- e) Memotivasi keluarga memanfaatkan fasilitas layanan kesehatan

(Maria, 2017).

7. Evaluasi

Tahap evaluasi ini dilakukan secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan. Sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir, untuk melakukan evaluasi, ada baiknya disusun dengan menggunakan SOAP secara oprasional:

S: adalah berbagai persoalan yang disampaikan oleh keluarga setelah dilakukan tindakan keperawatan.

O: adalah berbagai persoalan yang ditemukan oleh perawat setelah dilakukan tindakan keperawatan.

A: adalah analisis dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu pada tujuan terkait dengan diagnosis

P: adalah perencanaan yang direncanakan kembali setelah mendapatkan hasil dari respons keluarga pada tahapan evaluasi.

(Maria, 2017).

D. Konsep keluarga

1. Pengertian Keluarga

Menurut Achjar (2012) keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan dengan perkawinan, adopsi serta kelahiran yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari individu-individu yang ada di dalamnya terlihat dari pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama.

2. Tipe Keluarga

Menurut Hernilawati (2011), membagi tipe keluarga menjadi 2 yaitu:

a. Secara Tradisional

- 1) Keluarga Inti (*Nuclear Family*) adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunan atau adopsi keduanya.
- 2) Keluarga Besar (*Extended Family*) adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek, nenek, paman, bibi)

b. Keluarga Modern

1) *Tradisional Nuclear*

Keluarga inti yang terdiri dari ayah, ibu, anak yang tinggal dalam satu rumah.

2) *Reconstituted Nuclear*

Pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal dalam satu rumah yang sama dengan anak-anaknya, baik itu bawaan dari perkawinan lama maupun hasil dari perkawinan baru.

3) *Middle Age*

Tahap keluarga memasuki masa akhir ketika anak telah meninggalkan rumah karena sekolah/perkawinan/meniti karier.

4) *Dyad Nuclear*

Suami istri yang sudah berumur dan tidak mempunyai anak.

5) *Single Parent*

Satu orang tua sebagai akibat dari perceraian atau kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal di rumah atau di luar rumah.

6) *Dual Carier*

Yaitu suami istri atau keduanya orang karier dan tanpa anak.

7) *Commuter Married*

Suami istri yang keduanya sibuk berkarier dan tinggal terpisah pada jarak dan waktu tertentu.

8) *Single Adult*

Wanita atau pria dewasa yang tinggal sendiri dan tidak memiliki keinginan untuk menikah.

9) *Three Generation*

Yaitu tiga generasi atau lebih yang tinggal dalam satu rumah.

10) *Institusional*

Yaitu anak-anak atau dewasa yang tinggal dalam suatu panti-panti.

11) *Communal*

Yaitu satu rumah terdiri dari dua atau lebih pasangan yang monogami bersama dengan anak-anaknya.

12) *Group Marriage*

Yaitu satu rumah terdiri dari orangtua dan keturunannya di dalam satu kesatuan keluarga.

13) *Unmmaried Parent and Child*

Yaitu ibu dan anak di mana perkawinan tidak dikehendaki, anaknya di adopsi.

14) *Cohibing Couple*

Yaitu dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa perkawinan.

15) *Gay and Lesbian Family*

Yaitu keluarga yang dibentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama.

3. Tahapan dan Tugas Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan keluarga menurut Duvall & Miller (1985). Carter & Mc Goldrick (1998) dalam buku Achjar (2012). Mempunyai tugas-tugas perkembangan yang berbeda sebagai berikut:

1) Tahap 1

a) Keluarga pasangan baru

Tugas perkembangan keluarga pasangan baru adalah membina hubungan yang harmonis dan kepuasan bersama dengan membangun perkawinan yang saling memuaskan, membina hubungan orang lain dengan menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis, serta merencanakan kehamilan dan mempersiapkan diri untuk menjadi orang tua.

2) Tahap II

a) Keluarga sedang mengasuh anak (anak tertua bayi sampai umur 30 bulan)

Tugas perkembangan pada tahap II yaitu membentuk keluarga muda sebagai unit, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambah peran nenek dan kakek dan mensosialisasikan dengan lingkungan keluarga besar masing-masing pasangan.

3) Tahap III

a) Keluarga dengan anak usia prasekolah (anak tertua berumur 2 sampai 6 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahapan ke III yaitu memenuhi kebutuhan anggota keluarganya, mensosialisasikan anak, menanamkan nilai dan norma kehidupan, mulai mengenal kultur keluarga, menanamkan keyakinan beragama, mematuhi kebutuhan bermain pada anak.

4) Tahap IV

a) Keluarga dengan anak usia sekolah (anak tertua berusia 6 sampai 13 tahun)

Tugas perkembangan pada tahap IV yaitu mempertahankan hubungan perkawinan, mensosialisasikan dengan teman sebaya, meningkatkan prestasi sekolah, membiasakan belajar dengan teratur, memperhatikan anak saat mengerjakan tugas sekolah, memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarganya.

5) Tahap V

- a) Keluarga dengan anak remaja (anak tertua berumur 13 sampai 20 tahun)

Tugas perkembangan pada tahap V yaitu menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, berkomunikasi secara terbuka antar orang tua dengan anak-anak, memberikan perhatian, memberikan kebebasan dalam bertanggung jawab, mempertahankan komunikasi terbuka

6) Tahap VI

- a) Keluarga yang melepas anak usia dewasa muda (anak pertama sampai anak terakhir yang meninggalkan rumah)

Tugas perkembangan pada tahap VI yaitu memperluas siklus keluarga dengan memaukan anggota keluarga baru yang didapat melalui perkawinan anak-anaknya, melanjutkan untuk mempebaharui hubunga perkawinan, membantu orang tua lanjut usia sakit-sakitan baik dari suami maupun istri, membantu anak mandiri, mempertahankan komunikasi, memperluas hubungan keluarga antara orang tua dan menantu, menata kembali peran dan fungsi keluarga setelah ditinggal anak.

7) Tahap VII

- a) Orang tua usia pertengahan (pensiun)

Tugas perkembangan pada tahap VII yaitu menyediakan lingkungan yang sehat, mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti pada orang tua, memperkokoh hbungan perkawinan, menjaga keintiman, merencanakan kegiatan-kegiatan

yang akan datang, memperhatikan kesehatan masing-masing pasangan, dan tetap menjaga komunikasi pada anak-anak.

8) Tahap VIII

a) Keluarga dalam masa pensiun dan lansia

Tugas perkembangan pada tahap VIII yaitu mempertahankan hidup yang memuaskan, menyesuaikan terhadap pendapatan yang sudah menurun, mempertahankan hubungan perkawinan, menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan, merencanakan kegiatan untuk mengisi waktu tua seperti berkebun, berolahraga, dan mengasuh cucu.

4. Tugas Keluarga

Menurut Achjar (2012) tugas keluarga merupakan pengumpulan data yang berkaitan dengan ketidakmampuan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan. Asuhan keperawatan keluarga mencantumkan lima tugas keluarga sebagai paparan penyebab masalah dan biasanya dikaji pada saat ditemui data maladaptif pada keluarga. Lima tugas kesehatan yang dimaksud ialah:

- a. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, termasuk bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami oleh keluarga.
- b. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, termasuk sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana masalah dirasakan oleh keluarga, keluarga menyerah atau tidak terhadap masalah yang sedang dihadapi, adakah rasa takut atau adakah sikap negatif dari keluarga terhadap masalah kesehatan, bagaimana sistem pengambilan keputusan yang dilakukan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.
- c. Ketidakmampuan keluarga mengetahui keadaan sakitnya, sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.

- d. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, pentingnya hygiene sanitasi bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan luar dan dalam rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga.
- e. Ketidakmampuan keluarga untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas kesehatan yang ada, keutungan keluarga terhadap penggunaan fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, adakah pengalaman yang kurang baik yang dipersiapkan keluarga.

5. Tumbuh Kembang Remaja

a. Pengertian Masa Remaja

Fase remaja merupakan fase tumbuh kembang dengan karakteristik terdapat perubahan penting dalam fungsi kognitif, perilaku, sosial, dan emosional sesuai perkembangan biologis, serta adanya fungsi tuntutan baru dalam lingkungan keluarga maupun sosial (Mindell JA & Ownes JA, 2003)

b. Ciri Umum Pertumbuhan Masa Remaja

Masa remaja memiliki rentang waktu transisi dari masa kanak-kanak ke masa dewasa. Remaja mengalami banyak perubahan drastis maupun dari fisik, kognitif, psikososial, dan psikoseksual. Secara umum anak perempuan memasuki pubertas lebih dini dibandingkan anak laki-laki. Dengan perkembangan karakteristik seksual dan ketertarikan pada jenis kelamin yang berbeda, remaja memerlukan dukungan dan bimbingan dari orang tua atau keluarganya (Kyle dan Carman, 2015). Remaja memiliki ciri pertumbuhan yang berbeda dan lebih signifikan dibandingkan tahap usia lainnya:

- 1) Pertumbuhan fisik remaja relatif berkurang dengan kata lain tidak sepesat dalam masa remaja awal. Bagi remaja pria pada usia 20 tahun dan remaja wanita 18 tahun tinggi badan mengalami pertumbuhan yang lambat.

- 2) Mengalami keadaan yang sempurna bagi beberapa aspek pertumbuhan dan menunjukkan kesiapan untuk memasuki masa dewasa awal seperti badan dan anggota badan menjadi berimbang dengan pinggul.
- 3) Ciri-ciri seks sekunder yang utama berada pada tingkat perkembangan yang matang pada akhir masa remaja.

c. Perkembangan Moral

Remaja sudah mencapai tahap pelaksanaan formal dalam kemampuan kognitif. Ia mampu mempertimbangkan segala kemungkinan untuk mengatasi suatu masalah dan beberapa sudut pandang dan berani mempertanggung jawabkannya.

d. Perkembangan Komunikasi dan Bahasa

Keterampilan bahasa terus berkembang dan diperhalus selama masa remaja. Pola usia remaja keterampilan semakin meningkat dan mampu menggunakan tata bahasa dengan benar. Kosakata terus menerus berkembang begitu juga dengan penggunaan bahasa populer semakin meningkat. Pada akhir masa remaja keterampilan bahasa sebanding dengan orang dewasa.

e. Perkembangan Seksualitas

Masa remaja adalah waktu yang kritis dalam perkembangan seksualitas. Seksualitas mencakup pemikiran, perasaan, dan perilaku yang terkait dengan identitas seksual remaja. Ketertarikan terhadap lawan jenis mulai terjadi pada usia remaja. Beberapa alasan ketertarikan adalah perkembangan fisik, perubahan tubuh, rasa ingin tau atau penasaran. Tren berkencan bersifat menantang, tetapi berkencan tetap menjadi penanda perkembangan untuk remaja. Remaja dapat bereksperimen perilaku homoseksual maupun lesbian. Remaja yang homoseksual dan lesbian menghadapi banyak tantangan karena penolakan masyarakat dan ketidakpekaan teman sebaya (Kyle dan Carman, 2015)

f. Tugas Perkembangan Masa Remaja

Dalam proses penyesuaian diri menuju dewasa, ada 3 tahapan perkembangan remaja sebagai berikut:

1) Remaja awal

Seorang remaja pada tahap ini akan terheran-heran dengan perubahan yang terjadi pada tubuhnya sendiri. Mereka mengembangkan pikiran-pikiran baru, cepat tertarik dengan lawan jenis dan mudah terangsang erotis. Kepekaan yang berlebihan ditambah dengan berkurangnya kendali terhadap ego yang menyebabkan para remaja awal sulit mengerti dan dimengerti orang dewasa.

2) Remaja madya

Pada tahap awal sangat membutuhkan kawan-kawan. Ia merasa senang jika banyak teman yang menyukainya. Ada kecenderungan “narcistic”, yaitu mencintai diri sendiri, dengan menyukai teman-teman yang punya sifat yang sama dengan dirinya. Selain itu ia juga berada dalam kondisi kebingungan karena ia tidak tahu harus memilih yang mana: peka atau tidak peduli, ramai-ramai atau sendiri, optimis atau pesimis, idealis atau materialis dan sebagainya.

3) Remaja akhir

Tahap ini adalah masa konsolidasi menuju periode dewasa serta ditandai dengan pencapaian 5 hal yaitu:

- 1) Minat yang makin mantap terhadap fungsi intelek
- 2) Egonya mencari kesempatan untuk bersatu dengan orang-orang lain dalam pengalaman baru
- 3) Terbentuknya identitas seksual yang tidak akan berubah lagi
- 4) Egosentrisme (terlalu memusatkan perhatian pada diri sendiri) diganti dengan keseimbangan antara kepentingan diri sendiri dengan orang lain
- 5) Tumbuh dinding yang memisahkan diri pribadinya dan masyarakat umum (Sarwono Sarlito,2012).

E. 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: H₂, SO₄, 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: partikel 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

Secara umum Dermatitis disebabkan oleh faktor eksogen (seperti bahan kimia, sinar matahari, suhu, detergen, mikroorganisme, dan jamur) endogen.

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 oleh pengeluaran sekret
- e. Pembentukan krusta

5. Penatalaksanaan Dermatitis

Menurut Puspasari penatalaksanaan ada dua cara yaitu:

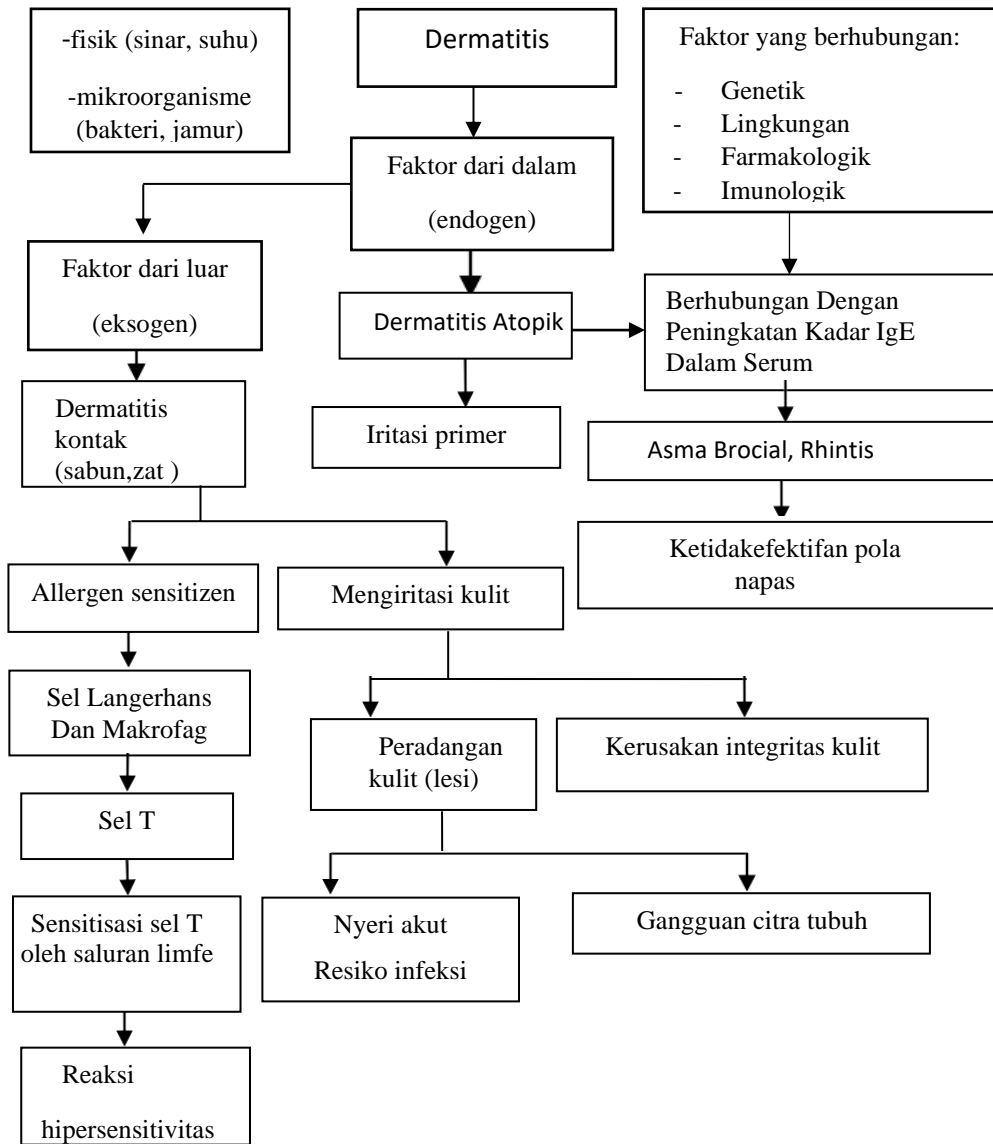
- a. Penatalaksanaan Nonmedis
 - 1) Pemberian kompres basah dan hangat dapat dilakukan pada daerah dermatitis yang kecil. Kompres basah membantu membersihkan sekmema yang mengeluarkan sekret, sedangkan kompres hangat untuk mengurangi peradangan.
 - 2) Mengatasi kerusakan integritas kulit
 - 3) Mengatasi 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 2.3

Pathway Dermatitis

Sumber : NANDA NIC NOC, (2015)