BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kebutuhan Dasar Manusia

1. Teori Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Abraham Maslow, kebutuhan tertentu yang harus dipenuhi secara memuaskan melalui proses homeostasis, baik fisiologis maupun psikologis. Adapun kebutuhan merupakan suatu hal yang sangat penting, bermanfaat, atau diperlukan untuk menjaga homeostatis dan kehidupan itu sendiri. Banyak ahli filsafat, psikologi, dan fisiologis menguraikan kebutuhan manusia dan membahasnya dari berbagai segi. Orang pertama yang menguraikan kebutuhan manusia adalah aristoteles. Sekitar tahun 1950, Abraham Maslow seorang psikolog dari Amerika mengembangkan teori tentang kebutuhan dasar manusia yang lebih dikenal dengan istilah Hirarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow. Hirarki tersebut meliputi lima kategori kebutuhan dasar, yakni :

a. Kebutuhan fisiologis (*physiologic needs*)

Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam hirarki Maslow. Umumnya, seseorang yang memiliki beberapa kebutuhan yang belum terpenuhi akan lebih dulu memenuhi kebutuhan fisiologis nya dibandingkan kebutuhan yang lain. Sebagai contoh, seseorang yang kekurangan makanan, keselamatan, dan cinta biasanya akan berusaha memenuhi kebutuhan akan makanan sebelum memenuhi kebutuhan akan cinta. Kebutuhan fisiologis merupakan hal yang mutlak dipenuhi manusia untuk bertahan hidup. Manusia memiliki delapan macam kebutuhan, yaitu :

- 1) Kebutuhan oksigen dan pertukaran gas
- 2) Kebutuhan cairan dan elektrolit
- 3) Kebutuhan makanan
- 4) Kebutuhan eliminasi urine dan alvi

- 5) Kebutuhan istirahat dan tidur
- 6) Kebutuhan aktivitas
- 7) Kebutuhan kesehatan temperature tubuh
- 8) Kebutuhan seksual

Kebutuhan seksual tidak diperlukan untuk menjaga kelangsungan hidup seseorang, tetapi penting untuk mempertahankan kelangsungan umat manusia (Rosmalawati, 2016).

b. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman (*safety and security needs*)

Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek, baik fisiologis maupun psikologis. Kebutuhan ini meliputi :

- 1) Kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan, dan infeksi
- 2) Bebas dari rasa takut dan kecemasan
- 3) Bebas dari perasaan terancam karena pengalaman yang buruk atau asing (Rosmalawati, 2016).

c. Kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki (*love and belonging needs*)

Kebutuhan ini meliputi :

- 1) Memberi dan menerima kasih sayang
- 2) Perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain
- 3) Kehangatan
- 4) Persahabatan
- 5) Mendapat tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok, serta lingkungan social (Rosmalawati, 2016).

d. Kebutuhan harga diri (*self-esteem needs*)

Kebutuhan ini meliputi :

- 1) Perasaan tidak bergantung pada orang lain
- 2) Kompeten
- 3) Penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain

e. Kebutuhan aktualisasi diri (*need for self actualizing*)

Kebutuhan ini meliputi :

- 1) Dapat mengenal diri sendiri dengan baik (mengenal dan memahami potensi diri)
- 2) Belajar memahami kebutuhan sendiri
- 3) Tidak emosional
- 4) Mempunyai dedikasi yang tinggi
- 5) Kreatif
- 6) Mempunyai kepercayaan diri yang tinggi, dan sebagainya

Dengan mengetahui konsep kebutuhan dasar manusia menurut Maslow, kita perlu memahami bahwa :

- a. Manusia senantiasa berkembang sehingga dapat mencapai potensi diri dengan maksimal
- b. Kebutuhan pada tingkat yang lebih tinggi tidak akan terpenuhi dengan baik sampai kebutuhan di bawahnya terpenuhi
- c. Jika kebutuhan dasar pada tiap tingkatan tidak terpenuhi, pada akhirnya akan muncul suatu kondisi patologis
- d. Setiap orang mempunyai kebutuhan dasar yang sama, dan setiap kebutuhan tersebut dimodifikasi sesuai budaya masing-masing
- e. Setiap orang memenuhi kebutuhan dasarnya menurut prioritas
- f. Walaupun kebutuhan pada umumnya harus dipenuhi, tetapi beberapa kebutuhan sifatnya dapat ditunda
- g. Kegagalan dalam memenuhi kebutuhan dapat menyebabkan ketidak seimbangan homeostatis. Kondisi ini lebih lanjut dapat menimbulkan penyakit.
- h. Kebutuhan dapat menyebabkan seseorang berpikir dan bergerak untuk memenuhinya. Ini disebabkan oleh rangsangan yang berasal dari factor internal dan eksternal
- i. Seseorang dapat merasakan adanya kebutuhan sehingga dapat berespons melalui berbagai cara

- j. Kebutuhan dasar sifatnya saling berkaitan, beberapa kebutuhan yang tidak terpenuhi akan memengaruhi kebutuhan lainnya.

Konsep hirarki diatas menjelaskan bahwa manusia senantiasa berubah, dan kebutuhannya pun terus berkembang. Jika seseorang merasakan kepuasan, ia akan menikmati kesejahteraan dan bebas untuk berkembang jika seseorang merasakan kepuasan, ia akan menikmati kesejahteraan dan bebas untuk berkembang menuju potensi yang lebih besar. Sebaliknya, jika proses pemenuhan kebutuhan itu terganggu, akan timbul suatu kondisi patologis (Rosmalawati, 2016).

2. Faktor Yang Mempengaruhi Pemenuhan Kebutuhan

Secara umum, terdapat beberapa factor yang memengaruhi pemenuhan kebutuhan manusia. Factor-faktor tersebut meliputi :

- a. Penyakit

Saat seseorang sakit dalam kondisi sakit, ia tidak akan mampu memenuhi kebutuhannya sendiri. Dengan demikian, individu tersebut akan bergantung pada orang lain dalam memenuhi kebutuhan dasarnya.

- b. Hubungan yang berarti

Keluarga merupakan system pendukung bagi individu (klien). Selain itu, keluarga juga dapat membantu klien dalam menyadari kebutuhannya dan mengembangkan cara yang sehat untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Dalam praktek di tatanan layanan kesehatan, perawat dapat membantu upaya pemenuhan kebutuhan dasar klien yang membina hubungan yang berarti.

- c. Konsep diri

Individu dengan konsep diri yang positif akan mudah mengenali dan memenuhi kebutuhannya tersebut. Sedangkan seseorang dengan konsep diri yang negatif, misalnya penderita depresi, akan mengalami perubahan kepribadian dan suasana hati yang dapat mempengaruhi persepsi dan kemampuannya dalam memenuhi kebutuhan tersebut (Rosmalawati, 2016).

d. Tahap perkembangan

Dalam hal ini, pemenuhan kebutuhan dasar akan dipengaruhi oleh perkembangan emosi, intelektual, dan tingkah laku individu sebagai hasil dari interaksinya dengan lingkungan.

e. Struktur keluarga

Struktur keluarga dapat mempengaruhi cara klien memuaskan kebutuhannya. Sebagai contoh, seorang ibu mungkin akan mendahulukan kebutuhan bayinya dibandingkan kebutuhannya sendiri. Misalnya, saat ia menunda makan atau tidurnya untuk menyusui bayinya (Rosmalawati, 2016).

3. Kebutuhan Dasar Personal Hygiene

a. Pengertian

Setiap diri manusia harus melakukan kebersihan diri sendiri agar dapat mempertahankan kesehatan secara jasmani dan rohani. Oleh karena itu ada istilah dalam pengertian *personal hygiene* atau *hygiene perseorangan* sebagai pengertian upaya dari seseorang untuk memelihara dan mempertinggi derajat kesehatan diri sendiri (Yulianto, 2020).

b. Tujuan Personal Hygiene

Untuk mewujudkan *Personal Hygiene* tentu ada tujuan yang hendak dicapai, antara lain :

- a) Meningkatkan derajat kesehatan seseorang
- b) Memelihara kebersihan diri sendiri orang
- c) Memperbaiki kekurangan pada personal hygiene
- d) Melakukan pencegahan timbulnya penyakit
- e) Menumbuhkan kepercayaan diri seseorang
- f) Menciptakan ada kesan keindahan (Yulianto, 2020).

c. Faktor Yang Mempengaruhi Personal Hygiene

Untuk mendukung *Personal Hygiene* ada pada diri seseorang tentu ada faktor-faktor yang mempengaruhinya. Faktor-faktor itu antara lain meliputi :

a) Body Image

Adalah gambaran individu terhadap dirinya yang sangat mempengaruhi kebersihan diri, misalnya karena ada perubahan fisik sehingga individu tidak peduli dengan kebersihan (Yulianto, 2020).

b) Praktik Sosial

Pada situasi ini, setiap manusia dari kecil sudah dididik dengan kebersihan diri tentu akan mengubah pola tentang kebersihan dirinya (Yulianto, 2020).

c) Status sosial ekonomi

Setiap mewujudkan kegiatan *Personal Hygiene* pastinya akan memerlukan biaya atau *cost* untuk membeli bahan-bahan untuk membersihkan diri, sehingga orang yang mempunyai penghasilan yang tinggi akan menyisihkan anggarannya untuk perawatan diri namun sebaliknya yang berpenghasilan rendah atau ekonomi rendah sehingga mengesampingkan perawatan dirinya (Yulianto, 2020).

d) Pengetahuan

Seseorang akan mempunyai pengetahuan yang baik tentang *Personal Hygiene* akan meningkatkan kesehatan dirinya (Yulianto, 2020).

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Keluarga

1. Pengkajian

Metode yang digunakan dalam pengumpulan data adalah berupa wawancara, observasi, pemeriksaan fisik keluarga, serta data sekunder yang mendukung lainnya. Pengkajian asuhan keperawatan keluarga menurut teori/model

Family Center Nursing Friedman, meliputi 7 komponen pengkajian yaitu:

a. Data umum

1) Identitas kepala keluarga

Berisi tentang nama kepala keluarga, umur (KK), pekerjaan kepala keluarga, pendidikan kepala keluarga, dan alamat (KK).

2) Komposisi anggota keluarga

Berisi tentang nama anggota keluarga, umur, jenis kelamin, hubungan dengan KK, pendidikan, pekerjaan dan keterangan (Achjar, 2010).

3) Genogram

Genogram harus menyangkut minimal 3 generasi, harus tertera nama, umur, kondisi kesehatan tiap keterangan gambar, terdapat keterangan gambar dengan simbol berbeda (Friedman, 2013).

4) Tipe keluarga

Menurut Allender & Spradley tahun 2001 (dikutip dalam Achjar, 2010) tipe keluarga terdiri dari keluarga tradisional dan non tradisional, yang mana masing-masing tipe tersebut dibagi lagi menjadi beberapa jenis.

5) Suku bangsa

Berisi tentang suku bangsa yang meliputi: asal suku bangsa keluarga, bahasa yang dipakai keluarga dan kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat mempengaruhi kesehatan.

6) Agama

Meliputi agama yang dianut keluarga dan kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan.

7) Status sosial ekonomi keluarga

Meliputi rata-rata penghasilan seluruh anggota keluarga, jenis pengeluaran keluarga tiap bulan, tabungan khusus kesehatan dan barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (parabot, transportasi).

8) Aktivitas rekreasi keluarga

Menggambarkan tentang kebiasaan rekreasi yang dilakukan oleh keluarga.

b. Tahap perkembangan dan riwayat keluarga

1) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

Meliputi tahap perkembangan keluarga inti (ditentukan dengan anak tertua), tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi dan riwayat keluarga inti yang berisi: riwayat terbentuknya keluarga inti, penyakit yang diderita keluarga orang tua (adanya penyakit menular dikeluarga).

2) Riwayat keluarga sebelumnya

Riwayat penyakit keluarga atau keturunan dan penyakit menular di keluarga. Riwayat kebiasaan atau gaya hidup yang mempengaruhi kesehatan.

c. Data lingkungan

1) Karakteristik rumah

Ukuran rumah (luas rumah), kondisi dalam dan luar rumah, kebersihan rumah, ventilasi rumah, saluran pembuangan air limbah, air bersih, pengelolaan sampah, kepemilikan rumah, kamar mandi/WC dan denah rumah.

2) Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal

Mengkaji apakah ingin tinggal dengan satu suku saja, aturan dan kesepakatan penduduk setempat dan budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan.

3) Mobilitas geografis keluarga

Mengkaji tentang apakah keluarga sering pindah rumah dan dampak pindah rumah terhadap kondisi keluarga (apakah menyebabkan stress).

- 4) Perkumpulan keluarga dan interaksi keluarga dengan masyarakat
Mengkaji tentang perkumpulan/organisasi sosial yang diikuti oleh anggota keluarga.
- 5) Sistem pendukung keluarga
Termasuk siapa saja yang terlibat bila keluarga mengalami masalah (Achjar, 2010).

d. Struktur keluarga

Menurut Setiadi (2018), struktur keluarga adalah sebagai berikut:

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 keluarga, dan apakah hal-hal/masalah dalam keluarga di diskusikan.

2) Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku diantaranya adalah: siapa yang membuat keputusan dalam keluarga, bagaimana cara keluarga dalam mengambil keputusan (otoriter, musyawarah/kesepakatan, diserahkan pada masing-masing individu), siapakah pengambilan keputusan tersebut.

3) Struktur peran (formal dan informal)

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

4) Nilai dan norma keluarga

Berisi nilai dan norma yang dianut keluarga yang berhubungan dengan kesehatan.

e. Fungsi keluarga

Menurut Achjar (2010), fungsi keluarga adalah sebagai berikut:

1) Fungsi afektif

Bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang, perasaan saling memiliki, dukungan terhadap anggota keluarga dan saling menghargai, kehangatan.

2) Fungsi sosialisasi

Bagaimana memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar, bagaimana interaksi dan hubungan dalam keluarga.

3) Fungsi perawatan kesehatan

Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga (preventif atau promosi). Bila ditemukan data maladaptif lakukan penjajakan tahap II (berdasarkan 5 tugas keluarga atau 5 KMK), yaitu KMK mengenal masalah, KMK mengambil keputusan, KMK merawat keluarga yang sakit, KMK memelihara kesehatan atau memodifikasi lingkungan, KMK memanfaatkan fasilitas kesehatan.

4) Fungsi ekonomi

Menurut (Friedman E, 2014) fungsi ekonomi melibatkan penyediaan keluarga akan sumber daya yang cukup-finansial, ruang, dan material-serta alokasinya yang sesuai melalui proses pengambilan keputusan. Fungsi ekonomi berupa data yang relevan mengenai sumber ekonomi keluarga seperti alokasi sumber yang sesuai untuk memenuhi kebutuhan keluarga: sandang,pangan, papan, dan perawatan kesehatan yang adekuat.

5) Fungsi psikososial

Teori Erik Erikson bahwa psikososial adalah penggambaran hubungan antara hubungan social dengan kesehatan mental atau emosional yang melibatkan aspek sosial dan psikologis. Perkembangan kepribadian seseorang berasal dari pengalaman

sosial sepanjang hidupnya sehingga disebut sebagai perkembangan psikososial.

f. Stress dan koping keluarga

Menurut Setiadi (2018), stres dan koping keluarga adalah sebagai berikut: Stresor jangka panjang (memerlukan penyelesaian lebih dari 6 bulan) dan stresor jangka pendek (memerlukan penyelesaian dalam waktu sekitar 6 bulan) serta kekuatan keluarga, respon keluarga terhadap stress, strategi koping yang digunakan, dan strategi adaptasi yang disfungsi: adalah cara keluarga mengatasi masalah secara maladaptif.

g. Pemeriksaan fisik

Tanggal pemeriksaan fisik dilakukan, pemeriksaan kesehatan dilakukan pada seluruh anggota keluarga. Aspek pemeriksaan fisik mulai kesadaran, vital sign, kulit, rambut, kepala, mata, mulut, telinga, dada (IPPA), kardiovaskuler (IPPA), abdomen (IPPA), ekstremitas, sistem genitalia serta kesimpulan pada hasil pemeriksaan fisik (Smeltzer & Bare, 2002).

h. Harapan keluarga

Harapan terhadap masalah kesehatan keluarga dan terhadap petugas kesehatan yang ada.

2. Analisa Data

Setelah dilakukan pengkajian, selanjutnya data dianalisa untuk dapat dilakukan perumusan diagnosis keperawatan. Analisis data dibuat dalam bentuk matriks. Setelah data dianalisa dan ditetapkan masalah keperawatan keluarga, selanjutnya masalah kesehatan keluarga yang ada, perlu diprioritaskan bersama keluarga dengan memperhatikan sumber daya dan sumber dana yang dimiliki keluarga (SDKI, 2018).

3. Prioritas Masalah

Prioritas masalah dilakukan dengan memperhatikan sumber daya dan sumber dana yang dimiliki keluarga. Skala untuk menentukan prioritas asuhan keperawatan keluarga (Bailon dan Maglaya), scoring dilakukan untuk menentukan skor pada setiap kriteria. Cara melakukan scoring adalah skor yang dipilih dibagi dengan nilai tertinggi dan dikalikan dengan bobot. Kriteria dibagi menjadi: sifat masalah, kemungkinan masalah dapat diubah, potensi masalah untuk dapat dicegah, dan menonjolnya masalah dengan masing-masing skala yang telah ditetapkan. Cara perhitungan dapat ditunjukkan dengan rumus sebagai berikut.

$$\frac{\text{Nilai yang dipilih} \times \text{Bobot}}{\text{Nilai tertinggi}}$$

Kriteria yang mempengaruhi prioritas masalah yaitu:

a. Sifat masalah

Bobot yang lebih berat diberikan pada tidak/kurang sehat karena memerlukan tindakan segera dan biasanya disadari dan dirasakan oleh keluarga.

b. Kemungkinan masalah dapat diubah

Pengetahuan yang ada sekarang, teknologi dan tindakan untuk menangani masalah. Sumber daya keluarga: dalam bentuk fisik, keuangan dan tenaga. Sumber daya perawat: dalam bentuk pengetahuan, keterampilan, dan waktu. Sumber daya masyarakat: dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam masyarakat, dan sokongan masyarakat.

c. Potensial masalah dapat dicegah

Kepemilikan dari masalah (yang berhubungan dengan penyakit atau masalah), lamanya masalah (yang berhubungan dengan jangka waktu masalah itu ada), tindakan yang dijalankan (tindakan-tindakan yang tepat

dalam memperbaiki masalah), adanya kelompok “*high risk*” (kelompok yang sangat peka menambah potensi untuk mencegah masalah).

d. Menonjolnya masalah

Perawat perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga melihat masalah kesehatan tersebut. Nilai skore yang tinggi yang terlebih dahulu dilakukan intervensi keperawatan keluarga.

Tabel 2.1
Prioritas Masalah Asuhan Keperawatan Keluarga

Kriteria	Bobot	Score
Sifat masalah	1	Aktual = 3 Resiko = 2 Potensial = 1
Kemungkinan masalah untuk diubah	2	Mudah = 2 Sebagian = 1 Sedang = 0
Potensi masalah untuk dicegah	1	Tinggi = 3 Cukup = 2 Rendah = 1
Menonjolnya masalah	1	Segera diatasi = 2 Tidak segera diatasi = 1 Tidak dirasakan adanya masalah = 0

4. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan disusun berdasarkan jenis diagnosis seperti

- a. **Diagnosis sehat/wellness**
Digunakan bila keluarga mempunyai potensi untuk ditingkatkan, belum ada data maladaptif.
- b. **Diagnosis ancaman (resiko)**
Digunakan bila belum terdapat paparan masalah kesehatan, namun sudah ditemukan beberapa data maladaptif yang memungkinkan timbulnya masalah.
- c. **Diagnosis nyata/gangguan**
Digunakan jika sudah timbul gangguan/masalah kesehatan di keluarga, didukung dengan adanya beberapa data maladaptif. Perumusan diagnosa keperawatan keluarga nyata/gangguan terdiri dari *problem* (P),

etiologi (E), dan *symptom* (S). Perumusan problem merupakan respon terhadap gangguan kebutuhan dasar. Sedangkan etiologi mengacu pada 5 tugas keluarga, yaitu:

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah
Meliputi persepsi terhadap keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab, persepsi keluarga terhadap masalah.
- 2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan
Meliputi sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, masalah dirasakan keluarga, keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami, sikap negatif terhadap masalah kesehatan, kurang percaya terhadap tenaga kesehatan, informasi yang salah.
- 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
Meliputi bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit, sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga, sikap keluarga terhadap yang sakit.
- 4) Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan
Meliputi keuntungan/manfaat pemeliharaan, pentingnya hygiene sanitasi, upaya pencegahan penyakit.
- 5) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan
Meliputi keberadaan fasilitas kesehatan, keuntungan yang didapat, kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan, pengalaman keluarga yang kurang baik, pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga (Achjar Henny Ayu,2012).
Asuhan keperawatan yang mungkin muncul dalam masalah dermatitis antara lain:

- 1) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kekeringan pada kulit
- 2) Resiko kerusakan kulit berhubungan dengan terpapar alergen
- 3) Perubahan rasa nyaman berhubungan dengan pruritis

- 4) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kerusakan barier kulit
- 5) Gangguan citra tubuh berhubungan dengan penampakan kulit yang tidak baik
- 6) Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang perawatan kulit

5. Perencanaan

Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan dirumuskannya untuk mengatasi stresor dan intervensi dirancang berdasarkan tiga tingkat pencegahan yaitu: primer untuk memperkuat garis pertahanan fleksibel, sekunder untuk memperkuat pertahanan sekunder, dan tersier untuk memperkuat garis pertahanan resisten (Aderson&Mc Farlane,2014). Tujuan jangka panjang mengacu pada bagaimana mengatasi masalah dan tujuan jangka pendek harus SMART (S= *spesifik*, M= *measurable/ dapat diukur*, A= *achievable/dapat dicapai*, R= *reality*, T= *time limited/ punya limit waktu*) (Achjar, 2010).

6. Implementasi

Merupakan langkah yang dilakukan setelah perencanaan program. Program dibuat untuk menciptakan keinginan berubah dari keluarga, memandirikan keluarga, seringkali perencanaan program yang sudah baik tidak diikuti dengan waktu yang cukup untuk merencanakan implementasi (Achjar Henny Ayu, 2012). Menurut Zaidin Ali tindakan keperawatan terhadap keluarga mencakup hal-hal di bawah ini (Zaidin Ali, 2010):

- a. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara:
 - 1) Memberikan informasi
 - 2) Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
 - 3) Mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah

- b. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, dengan cara:
 - 1) Mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan
 - 2) Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
 - 3) Mendiskusikan tentang konsekuensi tiap tindakan
- c. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit, dengan cara:
 - 1) Mendemonstrasikan cara perawatan
 - 2) Menggunakan alat dan fasilitas yang ada dirumah
 - 3) Mengawasi keluarga melakukan perawatan
- d. Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, dengan cara:
 - 1) Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
 - 2) Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin
- e. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, dengan cara:
 - 1) Mengenakan fasilitas kesehatan yang ada
 - 2) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

7. Evaluasi

Merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Sekumpulan informasi yang sistematis berkenaan dengan program kerja dan efektifitas dari serangkaian program yang digunakan terkait karakteristik dan hasil yang telah dicapai (Patton, 1998). Evaluasi digunakan untuk mengetahui seberapa tujuan yang ditetapkan telah tercapai dan apakah intervensi yang dilakukan efektif untuk keluarga sesuai dengan kondisi dan situasi keluarga, apakah sesuai dengan rencana dan dapat mengatasi masalah keluarga.

Menurut Nikmatur (2012) evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada saat perencanaan. Tujuan evaluasi adalah

mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi tindakan keperawatan, dan meneruskan tindakan keperawatan. Menurut Zaidin Ali evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional:

- S: adalah hal-hal yang dikemukakan oleh keluarga secara subjektif setelah dilakukan intervensi keperawatan, berupa keluhan langsung dari klien, misalnya: klien mengatakan nyeri mulai berkurang.
- O: adalah hal-hal yang ditemui oleh perawat secara objektif setelah dilakukan intervensi keperawatan, hasil dari pengukuran terhadap pasien, misalnya: nyeri klien derajat 4.
- A: adalah analisis dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu pada tujuan yang terkait dengan diagnosis.
- P: adalah perencanaan tindakan keperawatan yang akan dilanjutkan, dimodifikasi, dihentikan atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif dan sumatif. Evaluasi formatif menghasilkan informasi untuk umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi tentang efektifitas pengambilan keputusan

(Achjar Henny Ayu,2012).

C. Konsep Dasar Integritas Kulit

Konsep integritas kulit akan menggambarkan pentingnya menjaga kulit dalam kondisi utuh dan sehat. Dengan memahami tentang struktur kulit, kita akan selalu mempertahankan kesehatan kulit dan mendukung penyembuhan luka. Kulit yang utuh dan sehat akan melindungi kita dari cedera kimiawi dan mekanik. Saat kulit cedera, epidermis berfungsi melindungi dari serangan mikro organisme pathogen. Dermis berfungsi mengembalikan integritas struktural (kolagen) dan bagian fisik kulit. Kulit merupakan organ tubuh yang memiliki fungsi sebagai pertahanan primer tubuh dalam mencegah invasi mikro

organisme patogen. Apabila sampai terjadi kerusakan di kulit, maka mikro organisme berpotensi masuk dan menyebabkan infeksi (Rahayu, 2016).

Kulit terdiri dari dua lapisan, yaitu epidermis dan dermis dan dibatasi oleh membran. Lapisan paling atas disebut epidermis memiliki beberapa lapisan. Stratum korneum adalah lapisan terluar epidermis yang tipis. Stratum korneum ini terdiri atas sel datar, sel mati, dan sel yang mengandung keratin. Sel ini terbentuk dari lapisan epidermis yang paling dalam, yang biasanya disebut lapisan basal. Sel pada lapisan basal membagi, mengembangbiakkan, dan bermigrasi menuju permukaan epidermis. Setelah sel mencapai stratum korneum, sel menjadi datar dan mati (Rahayu, 2016).

Gerakan konstan ini memastikan bahwa sel dipermukaan terkelupas melalui proses deskuamasi atau pengelupasan. Stratum korneum yang tipis ini melindungi sel dan jaringan yang berada di bawahnya dari dehidrasi dan mencegah masuknya agen kimia tertentu. Stratum korneum memungkinkan evaporasi air dari kulit dan absorpsi obat topikal tertentu. Dermis, lapisan kulit yang paling dalam memiliki daya rentang, pendukung mekanik, dan memberikan perlindungan pada tulang, otot, dan organ yang berada di bawahnya. Dermis berbeda dari epidermis yang sebagian besar terdiri atas jaringan penghubung dan beberapa sel kulit. Kolagen (protein fibrosa yang keras), pembuluh darah, dan saraf yang berada di lapisan dermal. Fibroblas, yang bertanggung jawab untuk pembentukan kolagen, adalah jenis sel yang khusus diantara dermis. Integritas kulit dan mendukung penyembuhan luka (Rahayu, 2016).

1. Alergi

Suatu perubahan yang didapat dan bersifat spesifik dari kemampuan tubuh untuk bereaksi, yang terjadi atas dasar mekanisme reaksi antigen-antibodi (Harlim, 2016).

2. Antigen

Zat apa pun yang menyebabkan tubuh melakukan respons imun terhadap zat itu. Antigen termasuk racun, bahan kimia, bakteri, virus, atau zat lain yang berasal dari luar tubuh. Jaringan dan sel tubuh, termasuk sel kanker, juga memiliki antigen yang dapat menyebabkan respons imun. Antigen ini juga dapat digunakan sebagai penanda dalam tes laboratorium untuk mengidentifikasi jaringan atau sel tersebut (Harlim, 2016).

3. Alergen

Antigen yang dicirikan oleh kemampuannya untuk menginduksi respons imun yang dimediasi *IgE* spesifik dengan reaksi alergi klinis terkait. Alergen berasal dari berbagai macam sumber seperti:

- 1) Dari manusia: transplantasi organ, faktor rhesus, transfusi darah
- 2) Dari hewan: ikan laut, daging, susu, parasit usus
- 3) Dari tanaman: pollen, buah, fungus.
- 4) Dari mikro organisme: bakteri, virus.
- 5) Dari obat-obatan: antibiotika (*penisilin*), *sulfonamide*, *antiperitika* dll.

Alergen yang paling umum (misalnya serbuk sari, tungau debu, bulu binatang) yang menyebabkan gejala saluran napas pada manusia adalah protein dengan berat molekul 10 hingga 20 kDa, sangat larut dalam air, dan dapat bertindak sebagai alergen lengkap. Paparan tingkat rendah yang berulang-ulang terhadap protein ini (biasanya dalam kisaran submikrogram) yang menyebar ke seluruh permukaan mukosa sangat efisien dalam mendorong respons *IgE*. Karakteristik host juga kunci dalam menghasilkan respon *IgE*, mengingat bahwa sekitar 20% dari populasi yang terpapar, yaitu mereka yang memiliki sifat atopik, akan menghasilkan antibodi *IgE* (Harlim, 2016).

4. Hapten

Hapten adalah alergen protein tidak lengkap. Alergen yang tidak lengkap adalah salah satu yang mampu menimbulkan gejala pada inang

yang sensitif tetapi tidak dapat secara mandiri menghasilkan respons antibodi *IgE*. Biasanya, ini adalah obat dengan berat molekul rendah seperti antibiotik famili β -laktam. Berdasarkan studi dengan penisilin, molekul *β -laktam* menghasilkan metabolit *reaktif in vivo* yang secara kovalen mengikat sejumlah protein normal inang, seperti albumin. Senyawa reaktif ini disebut haptens, dan menurut definisi mereka harus mengikat protein lain (*haptenate*) *in vivo* untuk memperoleh respons *IgE*. Alergen dengan kompleks hapten-protein penisilin, juga disebut determinan mayor dan minor, telah diidentifikasi dan digunakan untuk pengujian diagnostik kulit. Namun, sulit untuk menetapkan reagen pengujian kulit standar untuk evaluasi alergen obat tidak lengkap lainnya, mengingat berbagai cara untuk menghasilkan perantara obat dan potensinya untuk haptenisasi (Harlim, 2016).

5. Eosinofil

Eosinofil adalah sel efektor dalam respons alergi dan penting dalam respons inflamasi antiparasit, sebagian melalui mediator seperti protein dasar utama. Diidentifikasi oleh *nukleus bilobed* dan granul spesifiknya. *Sitokin* IL-5 Th2 merangsang perkembangan *eosinofil dari sel progenitor hematopoietik* CD34 + di sumsum tulang (Harlim, 2016).

6. Imunitas

Peran utama sistem kekebalan adalah melindungi diri dari patogen yang terus berkembang. Fungsi kekebalan normal ditandai dengan pengenalan dan eliminasi patogen mikroba, tumor, racun, dan antigen lainnya tanpa merusak inang. Ketidakseimbangan dalam sistem yang kompleks ini dapat mengakibatkan gangguan pertahanan tubuh terhadap infeksi atau kerusakan jaringan tubuh seperti penyakit alergi dan penyakit autoimun. Dibagi menjadi 2:

- 1) Sistem imun bawaan atau non-spesifik *Innate Immunity* adalah sistem kekebalan pertahanan tubuh pertama dari patogen. Sel imun bawaan termasuk sel natural killer (NK), sel NKT, makrofag, sel

dendritik, neutrofil, eosinofil, dan sel mast berkontribusi pada respon inflamasi awal bersama dengan sel struktural seperti sel epitel.

- 2) Sistem imun spesifik /*Adaptive Immunity* Ciri pembeda penting dari respons imun adaptif adalah kemampuan untuk membentuk memori imunologis. Sel B dan T adalah jenis sel utama yang terlibat dalam imunitas adaptif. Sel-sel ini berasal dari sumsum tulang dan terdiri dari sekitar 40% dari jumlah total sel darah putih dalam sirkulasi (10% hingga 15% sel B dan 70% hingga 80% sel T) (Harlim, 2016).

D. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian Dermatitis

Dermatitis adalah peradangan pada kulit yang mengenai daerah perioral dan lipatan nasolabialis (sekitar hidung). Paling banyak terjadi pada wanita, meskipun papular varian yang berbeda bisa terjadi pada anak-anak. Hingga saat ini penyebab dari perioral dermatitis masih belum diketahui. Namun timbulnya perioral dermatitis dapat dipicu oleh beberapa faktor antara lain alergi mengeluh perih apabila terkena panas, sinar matahari, parfum, angin, kosmetik dan sabun. Penyakit ini dapat berkembang menjadi kronis, namun umumnya dapat sembuh sendiri (Ratnaningrum, 2015).

2. Jenis-Jenis Dermatitis

a. Dermatitis atopik

Dermatitis atopik (DA) adalah penyakit kulit inflamasi kronis yang terutama dimulai pada masa kanak-kanak dengan perjalanan alami yang bervariasi. Gatal adalah gejala khas dari penyakit ini, seringkali tak kunjung reda dalam kasus yang parah, dan menyebabkan gangguan tidur dan kulit yang rentan infeksi. Pasien dengan DA seringkali juga memiliki komorbiditas atopik seperti asma alergi dan rinitis alergi dan mengalami gangguan kualitas hidup yang signifikan (Harlim, 2016).

b. Dermatitis kontak alergi

Dermatitis kontak alergi (ACD) adalah penyakit yang dimediasi oleh sel (tipe IV), tipe tertunda, reaksi hipersensitivitas disebabkan oleh kontak kulit dengan lingkungan alergen (Harlim, 2016).

c. Dermatitis kontak

Dermatitis kontak yaitu reaksi eksim merupakan suatu respons intoleransi inflamasi yang ditandai dengan eritema, lepuh, eksudasi, papula, dan pengelupasan yang berturut-turut dan terus menerus. Istilah "*dermatitis*" umumnya digunakan sebagai sinonim untuk "*eksim*". Pola respons ini terutama disebabkan oleh toksin yang memiliki efek eksternal, tidak menular, imunologis, kimiawi, atau fisik. Ini adalah kasus klasik pada dermatitis kontak. Namun, reaksi eksim pada kulit juga dapat dipicu melalui jalur endogen atau oleh asupan alergen sistemik (Harlim, 2016).

d. Dermatitis akibat kontak kerja

Dermatitis akibat kerja (DAK) adalah kondisi kelainan kulit yang disebabkan atau diperburuk terutama oleh faktor tempat kerja, dimana terjadi masalah pada kulit akibat kontak dengan bahan-bahan atau peralatan di tempat kerja. Dermatitis kontak di tempat kerja bertanggung jawab atas sebagian besar penyakit kulit di dunia industri, hingga 90% dari gangguan kulit akibat kerja (Harlim, 2016).

e. Dermatitis kosmetika

Kosmetik didefinisikan sebagai produk yang dioleskan secara topikal yang digunakan untuk mempercantik, membersihkan atau melindungi rambut, kulit, gigi atau corak. Pada intinya, kosmetik tidak boleh mengandung bahan obat aktif yang dapat mempengaruhi struktur atau fungsi kulit. Pembagian kosmetika dan obat-obatan tidak selalu jelas karena banyak produk yang tersedia memiliki dua tujuan, misalnya shampoo anti dandruff merupakan kosmetik karena bertujuan untuk membersihkan rambut, selain itu juga mengandung obat untuk merawat kulit kepala. dan ketombe. Produk tersebut harus memenuhi persyaratan kosmetik dan obat-

obatan. Kosmetik adalah penyebab penting dermatitis kontak alergi (ACD). Bahan kosmetik dapat di klasifikasikan menjadi beberapa kategori yaitu pewangi, pengawet, antioksidan, vehicles, penyerap sinar ultraviolet, humektan, pengemulsi, pengemulsi, akrilat, rambut pewarna, komponen cat kuku, dan lain-lain. Pengawet dan pewangi adalah yang paling sering terdeteksi. Oleh karena itu, tinjauan ini terutama akan membahas kedua kelas alergen (Harlim, 2016).

3. Etiologi Dermatitis Kontak Alergi

ACD mewakili cell-mediated klasik (tipe IV), reaksi hipersensitivitas tertunda. Reaksi hipersensitivitas tipe IV akibat pemaparan dan sensitisasi dari sel inang yang secara genetik rentan terhadap lingkungan alergen, diikuti dengan paparan ulang berikutnya yang memicu reaksi inflamasi yang kompleks. Gambaran klinisnya berupa eritema, edema, dan *papulovesikulasi*, biasanya dalam distribusi dari kontak dengan alergen pemicu, dan dengan pruritus sebagai gejala mayor. Untuk meningkatkan reaksi seperti itu, individu harus memiliki kontak yang cukup dengan zat yang menimbulkan kepekaan kimiawi, mengembangkan memori imunologis, dan kemudian telah berulang kali melakukan kontak dengan zat itu untuk memperoleh respon imun.

Ini merupakan perbedaan penting dari dermatitis kontak iritan di mana sensitisasi tidak diperlukan dan di mana intensitas iritan reaksi inflamasi sebanding dengan dosis (konsentrasi dan jumlah) bahan iritan. Sebaliknya, pada ACD, bahkan dalam jumlah alergen yang sangat kecil pun dapat timbul reaksi alergi yang jelas pada individu yang peka. Terdapat dua fase berbeda dalam pengembangan ACD:

a) Fase sensitasi

Alergen yang belum diproses disebut haptens, kecil, molekul lipofilik dengan berat molekul rendah (<500 dalton). Sekali hapten menembus kulit, mengikat dengan epidermal protein pembawa untuk membentuk kompleks hapten-protein, yang menghasilkan antigen lengkap. Serentak,

imunitas bawaan diaktifkan oleh pelepasan keratinosit beberapa sitokin termasuk interleukin 1, 8, dan 18, tumor *necrosis factor*, dan *granulocyte-macrophage* faktor perangsang koloni. Selanjutnya, penyajian antigen sel kulit (sel *Langerhans* [LCs] dan / atau sel dendritik dermal), ambil protein hapten kompleks ("antigen") dan atau mengekspresikannya di permukaan sel pada molekul antigen leukosit manusia.

Antigen-Presenting Cell (APC) tersebut kemudian bermigrasi melalui limfatik ke kelenjar getah bening regional tempat ia menyajikan human leukosit antigen kompleks ke antigen naif- Sel T spesifik. Sel T naif ini kemudian disiapkan dan berdiferensiasi ke dalam sel T memori (*efektor*), yang berkembang secara klonal, dapatkan antigen homing khusus kulit, dan bermigrasi ke sirkulasi di mana mereka dapat bertindak sebagai efektor pada sel target yang menyajikan antigen yang sama di masa depan. Fase sensitisasi berlangsung 10 sampai 15 hari dan sering asimtomatik.

Selanjutnya paparan antigen (disebut *rechallenge*) mengarah ke fase elisitasi dan dapat terjadi melalui beberapa rute, termasuk transepidermal, subkutan, intravena, intramuskular, inhalasi, dan konsumsi oral. Sebagai catatan, LC telah lama dianggap sebagai APC yang bertanggung jawab untuk menginduksi sel T. Pada ACD, karena kelimpahannya pada epidermis, akses mudah haptens dan antigen presentation untuk kemampuan *in vitro*. Namun, penelitian terbaru mengungkapkan bahwa penipisan LC selama fase sensitisasi tidak sepenuhnya merusak kontak respon hipersensitivitas. Selanjutnya, penting untuk dicatat bahwa sensitisasi bisa merangsang sel T helper (Th) dan sitotoksik (Tc) (Harlim, 2016).

b) Fase elisitasi

Selama fase ini, paparan alergen selanjutnya pada pasien sudah mengarah ke klinis penyakit. Pertama, paparan hapten mengarah ke peradangan nonspesifik tingkat rendah melalui stres seluler juga aktivasi toll reseptor dan nucleotide binding oligomerization receptors mengarah ke perekrutan neutrofil dan sel-T efektor. Setelah sel T efektor spesifik antigen direkrut ke dalam kulit yang mengandung antigen target mereka, mereka berinteraksi dengan sel penyaji antigen (*LCs dan sel dendritik dermal*) dalam sebuah cluster di sekitar postkapiler venula.

Gugus sel imun ini sebelumnya dianggap sebagai jaringan limfoid terkait kulit tetapi sekarang disebut jaringan limfoid terkait kulit yang diinduksi karena gugus sel imun hanya muncul ketika mereka diinduksi oleh peradangan, bukan dalam keadaan matang. Sebagai tanggapan, sel T antigen-spesifik memperkuat respons imun spesifik, melepaskan sitokin, termasuk interferon- dan nekrosis tumor faktor, yang pada gilirannya, merekrut sel inflamasi lainnya sambil merangsang makrofag dan keratinosit untuk melepaskan lebih banyak sitokin.

Respon Peradangan terjadi saat monosit bermigrasi ke daerah yang terpengaruh, matang menjadi makrofag, dan menarik lebih banyak sel T. Respon inflamasi yang ditimbulkan biasanya berlangsung beberapa minggu, dan jika dibiarkan berjalan dengan sendirinya, benar dugaan bahwa sel T regulator terlibat dalam penekanan dari respon. Menariknya, LC mungkin terlibat dalam mempromosikan pengembangan sel T regulasi selanjutnya menekan respon imun di ACD, meskipun mekanisme pastinya belum jelas (Harlim, 2016).

4. Manifestasi klinis

Manifestasi klinis ACD adalah eksim infeksi kulit. Fase akut ditandai dengan pruritus, eritema, edema, dan vesikula, biasanya terbatas pada area paparan langsung. Kontak berulang dengan alergen penyebab dapat menyebabkan penyakit menjadi kronis, ditandai dengan likenifikasi plak

eritematosa dengan hiperkeratosis variabel, fisura, dan perubahan pigmen yang mungkin menyebar langsung ke area paparan luar *Allergic contact dermatitis to para-phenylenediamine* (Harlim, 2016).

a. Dermatitis alergika alimentosa (karena makanan)

Alergi makanan adalah reaksi imunologis terhadap protein makanan yang terjadi segera (terjadi beberapa detik hingga beberapa menit setelah makan atau menyentuh item makanan) atau tertunda (terjadi beberapa jam atau hari kemudian). Alergi makanan paling umum terjadi pada bayi kecil (4%), sekitar 2% orang dewasa juga menderita alergi terhadap satu atau lebih makanan. Kecenderungan alergi makanan diturunkan dari keluarga. Umumnya alergi makanan merupakan manifestasi reaksi tipe I. Alergen dapat berupa protein atau produknya, karbohidrat, lemak, bahan-bahan pengawet atau bumbu-bumbu. Beberapa makanan dapat juga merupakan allergen atau mempunyai reaksi silang seperti kacang tanah, kedelai, buncis dll. Beberapa allergen yang berasal dari makanan bersifat tidak tahan panas sehingga dengan dimasak dapat menjadi bahan non alergik. Seperti halnya reaksi alergi tipe I maka manifestasi alergi makanan dapat berupa anafilaksi, urtikaria, angioedem, dermatitis atopik (Harlim, 2016).

b. Dermatitis alergika medika mentosa (karena obat-obatan): “*Drug eruption*” dalam arti luas berarti semua erupsi kulit yang disebabkan oleh bermacam-macam bahan kimia yang digunakan untuk mendiagnosis, mencegah atau mengobati penyakit. Dalam arti yang sempit adalah erupsi kulit yang disebabkan oleh masuknya obat secara sistemik baik peroral, parenteral maupun per inhalasi. Ada beberapa penyebab erupsi obat (Harlim, 2016).

a) Alergi sejati: ini disebabkan oleh mekanisme imunologis. Reaksi segera terjadi dalam waktu satu jam setelah terpapar obat dan dimediasi oleh antibodi *IgE* (*urtikaria, anafilaksis*). Reaksi tertunda terjadi antara 6 jam dan beberapa minggu setelah pertama kali

terpapar obat. Dimediasi oleh antibodi IgG, kompleks imun, atau sel T sitotoksik

- b) Reaksi yang dapat diprediksi dapat dijelaskan oleh farmakologi
- c) Intoleransi obat (yaitu, reaksi terkait dosis)
- d) *Pseudoalergi* (yaitu, reaksi urtikaria yang diasumsikan sebagai alergi tetapi sebenarnya disebabkan oleh pelepasan langsung mediator sel mast oleh obat [opioid, NSAID] (Harlim, 2016).

5. Penatalaksanaan

a. Terapi

Topikal Merupakan terapi lini pertama untuk ACD. Pilihan terapi harus dibedakan sesuai dengan stadium eksim. Untuk lesi akut bermanfaat seperti kompres basah atau rendam dengan agen pengering encer seperti garam, kalium permanganat, tembaga sulfat, aluminium sulfat atau seng sulfat. Satu studi melaporkan hasil baik serupa hasil dengan kompres air garam dan air suling. Perawatan ini melibatkan penerapan kompres yang direndam dalam bahan pengering yang diencerkan dengan air ke daerah yang terkena selama 10 sampai 30 menit per hari.

Jumlah aplikasi harian dapat ditingkatkan jika perlu. Namun, untuk mencegah pengeringan yang berlebihan, kompres lebih sebaiknya tidak digunakan tetapi lebih merekomendasikan agar pasien menggunakan krim emolien sebagai pengobatan pengobatan eksim akut fase kedua. Krim emolien membantu memulihkan stratum korneum kulit dan dengan demikian mencegah kekambuhan. Mereka juga membantu dalam pengobatan eksim kronis, karena mencegah munculnya retakan dan celah. Apa yang membuat krim ini efektif adalah oklusifnya dan sifat humektan. Para ahli merekomendasikan penggunaan emolien yang bebas dari wewangian dan dari pengawet yang paling sering dikaitkan dengan sensitisasi kulit. Salah satu opsi yang valid dan murah adalah pure petroleum jelly.

Kortikosteroid topikal adalah pengobatan simptomatik pilihan untuk alergi eksim. menurut pedoman terbaru untuk pengelolaan dermatitis kontak, penggunaan kortikosteroid topikal dalam kombinasi dengan emolien adalah pengobatan yang diterima untuk dermatitis kontak yang sudah mapan. Efek anti-inflamasi dari kortikosteroid pada dermatitis alergi muncul dari kapasitas mereka untuk menghambat aktivasi sel T dan migrasi leukosit. Mereka juga dianggap memiliki efek penting pada makrofag dan neutrofil. Pada penelitian terakhir clobetasol propionate 0,05% terbukti lebih efektif dari pada petrolatum untuk mengobati dermatitis yang secara eksperimental diinduksi oleh urushiol.

Potensi kortikosteroid dan lamanya pengobatan harus bergantung pada faktor-faktor seperti keparahan eksim dan lokasi. Kortikosteroid potensi tinggi atau sangat tinggi tidak boleh digunakan pada area kulit tipis seperti wajah atau lipatan. Di telapak tangan dan telapak kaki, bagaimanapun, diperlukan kortikosteroid berkekuatan sangat tinggi dan bahkan dapat diterapkan secara oklusif. Karena efek samping kortikosteroid, kebanyakan terutama atrofi kulit, kerja singkat direkomendasikan. Krim, lotion dan gel dianjurkan untuk eksim akut, sedangkan salep dianjurkan untuk eksim kronis (kecuali di wajah, di mana krim selalu lebih disukai).

Penghambat kalsineurin topikal, hanya disetujui untuk dermatitis atopik, telah terbukti efektif dan aman dalam pengobatan ACD. Mekanisme mereka didasarkan pada pemblokiran sel T dan penghambatan produksi sitokin. Mereka memiliki sedikit efek samping dan karena itu dapat digunakan untuk waktu yang lebih lama dari kortikosteroid, dan di berbagai lokasi, termasuk area kulit tipis seperti wajah, lipatan, dan alat kelamin. Untuk alasan ini, inhibitor kalsineurin topikal adalah biasa digunakan pada eksim kronis atau berulang untuk menyimpan kortikosteroid.

Studi lain telah menunjukkan bahwa kemanjuran inhibitor kalsineurin ini pada pasien ACD serupa dengan mometasone furoate 0,1%. Selain itu,

tacrolimus 0,1% telah terbukti menjadi terapi alternatif yang efektif dan aman di kelopak mata ACD. Itu Untuk pengobatan jangka panjang, sebaiknya gunakan topikal inhibitor kalsineurin, terutama setelah kortikosteroid topikal pada eksim kronis, untuk menghemat kortikosteroid dan mencegah kekambuhan (Harlim, 2016).

b. Terapi sistemik

Jika pengobatan topikal tidak mencukupi, obat sistemik diperlukan. Kortikosteroid sistemik memiliki efek yang diketahui pada uji tempel. Pemberian prednison oral dalam dosis lebih dari 20 mg dapat mencegah reaksi alergi, menghasilkan negatif palsu. Hasil ini juga telah dilaporkan dengan betametason dosis 2 mg. Namun, beberapa penelitian telah meneliti kemanjuran kortikosteroid sistemik pada penderita ACD.

Jika Gejala ACD sangat parah atau sangat luas, seperti jenis eksim lainnya, Para ahli merekomendasikan penggunaan kortikosteroid oral seperti prednison 0,5 sampai 1 mg /kg / hari atau setara. Kortikosteroid oral dapat diambil dalam waktu singkat 5 sampai 7 hari. Jikaantisipasi durasi yang lebih lama, pengurangan administrasi dapat dilakukan mencegah kekambuhan dan mengurangi risiko insufisiensi adrenal. Imunosupresan hemat *kortikosteroid seperti azathioprine, methotrexate, cyclosporin, dan mycophenolate mofetil* adalah pilihan lini kedua lainnya. Pilihan obat akan bergantung pada presentasi klinis pasien dan komorbiditas.

Perawatan ini juga dapat memperbaiki alergi berat eksim tangan. Beberapa penelitian telah menilai kemanjuran *azathioprine* di ACD untuk parthenium: dosis harian 150 mg memperbaiki lesi pada hampir semua pasien setelah 1 tahun pengobatan, dan dosis nadi mingguan 300 mg menyembuhkan gejala pada 80 orang untuk 100% pasien setelah 6 bulan pengobatan. Studi dengan *methotrexate, mycophenolate mofetil, dan 5-fluorouracil* menunjukkan penghambatan hipersensitivitas selama fase sensitisasi tetapi tidak ada penurunan inflamasi. Ketika pasien membutuhkan beberapa kursus singkat kortikosteroid oral, kami

merekomendasikan memulai siklosporin oral pada orang muda tanpa kontraindikasi dan metotreksat pada orang tua atau orang dengan kontraindikasi, meskipun respon terhadap obat ini lebih lambat.

Retinoid juga efektif untuk eksim tangan kronis dari berbagai etiologi. Alitretinoin, yang memberikan efek imunomodulasi dan anti-inflamasi, telah terbukti aman dan efektif untuk eksim tangan kronis yang resisten terhadap pengobatan topikal. Acitretin juga efektif untuk eksim tangan hiperkeratotik. Cara lain yang dapat diterima adalah kombinasi antihistamin selektif dan non-selektif, digunakan pada malam hari (Harlim, 2016).

c. Terapi lain-lain

Fototerapi dengan UVA, PUVA atau UVB mungkin berguna karena efek immunosupresif yang diberikannya melalui berbagai mekanisme. Beberapa penelitian memiliki menilai kemanjuran terapi PUVA dan UVB pada ACD kronis (Harlim, 2016).

6. Komplikasi

Dermatitis kontak alergi dimulai sebagai reaksi lokal terhadap alergen yang bersentuhan dengan kulit, tetapi reaksi yang parah dapat menggeneralisasi akibat *autoeczematization* dan dapat menyebabkan eritroderma. Menelan alergen kontak jarang dapat menyebabkan sindrom babon atau dermatitis kontak sistemik umum

7. Prognosis

Penyakit ini tetap menyerang populasi yang terkena dampak sepanjang hidup mereka. Penghindaran yang ketat dari alergen perlu menjadi strategi yang diterapkan. Manajemen respon inflamasi adalah tujuan penting dalam pengobatan. Semakin lama seseorang mengidap Dermatitis Kontak Alergi (ACD), semakin banyak waktu yang dibutuhkan untuk mengatasinya (Harlim, 2016).

E. Konsep Dasar Keluarga

1. Definisi Keluarga

Menurut Nasir & Muhith (2011), keluarga adalah sekelompok orang yang dihubungkan oleh keturunan atau perkawinan. Sementara itu, menurut PP No. 21 tahun 1994, keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri atas suami– istri, atau suami, istri, dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya. Sementara itu, menurut WHO keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan. Berdasarkan tiga definisi di atas dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah sebuah unit terkecil dalam kehidupan sosial dalam masyarakat yang terdiri atas orang tua dan anak baik yang terhubung melalui pertalian darah, perkawinan, maupun adopsi.

Menurut ahli keluarga yaitu Friedman (1998, dalam Nasir & Muhith, 2011), menjelaskan bahwa keluarga dalam memenuhi kebutuhan kehidupannya memiliki fungsi-fungsi dasar keluarga. Fungsi dasar tersebut terbagi menjadi lima fungsi yang salah satunya adalah fungsi efektif, yaitu fungsi keluarga untuk pembentukan dan pemeliharaan kepribadian anak-anak, pematangan kepribadian orang dewasa, serta pemenuhan kebutuhan psikologis para anggotanya. Apabila fungsi efektif ini tidak dapat berjalan semestinya, maka akan terjadi gangguan psikologis yang berdampak pada kejiwaan dari keseluruhan unit keluarga tersebut. Banyak kejadian dalam keluarga yang terkait fungsi efektif ini yang bisa memicu terjadinya gangguan kejiwaan baik pada anggotanya maupun pada keseluruhan unit keluarganya, contoh kejadian-kejadian tersebut seperti perceraian, kekerasan dalam rumah tangga, kultural, dan lain-lain. Kejadian tersebut tidak semata-mata muncul, tetapi selalu ada pemicunya, dalam konsep keluarga yang biasanya menjadi pemicu adalah struktur nilai, struktur peran, pola komunikasi, pola interaksi, dan iklim keluarga yang mendukung untuk mencetuskan kejadian-kejadian yang memicu terjadinya gangguan kejiwaan pada keluarga tersebut.

2. Peran Keluarga

Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam suatu sistem. Peran merujuk kepada beberapa perilaku yang kurang lebih bersifat homogen, yang didefinisikan dan diharapkan secara normative dari seseorang peran dalam situasi social tertentu (Mubarak, 2019). Peran keluarga adalah tingkah laku spesifik yang diharapkan oleh seseorang dalam konteks keluarga.

Jadi peran keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peran individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat (Setiadi, 2018). Berbagai peranan yang terdapat di dalam keluarga adalah sebagai berikut :

a. Peran ayah

1) Ayah sebagai *sex partner*

Ayah merupakan *sex partner* yang setia bagi istrinya. Sebagai *sex partner*, seorang ayah harus dapat melaksanakan peran ini dengan diliputi oleh rasa cinta kasih yang mendalam. Seorang ayah harus mampu mencintai istrinya dan jangan minta dicintai oleh istrinya (Setiadi, 2008).

2) Ayah sebagai pencari nafkah

Tugas ayah sebagai pencari nafkah merupakan tugas yang sangat penting dalam keluarga. Penghasilan yang cukup dalam keluarga mempunyai dampak yang baik sekali dalam keluarga. Penghasilan yang kurang cukup menyebabkan kehidupan keluarga yang kurang lancar. Lemah kuatnya ekonomi tergantung pada penghasilan ayah. Sebab segala segi kehidupan dalam keluarga perlu biaya untuk sandang, pangan, perumahan, pendidikan dan pengobatan. Untuk seorang ayah harus mempunyai pekerjaan yang hasilnya dapat dipergunakan untuk mencukupi kebutuhan keluarga (Setiadi, 2018).

3) Ayah sebagai pendidik

Peran ayah sebagai pendidik merupakan peran yang penting. Sebab peran ini menyangkut perkembangan peran dan pertumbuhan pribadi anak. Ayah sebagai pendidik terutama menyangkut pendidikan yang bersifat rasional. Pendidikan mulai diperlukan sejak anak umur tiga tahun ke atas, yaitu saat anak mulai mengembangkan ego dan super egonya. Kekuatan ego (aku) ini sangat diperlukan untuk mengembangkan kemampuan realitas hidup yang terdiri dari segala jenis persoalan yang harus dipecahkan. Jika peran ini difokuskan pada keinginan orang tua ataupun ayahnya maka tumbuh kembang anak terganggu baik fisik maupun psikologinya. Dan akan merasa tertekan, jika hal ini berkelanjutan akan menimbulkan dampak pada psikologi yang abnormal seperti depresi, sifat yang agresif dan gangguan psikologi yang lain (Huraerah, 2017).

b. Peran Ibu

1) Ibu sebagai pendidik

Peran ini dapat dipenuhi dengan baik, bila ibu mampu menciptakan iklim psikis yang gembira, bahagia dan bebas sehingga suasana rumah tangga menjadi semarak dan bisa memberikan rasa aman, bebas, hangat, menyenangkan serta penuh kasih sayang. Dengan begitu anak-anak dan suami akan betah tinggal di rumah. Iklim psikologis penuh kasih sayang, kesabaran, ketenangan, dan kehangatan itu memberikan semacam vitamin psikologi yang merangsang pertumbuhan anak-anak menuju pada kedewasaan (Setiadi, 2018).

2) Ibu sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya, ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu juga ibu dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya (Setiadi, 2018).

3) Sebagai partner hidup

Peran ini ditujukan bagi suami yang memerlukan kebijaksanaan, mampu berpikir luas, dan sanggup mengikuti gerak langkah karir suaminya. Sehingga akan terdapat kesamaan pandangan, perasaan, dan berinteraksi secara lancar dengan mereka (Setiadi, 2018).

3. Tipe Keluarga

a. Tipe keluarga tradisional, terdiri atas beberapa tipe di bawah ini.

- 1) *The Nuclear family* (keluarga inti), yaitu keluarga yang terdiri atas suami, istri, dan anak, baik anak kandung maupun anak angkat (Widago, 2016).
- 2) *The dyad family* (keluarga *dyad*), suatu rumah tangga yang terdiri atas suami dan istri tanpa anak. Hal yang perlu Anda ketahui, keluarga ini mungkin belum mempunyai anak atau tidak mempunyai anak, jadi ketika nanti Anda melakukan pengkajian data dan ditemukan tipe keluarga ini perlu Anda klarifikasi lagi datanya (Widago, 2016).
- 3) *Single parent*, yaitu keluarga yang terdiri atas satu orang tua dengan anak (kandung atau angkat). Kondisi ini dapat disebabkan oleh perceraian atau kematian (Widago, 2016).
- 4) *Single adult*, yaitu suatu rumah tangga yang terdiri atas satu orang dewasa. Tipe ini dapat terjadi pada seorang dewasa yang tidak menikah atau tidak mempunyai suami (Widago, 2016).
- 5) *Extended family*, keluarga yang terdiri atas keluarga inti ditambah keluarga lain, seperti paman, bibi, kakek, nenek, dan sebagainya. Tipe keluarga ini banyak dianut oleh keluarga Indonesia terutama di daerah pedesaan (Widago, 2016).
- 6) *Middle-aged or elderly couple*, orang tua yang tinggal sendiri di rumah (baik suami/istri atau keduanya), karena anak-anaknya sudah membangun karir sendiri atau sudah menikah.
- 7) *Kin-network family*, beberapa keluarga yang tinggal bersama atau saling berdekatan dan menggunakan barang-barang pelayanan, seperti dapur dan kamar mandi yang sama (Widago, 2016).

- b. Tipe keluarga yang kedua adalah tipe keluarga *nontradisional*, tipe keluarga ini tidak lazim ada di Indonesia, terdiri atas beberapa tipe sebagai berikut.
- 1) *Unmarried parent and child family*, yaitu keluarga yang terdiri atas orang tua dan anak dari hubungan tanpa nikah(Widago, 2016).
 - 2) *Cohabiting couple*, orang dewasa yang hidup bersama di luar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.
 - 3) *Gay and lesbian family*, seorang yang mempunyai persamaan jenis kelamin tinggal dalam satu rumah sebagaimana pasangan suami istri(Widago, 2016).
 - 4) *The nonmarital heterosexual cohabiting family*, keluarga yang hidup bersama berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan(Widago, 2016).
 - 5) *Foster family*, keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga/saudara dalam waktu sementara, pada saat orang tua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga yang aslinya(Widago, 2016).

4. Fungsi Keluarga

1) Fungsi afektif

Fungsi ini meliputi persepsi keluarga tentang pemenuhan kebutuhan psikososial anggota keluarga. Melalui pemenuhan fungsi ini, maka keluarga akan dapat mencapai tujuan psikososial yang utama, membentuk sifat kemanusiaan dalam diri anggota keluarga stabilisasi kepribadian dan tingkah laku, kemampuan menjalin secara lebih akrab, dan harga diri(Widago, 2016).

2) *Fungsi sosialisasi dan penempatan sosial*

Sosialisasi dimulai saat lahir dan hanya diakhiri dengan kematian. Sosialisasi merupakan suatu proses yang berlangsung seumur hidup, karena individu secara kontinyu mengubah perilaku mereka sebagai respon terhadap situasi yang terpola secara sosial yang mereka alami.

Sosialisasi merupakan proses perkembangan atau perubahan yang dialami oleh seorang individu sebagai hasil dari interaksi sosial dan pembelajaran peran-peran sosial (Widago, 2016).

3) *Fungsi reproduksi*

Keluarga berfungsi untuk meneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia (Widago, 2016).

4) *Fungsi ekonomi*

Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga (Widago, 2016).

5) *Fungsi perawatan kesehatan* Menyediakan kebutuhan fisik dan perawatan kesehatan. Perawatan kesehatan dan praktik-praktik sehat (yang memengaruhi status kesehatan anggota keluarga secara individual) merupakan bagian yang paling relevan dari fungsi perawatan kesehatan (Widago, 2016).

- a) Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan dalam keluarga yang menyangkut dengan masalah kesehatan keluarga saat ini yaitu *dermatitis*
- b) Kemampuan keluarga membuat keputusan yang tepat bagi keluarga yang saat ini mengalami masalah kesehatan dengan *dermatitis*
- c) Kemampuan keluarga dalam merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan. Kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit terutama dengan masalah *dermatitis*
- d) Kemampuan keluarga dalam mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat. Memantau kemampuan anggota keluarga dalam memodifikasi lingkungan yang sehat dan aman bagi anggota keluarga yang sakit terutama pada masalah *dermatitis*.
- e) Kemampuan keluarga dalam menggunakan fasilitas. Mengidentifikasi kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada di sekitar rumah tempat tinggal.

5. Tahap Perkembangan Keluarga

Terdapat delapan tahap perkembangan keluarga yang perlu anda pelajari berikut ini.

1) Keluarga baru menikah atau pemula

Tugas perkembangannya adalah: membangun perkawinan yang saling memuaskan, membina hubungan persaudaraan, teman, dan kelompok sosial, mendiskusikan rencana memiliki anak (Widago, 2016).

2) Tahap perkembangan keluarga yang kedua adalah keluarga dengan anak baru lahir.

Tugas perkembangannya adalah: membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap mengintegrasikan bayi yang baru lahir ke dalam keluarga, rekonsiliasi tugas-tugas perkembangan yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran-peran orang tua dan kakek nenek (Widago, 2016).

3) Keluarga dengan anak usia pra sekolah

Tugas perkembangannya adalah: memenuhi kebutuhan anggota keluarga, seperti rumah, ruang bermain, privasi, dan keamanan, mensosialisasikan anak, mengintegrasikan anak yang baru, sementara tetap memenuhi kebutuhan anak yang lain, mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga dan di luar keluarga (Widago, 2016).

4) Keluarga dengan anak usia sekolah

Tugas perkembangannya adalah: mensosialisasikan anak-anak, termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan hubungan dengan teman sebaya yang sehat, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga (Widago, 2016).

5) Keluarga dengan anak remaja.

Tugas perkembangannya adalah: menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri,

memfokuskan kembali hubungan perkawinan, berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak-anak (Widago, 2016).

6) Keluarga melepas anak usia dewasa muda.

Tugas perkembangannya adalah: memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru yang didapatkan melalui perkawinan anak-anak, melanjutkan untuk memperbaharui dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan, membantu orangtua lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami atau istri (Widago, 2016).

7) Keluarga dengan usia pertengahan.

Tugas perkembangannya adalah: menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para orang tua lansia dan anak-anak, memperkokoh hubungan perkawinan (Widago, 2016).

8) Keluarga dengan usia lanjut.

Tugas perkembangannya adalah: mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan, menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun, mempertahankan hubungan perkawinan, menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan, mempertahankan ikatan keluarga antar generasi, meneruskan untuk memahami eksistensi mereka (penelaahan hidup) (Widago, 2016).

6. Tugas Kesehatan Keluarga

Tugas Kesehatan Keluarga menurut Efendi & Makhfudli (2013) adalah:

a. Mengetahui masalah kesehatan

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatan lah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana kesehatan habis. Orang tua perlu mengetahui keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga. Apabila menyadari adanya perubahan keluarga perlu dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi, dan berapa

besar perubahannya. Sejauh mana keluarga mengetahui dan mengenal fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan yang mempengaruhinya, serta persepsi keluarga terhadap masalah.

b. Membuat keputusan masalah kesehatan yang tepat

Sebelum keluarga dapat membuat keputusan yang tepat mengenai masalah kesehatan yang dialaminya, perawat harus dapat mengkaji keadaan keluarga tersebut agar dapat memfasilitasi keluarga dalam membuat keputusan. Berikut hal-hal yang harus dikaji oleh perawat :

- 1) Sejauh mana kemampuan keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah,
- 2) Apakah keluarga merasakan adanya masalah kesehatan,
- 3) Apakah keluarga merasa menyerah terhadap masalah yang dialami,
- 4) Apakah keluarga merasa takut akan akibat penyakit,
- 5) Apakah keluarga mempunyai sifat negatif terhadap masalah kesehatan,
- 6) Apakah dapat menjangkau fasilitas kesehatan yang ada,
- 7) Apakah keluarga kurang percaya terhadap tenaga kesehatan,
- 8) Apakah keluarga mendapat informasi yang salah terhadap tindakan dalam mengatasi masalah.

c. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit.

Ketika memberikan perawatan kepada anggota keluarganya yang sakit, keluarga harus mengetahui 1 hal sebagai berikut:

- 1) Keadaan penyakit (sifat, penyebaran, komplikasi, prognosis dan perawatannya),
- 2) Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan,
- 3) Keberadaan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan,
- 4) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, sumber keuangan atau finansial, fasilitas fisik, psikososial),
- 5) Sikap keluarga terhadap yang sakit.

d. Memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat.

Ketika memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat, keluarga mengetahui hal-hal sebagai berikut:

- 1) Sumber-sumber keluarga yang dimiliki,
- 2) Keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan,
- 3) Pentingnya hygiene sanitasi,
- 4) Upaya pencegahan penyakit,
- 5) Sikap atau pandangan keluarga terhadap hygiene sanitasi,
- 6) Kekompakan antar anggota keluarga.

e. Merujuk pada fasilitas kesehatan masyarakat.

Berikut merupakan pembagian dari fasilitas kesehatan masyarakat:

- 1) Keberadaan fasilitas keluarga,
- 2) Keuntungan-keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan,
- 3) Tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan,
- 4) Tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan,
- 5) Pengalaman yang kurang baik terhadap petugas kesehatan,
- 6) Fasilitas kesehatan yang terjangkau oleh keluarga.

Kelima tugas kesehatan keluarga tersebut saling terkait dan perlu dilakukan oleh keluarga, perawat perlu mengkaji sejauh mana keluarga mampu melaksanakan tugas tersebut dengan baik agar dapat memberikan bantuan atau pembinaan terhadap keluarga untuk memenuhi tugas kesehatan keluarga tersebut.