

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang tentunya bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow dalam Teori Hierarki. Kebutuhan menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar, yaitu kebutuhan fisiologis, keamanan, cinta, harga diri, dan aktualisasi diri (Potter dan Perry, 1997).

a. Kebutuhan fisiologis (physiologic needs)

Kebutuhan fisiologis adalah kebutuhan primer yang menjadi syarat dasar bagi kelangsungan hidup manusia guna memelihara homeostatis tubuh. Kebutuhan fisiologis ini mutlak harus terpenuhi, jika tidak dapat berpengaruh terhadap kebutuhan lainnya. Kebutuhan fisiologis tersebut, meliputi: oksigen, air, makanan, eliminasi, istirahat dan tidur, penanganan nyeri, pengaturan suhu tubuh, seksual, dan lain-lain (Budiono, 2016).

b. Kebutuhan keselamatan dan keamanan (safety and security needs)

Kebutuhan dan keselamatan adalah kebutuhan untuk melindungi diri dari bahaya fisik. Ancaman terhadap keselamatan seseorang dapat dikategorikan sebagai ancaman mekanis, kimiawi, termal dan bakteriologis. Kebutuhan akan keamanan terkait dengan konteks fisiologis dan hubungan interpersonal. Keamanan fisiologis berkaitan dengan sesuatu yang mengancam tubuh dan kehidupan seseorang. Konteks hubungan interpersonal bergantung pada banyak faktor, seperti kemampuan berkomunikasi, kemampuan mengontrol masalah, kemampuan memahami tingkah laku yang konsisten dengan orang lain, serta kemampuan memahami orang-orang di sekitarnya dan lingkungannya. (Budiono, 2016).

c. *Kebutuhan cinta dan dicintai (love and belonging need)*

Kebutuhan cinta adalah kebutuhan dasar yang menggambarkan emosi seseorang. Kebutuhan ini merupakan suatu dorongan saat seseorang berkeinginan menjalin hubungan yang efektif atau hubungan emosional dengan orang lain sehingga ia akan berupaya semaksimal mungkin untuk mendapatkan perasaan saling mencintai dan memiliki tersebut.

Kebutuhan untuk dicintai atau memiliki adalah keinginan untuk berteman, bersahabat, atau bersama-sama beraktivitas. Ini merupakan identitas dan prestise untuk seseorang. Kebutuhan dimiliki sangat penting, artinya bagi seseorang yang ingin mendapatkan pengakuan. Kebutuhan dicintai dan mencintai meliputi kebutuhan untuk memberi dan menerima cinta serta kasih sayang, menjalani peran yang memuaskan, serta diperlakukan baik (Budiono, 2016).

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

Penghargaan terhadap diri sering merujuk pada penghormatan diri, dan pengakuan diri. Untuk mencapai penghargaan diri, seseorang harus menghargai apa yang telah dilakukannya dan apa yang akandilakukannya serta meyakini bahwa dirinya benar dibutuhkan dan berguna (Budiono, 2016).

e. *Kebutuhan aktualisasi diri (needs for self actualization)*

Aktualisasi diri adalah kemampuan seseorang untuk mengatur diri dan otonominya sendiri, serta bebas dari tekanan luar. Lebih dari itu, aktualisasi diri adalah hasil dari kematangan diri. Berdasarkan teori Abraham Maslow aktualisasi diri, pada asumsi dasar bahwa manusia pada hakikatnya memiliki nilai intrinsik berupa kebaikan. Dalam proses perkembangannya manusia dihadapkan pada dua pilihan bebas, yaitu pilihan untuk maju atau pilihan untuk mundur. Pilihan-pilihan ini akan menentukan arah perjalanan hidup manusia (Budiono, 2016).

2. Pengertian gangguan integritas kulit

Kerusakan integritas jaringan terjadi karena kerusakan sel yang menyebabkan produksi insulin berkurang dan mengakibatkan terjadinya peningkatan konsentrasi glukosa disekresi mukus, gula darah meningkat, darah menjadi pekat dan mengakibatkan kerusakan sistem vaskuler, terjadi gangguan fungsi imun, penurunan aliran darah menjadikan gangguan penyembuhan luka pada ulkus (J. Corwin, 2009). Gangguan integritas jaringan adalah kerusakan pada jaringan membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan atau ligament (SDKI PPNI, 2016)

3. Etiologi Gangguan integritas kulit

Menurut Rosdahl & Kowalski (2014) Kondisi yang berperan dalam menyebabkan kerusakan integritas kulit antara lain :

1. Imobilitas, tingkat aktivitas rendah (berbaring atau duduk dalam satu posisi dalam periode waktu yang lama)
2. Ketidakadekuatan nutrisi (orang yang sangat kurus, protein yang tidak adekuat, kalori tidak cukup)
3. Tingkat dehidrasi (asupan cairan tidak adekuat, retensi cairan berlebihan, edema)
4. Adanya kelembaban eksternal (termasuk perspirasi, urine, dan feses), inkontinensia
5. Gangguan status mental, kesadaran atau kerja sama, sedasi berat badan atau anesthesia.
6. Kehilangan sensori
7. Demam, tekanan darah rendah (terutama diastolik <60 mmHg)
8. Usia lanjut, kulit rapuh
9. Gangguan sirkulasi, anemia

Adapun beberapa factor lain yang memengaruhi keutuhan jaringan (Tarwoto & Wartonah, 2015), meliputi :

a. Neuropati Perifer

Keadaan neuropati menyebabkan penurunan sensasi rasa, apabila terjadi trauma maka penderita tidak menyadarinya. Trauma berulang dapat menimbulkan kerusakan pada lapisan kulit, baik trauma yang disengaja seperti pembedahan, maupun trauma yang tidak disengaja seperti trauma tumpul, trauma tajam, luka bakar, terpapar listrik, dan zat kimia.

b. Keadaan sirkulasi darah

Pada keadaan kelemahan fisik atau gangguan mobilisasi, maka bagian tubuh akan tertekan lama. Keadaan ini menimbulkan aliran darah tidak adekuat, akibatnya terjadi hipoksia jaringan sampai menjadi iskemia dan nekrosis. Kulit akan menjadi luka yang disebut dengan pressure ulcers atau luka dekubitus.

c. Nutrisi

Kulit membutuhkan nutrisi untuk mempertahankan keutuhannya. Konsumsi vitamin A, B, C, K, niasin, dan riboflavin yang cukup sangat penting untuk mempertahankan perubahan kulit. Tidak adekuatnya protein, kalori kulit mudah kering dan mengelupas.

d. Pola hidup dan kebiasaan

Kebiasaan menjaga kebersihan diri yang baik akan mengurangi risiko infeksi jamur, sehingga integritas kulit terjaga. Kebiasaan orang berkulit putih yang berjemur matahari berisiko terpaparnya radiasi sinar ultraviolet dan kanker kulit.

e. Alergi

Reaksi alergi, seperti makanan atau obat-obatan dapat menimbulkan peradangan atau dermatitis.

f. Infeksi

Infeksi jamur, virus, atau bakteri sering merusak jaringan kulit misalnya pada herpes, dermatitis, stomatitis, dan tinea kapitis.

g. Trauma

Banyak trauma yang menimbulkan kerusakan jaringan kulit, baik trauma yang disengaja seperti pembedahan, maupun trauma yang tidak disengaja seperti trauma tumpul, tajam, luka bakar, terpapar listrik, dan zat kimia.

4. Faktor Resiko Gangguan Integritas Kulit

1. Perubahan sirkulasi
2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
3. Kekurangan/kelebihan volume cairan
4. Penurunan mobilitas
5. Bahan kimia iritatif
6. Suhu lingkungan yang ekstrem
7. Faktor mekanis (mis. Penekanan, gesekan) atau faktor listrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)
8. Terapi radiasi
9. Kelembapan
10. Proses penuaan
11. Neuropati perifer
12. Perubahan pigmentasi
13. Perubahan hormonal
14. Penekanan pada tonjolan tulang

Sumber : (SDKI,2016)

5. Indikator Gangguan Integritas Kulit

Tabel 1.1 Indikator Gangguan Integritas Kulit & Membran Mukosa

NO	Indikator	1	2	3	4
1	Sensasi pada rangsangan	Kulit tidak berasa, dan kemudian bersisik (berat)	Kulit kering dan tidak terasa (sedang)	Tidak kering dan tidak mengkerut (ringan)	Kulit lembab (normal)
2	Ketebalan kulit	Kulit tebal bersisik (berat)	Kulit tebal sensitif dan kering (sedang)	Kulit tebal dan luka (ringan)	Kulit normal tidak ada luka (normal)
3	Lesi pada kulit	Lesi warna keunguan (berat)	Lesi warna kebiruan (sedang)	Lesi warna kemerahan dan bercak putih (ringan)	Tidak ada luka (normal)
4	Kelembaban	Kulit terlihat sangat kering disertai kulit terkelupas (berat)	Kulit kering dan bersisik atau pecah-pecah (sedang)	Kulit kering tetapi tidak bersisik (ringan)	Kelembaban kulit baik (normal)
5	Elastisitas kulit	Kulit terlihat sangat kaku dan keras serta	Kulit terlihat jaringan parut (sedang)	Elastisitas kulit sedikit terasa kenyal (ringan)	Elastisitas kulit baik (normal)

		terdapat jaringan parut (berat)			
Total Skor	5	9	12	15	

Sumber : Moorhead, S., & Johnson, L. Maas, & Swanson, 2013

Keterangan skor :

- 5-8 : Kerusakan Integritas Kulit Berat
- 9-11 : Kerusakan Integritas Kulit Sedang
- 12-14 : Kerusakan Integritas Kulit Ringan
- 15 : Tidak Ada Kerusakan Kulit

6. 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 :

- 1) Meningkatkan derajat kesehatan seseorang.
- 2) Memelihara kebersihan diri sendiri orang
- 3) Memperbaiki kekurangan pada personal hygiene
- 4) Melakukan pencegahan timbulnya penyakit
- 5) Menumbuhkan kepercayaan diri seseorang
- 6) 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 :

- 1) 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).
- 2) Praktik Sosial Pada situasi ini, setiap manusia dari kecil sudah dididik dengan kebersihan diri tentu akan mengubah pola tentang kebersihan dirinya (Yulianto, 2020).
- 3) 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).
- 4) Pengetahuan Seseorang akan mempunyai pengetahuan yang baik tentang Personal Hygiene akan meningkatkan kesehatan dirinya (Yulianto, 2020).

B. Tinjauan Konsep penyakit

1. Definisi Dermatitis

Dermatitis ialah kelainan kulit yang subyektif ditandai oleh rasa gatal dan secara klinis terdiri atas ruam polimorfi yang umumnya berbatas tidak tegas. Gambaran klinisnya sesuai dengan stadium penyakitnya. Kadang-kadang terjadi tumpang tindih penggunaan istilah eksim dengan dermatitis. Sebagian ahli menyamakan arti keduanya, sebagian lain mengartikan eksim sebagai salah satu bentuk dermatitis, yakni dermatitis atopik tipe infantil. Untuk itu, istilah dermatitis tampak lebih tepat.

Dermatitis ada yang didasari oleh faktor endogen, misalnya dermatitis atopik, dermatitis kontak, dan sebagainya. Kebanyakan penyebab dermatitis ini belum diketahui secara pasti. Bila ditinjau dari jenis kelainannya, maka dermatitis atopik adalah dermatitis yang paling sering dibahas, mengingat insidensinya yang cenderung terus meningkat dan dampak yang dapat ditimbulkan pada kualitas hidup pasien maupun keluarganya

2. **Macam-Macam Dermatitis**

a. Dermatitis Atopik (DA)

Dermatitis Atopik (DA) adalah kelainan kulit kronis yang sangat gatal, umum dijumpai, ditandai oleh kulit yang kering, inflamasi dan eksudasi, yang kambuh-kambuhan. Kelainan biasanya bersifat familial, dengan riwayat atopi pada diri sendiri ataupun keluarganya.

Diagnosis DA ditegakkan berdasarkan gambaran klinis dan adanya riwayat atopik (dalam keluarga maupun sendiri). Secara klinis, terdapat 3 fase/bentuk yang lokasi dan morfologinya berubah sesuai dengan pertambahan usia. Pada fase bayi lesi terutama pada wajah, sehingga dikenal sebagai eksim susu. Pada fase anak, terutama pada daerah lipatan kulit, khususnya lipatan siku dan lutut. Pada fase dewasa lebih sering dijumpai pada tangan, kelopak mata dan areola mammae. Penyebab pasti kekhususan pada distribusi anatomi ini belum diketahui

b. Dermatitis Seboroik (DS)

Dermatitis Seboroik (DS) merupakan dermatitis dengan distribusi terutama di daerah yang kaya kelenjar sebacea. Lesi umumnya simetris, dimulai di daerah yang berambut dan meluas meliputi skalp, alis, lipatan nasolabial, belakang telinga, dada, aksila dan daerah lipatan kulit. Penyebab pasti DS belum diketahui, walaupun banyak faktor dianggap berperan, termasuk factor hormonal, genetik dan lingkungan.

DS dianggap merupakan respons inflamasi terhadap organisme *Pityrosporum ovale*. Secara klinis kelainan ditandai dengan eritema dan skuama yang berbatas relatif tegas. Skuama dapat kering, halus berwarna

putih (dikenal sebagai pitiriasis sika) sampai berminyak kekuningan. DS umumnya tidak disertai rasa gatal. Bentuk yang banyak dikenal dan dikeluhkan pasien adalah ketombe/dandruff. Walaupun demikian, masih terdapat kontroversi para ahli. Sebagian menganggap dandruff adalah bentuk DS ringan, tetapi sebagian lain berpendapat tidak

c. Dermatitis Numularis (DN)

Dermatitis Numularis (DN) ditandai oleh bercak yang sangat gatal, bersisik, berbentuk bulat, berbatas tegas (berbeda dari dermatitis pada umumnya), dengan vesikel-vesikel kecil di bagian tepi lesi. Pada DN sering dijumpai penyembuhan pada bagian tengah lesi (central clearing), tetapi secara klinis berbeda dari bentuk lesi tinea. Pada kelainan ini bagian tepi lebih vesikuler dengan batas relatif kurang tegas

d. Neurodermatitis = Lichen Simplex Chronicus (LSC)

Istilah LSC diambil dari kata likenifikasi yang berarti penebalan kulit disertai gambaran relief kulit yang semakin nyata. Patogenesisnya belum diketahui secara pasti, tetapi kelainan sering diawali oleh cetusan gatal yang hebat, misalnya pada insect bite.

Kelainan jarang dijumpai pada anak-anak, umumnya pada orang dewasa dan puncaknya pada usia 30-50 tahun. Tempat predileksinya ialah bagian belakang leher, tungkai bawah dan pergelangan kaki, serta sisi ekstensor lengan bawah. LSC pada bagian belakang leher yang dikenal sebagai lichen nuchae umumnya hanya dijumpai pada wanita saja.

e. Dermatitis Kontak (DK)

Terdapat 3 bentuk DK yakni DK iritan (DKI), DK alergik (DKA) dan reaksi fototoksik maupun reaksi fotoalergik. DKI ialah erupsi yang timbul bila kulit terpajan bahan-bahan yang bersifat iritan primer melalui jalur kerusakan yang non-imunologis. Bahan iritan antara lain deterjen, bahan pembersih peralatan rumah tangga, dan sebagainya. Sedangkan DKA ialah respons alergik yang didapat bila berkontak dengan bahan-bahan yang

bersifat sensitiser/alergen. Contoh bahan yang dapat memicu DKA antara lain adalah beberapa jenis pewangi, pewarna, nikel, obatobatan, dan sebagainya.

Adanya kontak dengan beberapa jenis bahan tertentu dapat memicu reaksi setelah terkena pajanan sinar matahari. Hal ini disebabkan karena beberapa substansi dengan berat molekul rendah akan berubah menjadi bahan iritan primer ataupun bahan sensitiser bila terpajan oleh sinar-matahari. Bahan-bahan ini akan meningkatkan reaktivitas kulit terhadap pajanan sinar matahari.

Reaksi fototoksik antara lain dapat dipicu oleh kontak lokal PABA di tabir surya, beberapa jenis pewarna seperti biru toluidin, merah-netral, tar dan derivatnya, dan sebagainya. Sedangkan reaksi fotoalergik dapat dipicu antara lain oleh kontak lokal dengan beberapa jenis bahan di parfum dan after-shave lotion (musk ambrette), lipstik (eosin), tonik rambut (quinine), serta ketoprofen dan sebagainya.

f. Dermatitis Stasis (DSt)

Kelainan ini merupakan akibat lanjutan hipertensi vena (yang umumnya terjadi di tungkai bawah) dan trombosis. Oleh karena itu, biasanya sebelum muncul Dst, pasien sering mengeluh rasa berat di tungkai disertai nyeri saat berdiri dan edem. DSt lebih banyak terjadi pada wanita usia pertengahan atau lanjut, kemungkinan karena efek hormonal serta kecenderungan terjadinya trombosis vena dan hipertensi saat kehamilan.

g. Dermatitis Asteatotik (DAst)

Dermatitis Asteatotik (DAst) disebut juga sebagai xerosis = eczema craquele = winter itch. Gambaran klinisnya karakteristik ditandai oleh skuama halus, kering dan kulit yang pecah-pecah, yang dapat mengalami inflamasi dan menjadi kemerahan. Kelainan umumnya terjadi di tungkai bawah. DAst lebih sering dijumpai pada wanita usia pertengahan ke atas.

3. Faktor Resiko Dan Pencetus

Faktor-faktor risiko terjadinya dermatitis secara umum antara lain predisposisi genetik, sosioekonomi, polusi lingkungan, jumlah anggota keluarga. Sedangkan faktor-faktor pencetus terjadinya dermatitis secara umum antara lain alergen, bahan iritan, infeksi, faktor psikis dan lainlain.

Faktor-faktor yang umum terkait dengan dermatitis yaitu:

a. Suhu dan Kelembaban Lingkungan

Terdapat beberapa potensial bahaya yang perlu diperhatikan seperti kelembaban udara dan suhu udara yang tidak stabil dapat mempengaruhi terjadinya dermatitis kontak yang menyebabkan pengeringan pada epidermis.

b. Usia

Kulit manusia mengalami degenerasi seiring bertambahnya usia sehingga kulit kehilangan lapisan lemak di atasnya dan menjadi lebih kering. Kekeringan pada kulit ini memudahkan bahan kimia untuk menginfeksi kulit, sehingga kulit menjadi lebih mudah terkena dermatitis. Kondisi kulit mengalami proses penuaan mulai dari usia 40 tahun. Pada usia tersebut, sel kulit lebih sulit menjaga kelembapannya karena menipisnya lapisan basal.

c. Jenis Kelamin

Jenis kelamin adalah perbedaan yang tampak antara laki-laki dan perempuan dilihat dari segi nilai dan tingkah laku. Kulit perempuan lebih berisiko mendapat penyakit kulit dibandingkan dengan pria, kulit wanita memproduksi lebih sedikit minyak untuk melindungi dan menjaga kelembapan kulit.

d. Ras

Faktor individu yang meliputi jenis kelamin, ras dan keturunan merupakan pendukung terjadinya dermatitis. Bila dikaitkan dengan penyakit dermatitis, ras merupakan salah satu faktor yang ikut berperan untuk terjadinya dermatitis. Kulit putih lebih rentan terkena dermatitis dibandingkan dengan kulit hitam.

e. Riwayat Penyakit Kulit Sebelumnya

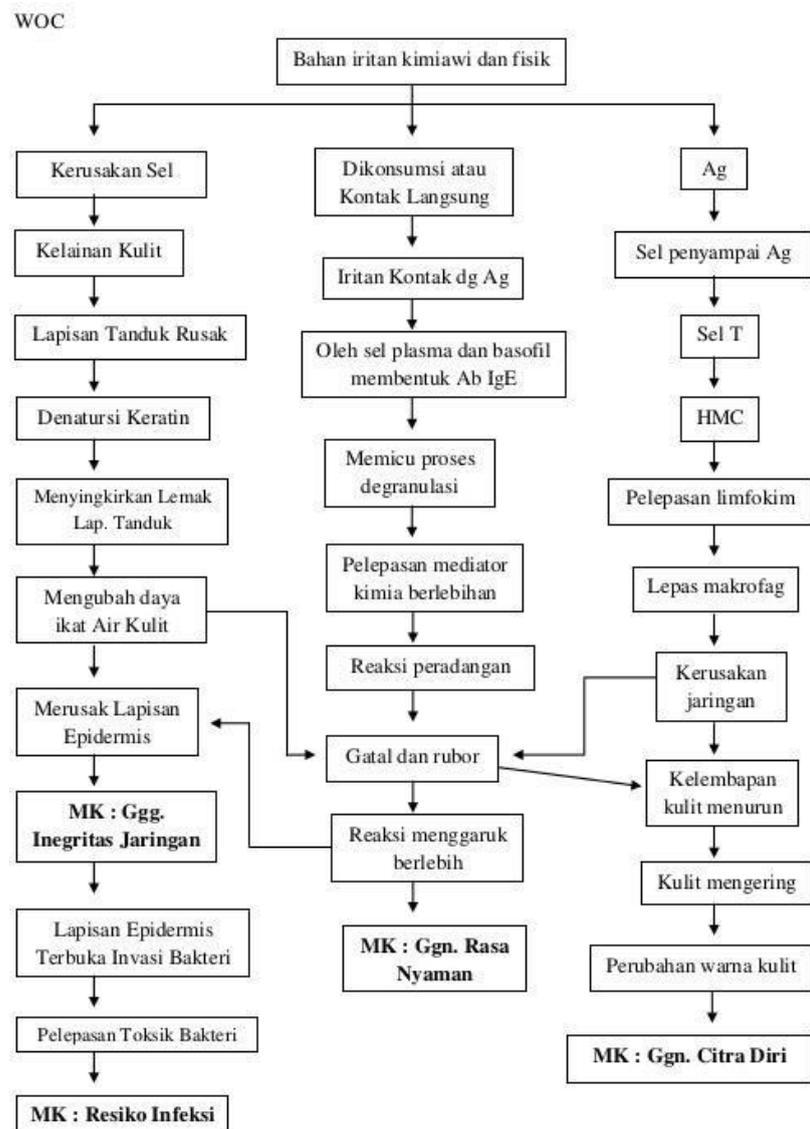
Dalam melakukan diagnosis dermatitis kontak dapat dilakukan dengan berbagai cara diantaranya adalah dengan melihat sejarah dermatologi termasuk riwayat keluarga, aspek pekerjaan atau tempat kerja, sejarah alergi (misalnya alergi terhadap obat-obatan tertentu) dan riwayat penyakit sebelumnya.

4. Penanganan Dermatitis

Berbagai jenis dermatitis memerlukan upaya terapeutik masing-masing, sesuai dengan jenisnya. Secara umum prinsip terapinya adalah serupa dan pengobatan utamanya adalah dengan preparat kortikosteroid (KS). Penanganan dimulai dengan pemastian adanya dermatitis, kemudian sedapat mungkin menghindari faktor pencetus dan atau faktor pemberat kelainan. Kondisi klinis lesi perlu diperhatikan hal ini penting karena prinsip dasar dermatoterapi yang telah dikenal sejak lama perlu diterapkan yakni lesi yang 'basah' harus diterapi secara 'basah' dan sebaliknya lesi 'kering' diterapi secara 'kering'.

Faktor lain yang perlu diperhatikan adalah suatu obat yang pemilihan jenisnya juga ditentukan oleh kondisi klinis kelainan. Upaya pertama adalah menghindari bahan-bahan yang bersifat iritan (misalnya deterjen dan sabun tertentu), karena cenderung mengakibatkan kulit menjadi lebih kering, yang menambah keluhan rasa gatal. Upaya berikutnya adalah penggunaan KS sebagai antiinflamasi. Kadang-kadang diperlukan preparat kombinasi antara KS dengan antibiotika ataupun KS dengan antimikotik. Pada beberapa kasus diperlukan kombinasi dengan pengobatan sistemik (steroid, antihistamin maupun antibiotika) sesuai dengan kebutuhan

5. Pathway



C. Tinjauan Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

1. Asuhan Keperawatan pada klien gangguan kerusakan integritas kulit

A. Pengkajian

Riwayat :

Data yang dikumpulkan perawat dari klien dengan kemungkinan dermatitis kontak meliputi Nama, umur, alamat, jenis kelamin, agama, pekerjaan (Rospa, 2009)

Riwayat kesehatan :

1. Keluhan utama : Pada kasus dermatitis kontak biasanya Pasien mengeluh kulitnya terasa gatal serta nyeri, kemudian terasa bengkak disekitar area gatal-gatal tersebut.
2. Riwayat kesehatan sekarang : Selain mengeluh kulitnya terasa gatal pada daerah kulit yang terjadi dermatitis, keluhan yang menyertai biasanya timbul lesi kulit (vesikel), terasa panas pada kulit dan kulit akan berwarna merah, serta edema.
3. Riwayat kesehatan masa lalu : Biasanya berhubungan dengan masalah kesehatan klien sekarang, bisa juga penyakit ini sudah pernah dialami oleh pasien sebelumnya, kemudian apakah pasien pernah menderita alergi serta tindakan yang dilakukan untuk mengatasinya selain itu perlu juga dikaji kebiasaan klien.
4. Riwayat kesehatan keluarga : Biasanya penyakit dermatitis ini bukan merupakan penyakit keturunan, bisa dalam anggota keluarga ada yang pernah mengalami sakit yang sama dengan pasien bisa juga tidak ada yang menderita penyakit yang sama seperti yang dialami pasien sebelumnya

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI,2017 diagnosis yang muncul pada kasus dermatitis adalah :

- a. Kerusakan integritas kulit b.d kerusakan jaringan dan lapisan kulit
- b. Defisit perawatan diri b.d kurangnya kepedulian klien terhadap kebersihan diri.

3. Intervensi Keperawatan

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA	INTERVENSI
Kerusakan integritas kulit b.d kerusakan jaringan lapisan kulit	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan kerusakan integritas kulit Nn.Fs membaik dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Elastisitas meningkat 2. Hidrasi kulit meningkat 3. Perfusi jaringan meningkat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tanda-tanda vital 2. Kaji lokasi, warna, ukuran luka kulit 3. Kaji kebiasaan sehari-hari Nn.Fs 4. Berikan edukasi tentang dermatitis dan personal hygiene 5. Anjurkan Nn.Fs untuk tidak menggaruk luka 6. Anjurkan Nn.Fs untuk lebih rajin mengganti baju 7. Berikan kompres dingin menggunakan larutan PK di bagian luka 8. Dorong Nn.Fs untuk mandi minimal 2x sehari, lalu oleskan salep ketoconazole setiap sesudah mandi di bagian tubuh Nn.Fs yang mengalami luka 9. Monitoring sebelum dan sesudah pemberian salep ketoconazole

4. Implementasi Keperawatan

Merupakan tindakan yang sudah diencanakan 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 Wartinah, 2015).

D. Tinjauan Konsep Keluarga

1. Pengertian Keluarga

Menurut Perry dan Potter (2005), keluarga adalah sebagai unit yang terdiri dari ayah, ibu dan anak-anak mereka dan memperlihatkan pembagian kerja menurut jenis kelamin. Menurut Friedman (2010), keluarga adalah sekumpulan orang-orang yang tinggal bersama dalam satu rumah yang dihubungkan satu ikatan perkawinan, hubungan darah, atau tidak memiliki hubungan darah yang bertujuan mempertahankan budaya yang umum dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, dan sosial dari tiap anggota.

Keluarga merupakan institusi pusat pada masyarakat yang telah banyak mengalami perubahan konsep, struktur dan fungsi dari unit keluarga seiring berjalannya waktu. Fungsi keluarga berfokus pada proses yang digunakan oleh keluarga untuk mencapai tujuan keluarga tersebut (Potter & Perry, 2010).

2. Tahap dan Tugas Perkembangan

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

1) Tahap I (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 (Keluarga sedang mengasuh 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 tiap pasangan.

3) Tahap III (Keluarga dengan anak usia prasekolah anak tertua usia 2-6 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 (Keluarga dengan anak usia sekolah anak tertua berusia 6-13 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 (Keluarga dengan anak remaja 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, dan memberikan perhatian.

- 6) Tahap VI (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 hubungan 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 (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, memperkuat hubungan perkawinan, menjaga keintiman, merencanakan kegiatan-kegiatan yang akan datang, memperhatikan kesehatan masing-masing pasangan, dan tetap menjaga komunikasi pada anak-anak.

- 8) Tahap VIII (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.

3. Tugas Kesehatan 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 penyakit 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.

E. Tinjauan Asuhan Keperawatan Keluarga

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

1. Pengkajian

a. Data Umum

Identitas kepala keluarga :

1. Nama kepala keluarga
2. Umur (KK)
3. Pekerjaan kepala keluarga
4. Pendidikan kepala keluarga
5. Alamat dan nomor telepon

b. Komposisi anggota keluarga

Tabel 1.2 Komposisi anggota keluarga

Nama	Umur	Sex	Hubungan dengan KK	Pendidikan	Pekerjaan	Keterangan

Sumber: Achjar, 2010

c. Genogram

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

d. Tipe keluarga

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

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 biasanya 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 biasa 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 merawat anaknya senirian. 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 mellui 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 orangtua 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 ntuk 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 untuk tinggal bersama tanpa ikatan pernikahan. Kehidupan mereka sudah seperti kehidupan berkeluarga. Alasan untuk hidup bersama ini bias 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 waktu tertentu. Hal ini dilakukan hingga anak tersebut bisa bertemu dengan orangtua kandungnya.

(11) Institutional

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

(12) Homeless Family

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

e. 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)

f. 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).

g. 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).

h. Aktivitas rekreasi keluarga

Rekreasi bisa menentuksn kadar stress keluarga sehingga menimbylkan 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, membacabuku, mendengarkan music, berselancar di media sosial, dan hal-hal yang bisa menghibur lainnya.

i. Tahap Perkembangan dan Riwayat Keluarga

1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Kesehatan tidak hanya berlaku sendiri, melainkan bisa terkait dengan banyak sisi. Misalnya, faktor ekonomi karena keluarga tidak mampu mencukupi kebutuhan makan 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 yaitu:

- a) Pasangan pemula atau pasangan baru menikah
- b) Keluarga dengan “child bearing” kelahiran anak pertama
- c) Keluarga dengan anak prasekolah(anak pertama berusia 2,5-5 tahun)
- d) Keluarga dengan anak usia sekolah(anak pertama berusia 6-12 tahun)
- e) Keluarga dengan anak remaja(anak pertama berusiaaaaa 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

Dimana keluarga dan anggotanya memiliki peran tugasnya masing-masing. Jika ada tugas yang belum diselesaikan kemudian dikaji kendala apa yang menyebabkannya. Lalu apakah tugas tersebut bisa diselesaikan secepatnya atau bisa ditunda (Maria, 2017)

3) Riwayat keluarga inti

Apakah ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit yang beresiko menurun, bagaimana pencegahan penyakit dengan imunisasi, fasilitas apa saja yang pernah diakses, riwayat penyakit 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 maupun istri juga perlu. Hal ini karena ada penyakit yang bersifat genetic atau menurun kepada anak cucu. Jika hal tersebut dapat dideteksi lebih awal dapat dilakukan pencegahan (Maria, 2017)

j. Data lingkungan

1) Karakteristik rumah

Perawat harus mengetahui karakteristik rumah yang dihuni sebuah keluarga dengan melihat luas rumah, jumlah ruangan, tipe rumah, sirkulasi udara dan sinar matahari yang masuk, pendingin udara/ AC, pencahayaan, banyaknya jendela, letak perabotan, penempatan septic tank, jarak sumber air dengan septic tank, konsumsi makanan olahan dan minum keluarga dan lain-lain.

2) Karakteristik lingkungan

Perawat harus mengetahui mencari tahu lingkungan fisik, kebiasaan dan aturan penduduk setempat dan budaya yang mempengaruhi kebiasaan.

3) Mobilitas geografis keluarga

Selain interaksi dengan tetangga dan lingkup RT-RW, tentu setiap individu atau keluarga memiliki pergaulannya sendiri baik komunitas hobi, kantor, sekolah atau lainnya.

4) Perkumpulan dengan masyarakat

Dimana pernah berpindah dari rumah orangtua menuju rumah sendiri. Atau apabila merantau, dimana saja ia pernah kontrak rumah. Atau seorang pegawai sering ditugaskan di berbagai kota.

5) Sistem pendukung keluarga

Setiap keluarga pasti menyediakan berbagai fasilitas berupa perabot bagi anggota keluarganya. Fasilitas inilah yang perlu dikaji sistem pendukung keluarga. Selain itu, sistem pendukung ini juga membutuhkan fasilitas psikologis atau dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan dari masyarakat sekitar (Maria, 2017)

k. Struktur keluarga

1) Pola komunikasi keluarga

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

2) Struktur kekuatan keluarga

Kekuatan keluarga dilihat dari peran dominan anggota keluarga. Maka itu, perawat membutuhkan data tentang siapa yang dominan dalam mengambil keputusan untuk keluarga, mengelola anggaran, tempat tinggal, tempat kerja, mendidik anak dan lain-lain (Maria, 2017)

3) Struktur peran

Setiap anggota pasti memiliki peran masing-masing baik dari orang tua ataupun anak-anak. Peran ini berjalan sendirinya, walaupun tanpa disepakati terlebih dahulu. Misalnya, anak yang harus belajar ataupun bermain, apabila anak tidak melkaukan pasti orangtua akan gelisah. Begitu juga jika orangtua atau ayah tidak bekerja, tentu akan kesulitan dalam memenuhi kebutuhannya (Maria,2017)

4) Nilai dan norma budaya

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

I. Fungsi keluarga

A. Fungsi afektif

1. Bagaimana pola kebutuhan keluarga dan responnya?
2. Apakah individu merasakan individu lain dalam keluarga?
3. Apakah pasangan suami istri mampu menggambarkan kebutuhan persoalan dan anggota yang lain?
4. Bagaimana sensitivitas antaranggota keluarga?
5. Bagaimana keluarga menanamkan perasaan kebersamaan dengan anggota keluarga?
6. Bagaimana anggota keluarga saling mempercayai, memberikan perhatian dan saling mendukung satu sama lain?
7. Bagaimana hubungan dan interaksi keluarga dengan lingkungan?
8. Apakah ada kedekatan khusus anggota keluarga dengan anggota keluarga yang lain, keterpisahan dan keterikatan? (Maria, 2017)

B. Fungsi sosialisasi

1. 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?
2. Kebudayaan yang dianut dalam membesarkan anak?
3. Apakah keluarga merupakan resiko tinggi mendapat masalah dalam membesarkan anak? Faktor resiko apa saja yang memungkinkan?
4. Apakah lingkungan memberikan dukungan dalam perkembangan anak, seperti tempat bermain dan istirahat dikamar tidur sendiri? (Maria, 2017)

C. Fungsi perawatan keluarga

1. Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga
2. Bila ditemui data maladaptif, langsung lakukan peninjauan 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)

m. Stressor dan coping keluarga

A. Stressor jangka pendek

Stressor yang dialami keluarga akan tetapi bisa ditangani dalam jangka waktu kurang dari 6 bulan.

B. Stressor jangka panjang

Stressor yang dialami keluarga yang dimana waktu penyelesaiannya lebih dari 6 bulan (Maria, 2017)

C. Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi stressor

Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap masalah atau stressor tersebut (Setiadi, 2008)

D. Strategi koping yang digunakan

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

E. Strategi adaptasi disfungsional

Menjelaskan mengenai adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga apabila menghadapi permasalahan (Setiadi, 2008)

n. Pemeriksaan fisik

1. Keadaan umum

Bagaimana keadaan klien apakah lemah, letih dan lesu ?

2. Tanda vital

- suhu
- nadi
- pernafasan
- tekanan darah

3. Kepala

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

4. Mata

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

5. Hidung

Biasanya terdapat pernafasan cuping hidung dan terdapat secret berlebihan.

6. Mulut

Keadaan membrane mukosa dan apakah ada gangguan menelan.

7. Leher

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

8. Thoraks

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

- Inspeksi
 - Membrane mukosa-faring tampak kemerahan
 - Tonsil tampak kemerahan dan edema
 - Tampak batuk tidak produktif
 - Tidak ada jaringan perut dan leher
 - Tidak tampak penggunaan otot-otot pernafasan tambahan, pernafasan cuping hidung
- Palpasi
 - Adanya demam
 - Teraba adanya pembesaran kelenjar limfe pada daerah leher/nyeri tekan pada daerah nodus limfe servikalis
 - tyroid
- Auskultasi

Adanya stridor atau wreezing. (Nursing student, 2015).

o. Harapan keluarga

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

2. Analisa Data

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

a) Diagnosa sehat/ wellness

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

b) Diagnosa ancaman (resiko)

Diagnosa ancaman, digunakan bila belum terdapat paparan masalah kesehatan, namun sudah ditentukan data maldatif yang memungkinkan timbulnya gangguan. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga resiko, terdiri dari problem (P), etiologi (E) dan symptom/sign (S).

c) Diagnosis nyata/gangguan

Diagnosis gangguan, digunakan bila sudah timbul gangguan/ masalah kesehatan dikeluarga, didukung dengan adanya beberapa data maldatif. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga nyata/gangguan. Terdiri dari problem (P), etiologi (E) dan symptom/sign (S).

Perumusan problem (P) merupakan respon terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan dasar. Sedangkan etiologi (E) mengacu pada 5 tugas keluarga 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
- 4) Ketidak mampuan keluarga menggunakan failitas 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

C. Skoring

Sebelum menentukan diagnosa keperawatan tentunya harus menyusun prioritas masalah terlebih dahulu dengan menggunakan proses skoring.

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

Tabel 1.3 Skoring Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga

No	KRITERIA	NILAI	SKOR
1	Sifat Masalah (1) a. Gangguan kesehatan/aktual b. Ancaman kesehatan/resiko c. Tidak/bukan masalah/potensial	3 2 1	1
2	Kemungkinan masalah dapat diubah/diatasi (2) a. Mudah b. Sedang/ sebagian c. Sulit	2 1 0	2
3	Potensi masalah dapat dicegah (1) a. Tinggi b. Cukup c. Rendah	3 2 1	1
4	Menonjolnya masalah (1) a. Dirasakan oleh keluarga	2	

	dan perlu segera diatasi		
	b. Dirasakan oleh keluarga tetapi tidak perlu segera diatasi	1	
	c. Tidak dirasakan keluarga	0	

Sumber, Maria 2017

a. Diagnosa Keperawatan

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

4. 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)

5. Implementasi

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

6. Evaluasi

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

Untuk melakukan evaluasi, ada baiknya disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional :

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).