

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

##### **1. Kebutuhan dasar manusia**

Kebutuhan dasar manusia adalah unsur-unsur yang dibutuhkan manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang tentunya untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan (Haswita & Reni, 2017). Teori Hierarki kebutuhan yang dikemukakan oleh Abraham Maslow menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar, yaitu : 1. Kebutuhan fisiologis, yang merupakan kebutuhan paling dasar pada manusia. antara lain; pemenuhan kebutuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan (minuman), kebutuhan nutrisi (makanan), kebutuhan eliminasi, kebutuhan istirahat dan tidur, kebutuhan aktivitas, kebutuhan keseimbangan suhu tubuh, serta seksual, 2. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan, dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis. Perlindungan fisik, meliputi perlindungan dari ancaman terhadap tubuh dan kehidupan seperti kecelakaan, penyakit, bahaya lingkungan, dll. Perlindungan psikologis, perlindungan dari ancaman peristiwa atau pengalaman baru atau asing yang dapat mempengaruhi kondisi kejiwaan seseorang, 3. Kebutuhan rasa cinta, yaitu kebutuhan untuk memiliki dan dimiliki, memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan, persahabatan, dan kekeluargaan, 4. Kebutuhan akan harga diri dan perasaan dihargai oleh orang lain serta pengakuan dari orang lain, 5. Kebutuhan aktualisasi diri, ini merupakan kebutuhan tertinggi dalam hierarki Maslow, yang berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain atau lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya (Wahit & Nurul, 2005).

##### **2. Kebutuhan dasar keselamatan dan keamanan**

Menurut teori Abraham Maslow mengatakan bahwa keselamatan dan keamanan termasuk ke dalam piramida urutan ke-2 pada hierarki kebutuhan dasar manusia yang harus terpenuhi. Menurut PPNI (2017) diagnosa keperawatan gangguan integritas kulit masuk ke dalam kategori

lingkungan dan subkategori: keamanan dan proteksi. Rosdahl dan Caroline (2014) mengemukakan bahwa kulit membentuk sistem integumen tubuh yang berfungsi sebagai perlindungan/proteksi (menjadi pertahanan terhadap zat kimia, memberi perlindungan terhadap kehilangan atau penambahan air, melindungi struktur yang ada di bawahnya), termoregulasi (pengaturan suhu), metabolisme (membantu tubuh mengeluarkan produk sampah tertentu, membantu menghasilkan dan menggunakan vitamin D), sensasi (menerjemahkan stimulus panas, dingin, nyeri, sentuhan, tekanan dan cedera), komunikasi (mengomunikasikan perasaan dan alam perasaan melalui ekspresi wajah), dan penyimpanan (menyimpan air, lemak dan vitamin D).

Konsep keselamatan dan keamanan terkait dengan kemampuan seseorang dalam menghindari bahaya, yang ditentukan oleh pengetahuan, kesadaran serta motivasi orang tersebut untuk melakukan tindakan pencegahan. Ada tiga faktor penting yang terkait dengan keselamatan dan keamanan, yaitu tingkat pengetahuan dan kesadaran individu, kemampuan fisik dan mental dalam mempraktikkan upaya pencegahan, serta lingkungan fisik yang membahayakan atau berpotensi menimbulkan bahaya (Wahit & Nurul, 2008). Pemenuhan kebutuhan keamanan dan keselamatan bertujuan melindungi tubuh agar terbebas dari bahaya kecelakaan, baik pada klien, petugas kesehatan, atau individu yang terlibat dalam upaya memenuhi kebutuhan tersebut (Taylor dkk, 1996 dikutip dalam Wahit & Nurul, 2008).

### **3. Definisi keselamatan dan keamanan**

Keselamatan (*safety*) adalah suatu keadaan seseorang (individu), kelompok, atau masyarakat terhindar dari ancaman bahaya/kecelakaan, sedangkan keamanan (*security*) adalah keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis atau bisa juga keadaan aman dan tentram (Wahit & Nurul, 2008). Kebutuhan akan keselamatan dan keamanan adalah kebutuhan untuk melindungi diri dari bahaya fisik. Ancaman terhadap keselamatan seseorang dapat dikategorikan sebagai ancaman mekanis, kimiawi, termal dan bakteriologis (Asmadi, 2009).

#### 4. Faktor yang mempengaruhi keselamatan dan keamanan

Menurut Wahit et al (2015) faktor yang mempengaruhi kemampuan seseorang untuk melindungi diri dari bahaya kecelakaan yaitu usia, gaya hidup, status mobilisasi, gangguan sensori persepsi, tingkat kesadaran, status emosional, kemampuan komunikasi, pengetahuan pencegahan kecelakaan, dan faktor lingkungan.

##### a. Usia

Usia erat kaitannya dengan pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki individu. Anak-anak biasanya belum mengetahui tingkat bahaya dari suhu lingkungan yang dapat menyebabkan cedera pada mereka, sedangkan lansia umumnya akan mengalami sejumlah fungsi organ yang dapat menghambat kemampuan mereka untuk melindungi diri, salah satunya adalah kemampuan persepsi-sensorik. Individu belajar untuk melindungi dirinya dari berbagai bahaya melalui pengetahuan dan pengkajian akurat tentang lingkungan.

##### b. Perubahan persepsi-sensorik

Persepsi-sensorik yang akurat terhadap stimulus lingkungan merupakan hal yang vital bagi keselamatan individu. Individu yang mengalami gangguan persepsi-sensorik (pendengaran, pengelihatn, penciuman, sentuhan) berisiko tinggi mengalami cedera.

##### c. Gangguan kesadaran

Segala bentuk gangguan kesadaran (mis, pengaruh narkotik, obat penenang, alkohol, disorientasi, tidak sadar, kurang tidur, halusinasi) dapat membahayakan keselamatan dan keamanan seseorang.

##### d. Mobilitas dan status kesehatan

Klien dengan gangguan ekstermitas (misalnya paralisis, lemah otot, gangguan keseimbangan tubuh, inkoordinasi) berisiko tidak mengalami cedera. Sedangkan klien yang lemah karena penyakit atau prosedur pembedahan tidak selalu waspada dengan kondisi mereka.

##### e. Keadaan emosi

Emosi yang tidak stabil akan mengubah kemampuan seseorang dalam mempresepsikan bahaya lingkungan. Situasi yang penuh

tekanan dapat menurunkan tingkat konsentrasi, mengganggu penilaian, dan menurunkan kewaspadaan terhadap stimulus eksternal.

f. Kemampuan berkomunikasi

Klien dengan gangguan bicara atau afasia, individu dengan hambatan bahasa, dan mereka yang tidak dapat membaca atau buta huruf berisiko mengalami cedera.

g. Pengetahuan tentang keamanan

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

h. Gaya hidup

Gaya hidup yang menyebabkan individu berisiko tinggi antara lain lingkungan kerja yang tidak aman, lingkungan perumahan di daerah rawan (misalnya sungai, lereng pegunungan, jalan raya), ketidakcukupan dana untuk membeli perlengkapan keamanan, tingkat sosial ekonomi yang rendah, akses yang mudah untuk mendapatkan obat-obatan, dll.

i. Lingkungan

Kondisi lingkungan yang tidak aman dapat mengancam keselamatan dan keamanan individu. Stimulus lingkungan seperti bunyi yang sangat keras dapat menyebabkan gangguan pada fungsi pendengaran. Bahan-bahan berbahaya seperti racun, zat kimia, emisi, logam berat (merkuri), racun bakteri (tetanus, difteri, botulisme) dapat mengakibatkan kerusakan pada jaringan saraf. Lebih lanjut, kondisi ini dapat menyebabkan gangguan pada fungsi normal tubuh, baik yang sifatnya sementara atau menetap.

Lingkungan klien mencakup semua faktor fisik dan psikososial yang mempengaruhi atau berakibat terhadap kehidupan dan kelangsungan hidup klien. Lingkungan yang aman adalah salah satu

kebutuhan dasar yang terpenuhi, bahaya fisik akan berkurang, penyebaran organisme patogen akan berkurang, sanitasi dapat dipertahankan, dan polusi dapat dikontrol. Keamanan lingkungan meliputi sebagai berikut:

1) Kelembapan

Kelembapan relatif udara dalam lingkungan dapat mempengaruhi kesehatan dan keamanan klien. Kelembapan relatif adalah jumlah uap air di udara dibandingkan dengan jumlah uap air maksimum yang dapat dikandung oleh udara pada suhu yang sama. Pada cuaca panas dan lembap orang akan merasa tidak nyaman.

2) Nutrisi

Pemenuhan nutrisi secara adekuat dan aman memerlukan kontrol lingkungan dan pengetahuan. Makanan yang tidak disimpan atau disiapkan dengan tepat, atau benda yang menyebabkan kondisi yang tidak bersih akan meningkatkan risiko terjadinya infeksi dan keracunan pada makanan.

3) Pengurangan bahaya fisik

Hal yang diperlukan untuk mengurangi risiko cedera yaitu menjamin pencahayaan yang adekuat, mengurangi penghalang fisik, mengontrol bahaya yang ada di kamar mandi, mengamankan rumah.

4) Pengurangan transmisi patogen

Salah satu metode yang paling efektif untuk membatasi penyebaran bakteri patogen ialah mencuci tangan dengan teknik aseptik. Penyebaran penyakit dari orang ke orang juga dapat dikurangi dan pada beberapa kasus dapat dicegah melalui imunisasi.

5) Pengontrolan polusi

Lingkungan yang sehat adalah lingkungan yang bebas dari bahan polusi, baik polusi udara, polusi air, maupun polusi suara.

## B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

### 1. Asuhan keperawatan keluarga

Asuhan keperawatan keluarga ialah suatu rangkaian kegiatan yang diberikan melalui praktik keperawatan dengan sasaran keluarga. Asuhan ini bertujuan untuk menyelesaikan masalah kesehatan yang dialami keluarga dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Secara umum, tujuan asuhan keperawatan keluarga adalah ditingkatkannya kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatannya secara mandiri. Sasaran asuhan keperawatan keluarga adalah keluarga-keluarga yang rawan kesehatan, yaitu keluarga yang mempunyai masalah kesehatan atau yang berisiko terhadap timbulnya masalah kesehatan. Sasaran keluarga yang dimaksud adalah individu sebagai anggota keluarga dan keluarga itu sendiri (Suprajitno, 2004).

#### a. Pengkajian (*assessment*)

Pengkajian merupakan langkah awal pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga yang mencakup pengumpulan data, analisis/interpretasi data tentang bio, psiko, sosio, cultural, dan spiritual klien (Suprajitno, 2004). Pengkajian asuhan keperawatan keluarga menurut teori/model *Family Centre Nursing* Friedman meliputi 7 komponen pengkajian yaitu:

#### 1) Data umum

##### a) Identitas kepala keluarga

- (1) Nama Kepala Keluarga (KK) :
- (2) Umur (KK) :
- (3) Pekerjaan Kepala Keluarga (KK) :
- (4) Pendidikan Kepala Keluarga (KK) :
- (5) Alamat dan nomor telepon :

##### b) Komposisi anggota keluarga

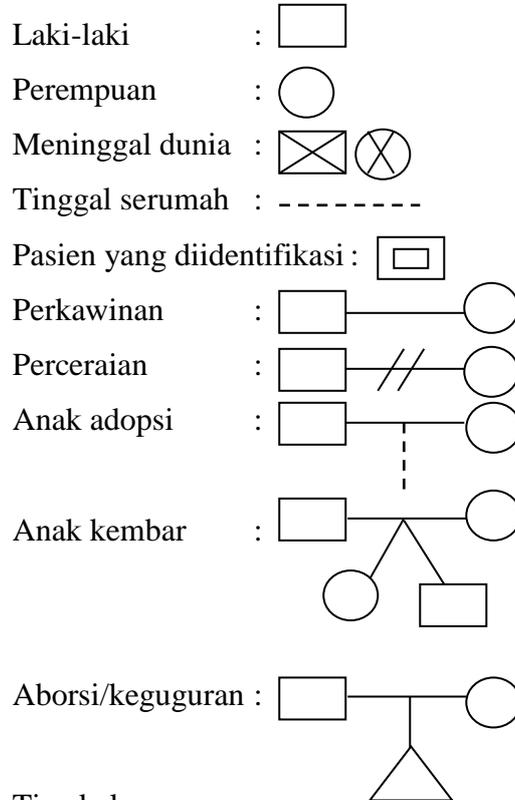
Nama	Umur	Sex	Hubungan dengan KK	Pendidikan	Pekerja-an	Keterangan

##### c) Genogram:

Genogram harus menyangkut minimal 3 generasi, harus tertera

nama, umur, kondisi kesehatan tiap gambar. Terdapat keterangan gambar dengan simbol berbeda (Friedman, 1998)

seperti:



d) Tipe keluarga

e) Suku bangsa:

- (1) Asal suku bangsa keluarga
- (2) Bahasa yang dipakai keluarga
- (3) Kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat mempengaruhi kesehatan

f) Agama:

- (1) Agama yang dianut keluarga
- (2) Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan

g) Status sosial ekonomi keluarga:

- (1) Rata-rata penghasilan seluruh anggota keluarga
- (2) Jenis pengeluaran keluarga tiap bulan
- (3) Tabungan khusus kesehatan
- (4) Barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (perabot, transportasi)

- h) Aktifitas rekreasi keluarga
- 2) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga
  - a) Tahap perkembangan keluarga saat ini (ditentukan dengan anak tertua)
  - b) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi
  - c) Riwayat keluarga inti:
    - (1) Riwayat terbentuknya keluarga inti
    - (2) Penyakit yang diderita keluarga orang tua (adanya penyakit menular atau penyakit menular di keluarga)
  - d) Riwayat keluarga sebelumnya (generasi di atasnya)
    - (1) Riwayat penyakit keturunan dan penyakit menular dikeluarga
    - (2) Riwayat kebiasaan/gaya hidup yang mempengaruhi kesehatan.
- 3) Lingkungan
  - a) Karakteristik rumah:
    - (1) Ukuran rumah (luas rumah)
    - (2) Kondisi dalam dan luar rumah
    - (3) Kebersihan rumah
    - (4) Ventilasi rumah
    - (5) Saluran pembuangan air limbah (SPAL)
    - (6) Air bersih
    - (7) Pengelolaan sampah
    - (8) Kepemilikan rumah
    - (9) Kamar mandi/wc
    - (10) Denah rumah
  - b) Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal:
    - (1) Apakah ingin tinggal dengan satu suku saja
    - (2) Aturan dan kesepakatan penduduk setempat
    - (3) Budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan
  - c) Mobilitas geografis keluarga:
    - (1) Apakah keluarga sering pindah rumah

- (2) Dampak pindah rumah terhadap kondisi keluarga (apakah menyebabkan stress)
  - d) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat:
    - (1) Perkumpulan/organisasi sosial yang diikuti oleh anggota keluarga
    - (2) Digambarkan dalam ecomap
  - e) Sistem pendukung keluarga  
Termasuk siapa saja yang terlibat bila keluarga mengalami masalah.
- 4) Stuktur keluarga
- a) Pola komunikasi keluarga:
    - (1) Cara dan jenis komunikasi yang dilakukan keluarga
    - (2) Cara keluarga memecahkan masalah
  - b) Struktur kekuatan keluarga:
    - (1) Respon keluarga bila ada anggota keluarga yang mengalami masalah.
    - (2) Power yang digunakan keluarga
  - c) Stuktur peran (formal dan informal):  
Peran seluruh anggota keluarga
  - d) Nilai dan norma keluarga
- 5) Fungsi keluarga
- a) Fungsi afektif:
    - (1) Bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang.
    - (2) Perasaan saling memiliki.
    - (3) Dukungan terhadap anggota keluarga.
    - (4) Saling menghargai, kehangatan.
  - b) Fungsi sosialisasi:
    - (1) Bagaimana memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar.
    - (2) Interaksi dan hubungan dalam keluarga.

c) Fungsi perawatan kesehatan:

- (1) Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga (bukan hanya kalau sakit diapakan tetapi bagaimana prevensi/ promosi).
- (2) Bila ditemui data maladaptif, langsung lakukan penjajagan tahap II (berdasar 5 tugas keluarga seperti bagaimana keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan), yaitu :
  - (a) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, meliputi: Persepsi terhadap keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab, persepsi keluarga terhadap masalah.
  - (b) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi: sejauhmana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnyamasalah, masalah dirasakan keluarga, apakah keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami, sikap negative terhadap masalah kesehatan, kurang percaya terhadap tenaga kesehatan dan informasi yang salah.
  - (c) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, meliputi: bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit, sifat dan perkembangan perawatanyang dibutuhkan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga, dan sikap keluarga terhadap yang sakit.
  - (d) Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan, meliputi: keuntungan manfaat pemeliharaan lingkungan, pentingnya hygienesanitasi, dan upaya pencegahan penyakit.
  - (e) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas keluarga, meliputi: keberadaan fasilitas kesehatan, keuntungan yang didapat, kepercayaan keluarga

terhadap petugas kesehatan, pengalaman keluarga yang kurang baik, dan pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga.

6) Stress dan coping keluarga

- a) Stresstor jangka panjang dan stressor jangka pendek serta kekuatan keluarga.
- b) Respon keluarga terhadap stress.
- c) Strategi coping yang digunakan.
- d) Strategi adaptasi yang disfungsiional :  
Adakah cara keluarga mengatasi masalah secara maladaptif.

7) Pemeriksaan fisik (*head to toe*)

- a) Tanggal pemeriksaan fisik dilakukan
- b) Pemeriksaan kesehatan dilakukan pada seluruh anggota keluarga
- c) Aspek pemeriksaan FISIK mulai vital sign, rambut, kepala, mata, mulut, THT, leher, thorax, abdomen, ekstermitas atas dan bawah, system genitalia.
- d) Kesimpulan dan hasil pemeriksaan fisik.

8) Harapan keluarga

- a) Terhadap masalah kesehatan keluarga
- b) Terhadap petugas kesehatan yang ada

b. Diagnosa keperawatan

Perumusan diagnosis keperawatan dapat diarahkan kepada sasaran individu dan atau keluarga. Komponen diagnosis keperawatan meliputi masalah (*Problem*), penyebab (*Etiologi*), dan atau tanda (*Sign*). Perumusan diagnosis keperawatan keluarga menggunakan aturan yang telah disepakati, terdiri dari:

- 1) Masalah (*problem*, P) adalah suatu pernyataan tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yang dialami oleh keluarga atau anggota (individu) keluarga.
- 2) Penyebab (*etiologi*, E) adalah suatu pernyataan yang dapat menyebabkan masalah dengan mengacu kepada lima tugas

keluarga, yaitu mengenal masalah, mengambil keputusan yang tepat, merawat anggota keluarga, memelihara lingkungan, atau memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.

- 3) Tanda (*sign*, S) adalah sekumpulan data subjektif dan objektif yang diperoleh perawat dari keluarga secara langsung atau tidak yang mendukung masalah dan penyebab.

Tipologi diagnosis keperawatan keluarga dibedakan menjadi tiga kelompok, yaitu:

- 1) Diagnosis aktual adalah masalah keperawatan yang sedang dialami oleh keluarga dan memerlukan bantuan dari perawat dengan cepat.
- 2) Diagnosis risiko/risiko tinggi adalah masalah keperawatan yang belum terjadi, tetapi tanda untuk menjadi masalah keperawatan aktual dapat terjadi dengan cepat apabila tidak segera mendapat bantuan perawat.
- 3) Diagnosis potensial adalah suatu keadaan sejahtera dari keluarga ketika keluarga telah mampu memenuhi kebutuhan kesehatannya dan mempunyai sumber penunjang kesehatan yang memungkinkan dapat ditingkatkan.

Penilaian (skoring) diagnosis keperawatan

Skoring dilakukan bila perawat merumuskan diagnosis keperawatan lebih dari satu. Proses scoring menggunakan skala yang telah dirumuskan oleh Bailon dan Maglaya (1978).

Proses skoring dilakukan untuk setiap diagnosis keperawatan:

- 1) Tentukan skornya sesuai dengan kriteria yang dibuat perawat.
- 2) Selanjutnya skor dibagi dengan skor tertinggi dan dikalikan dengan bobot.

$$\frac{\text{Skor yang diperoleh}}{\text{Skor tertinggi}} \times \text{bobot}$$

- 3) Jumlahkan skor untuk semua kriteria (skor maksimum sama dengan jumlah bobot, yaitu 5).

**Tabel 2.1**  
**Skoring Diagnosis Keperawatan**

No	Kriteria	Skor	Bobot
1.	Sifat masalah : a. Tidak/kurang sehat b. Ancaman kesehatan c. Keadaan sejahtera	3 2 1	1
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah : a. Mudah b. Sebagian c. Tidak dapat	2 1 0	2
3.	Potensial masalah untuk dicegah : a. Tinggi b. Cukup c. Rendah	3 2 1	1
4.	Menonjolnya masalah : a. Masalah berat, harus segera ditangani b. Ada masalah, tetapi tidak perlu ditangani c. Masalah tidak dirasakan	2 1 0	1

Sumber: Bailon & Maglaya (1978) dikutip dalam Buku Asuhan Keperawatan Keluarga, Suprajitno (2004).

c. Perencanaan (*planning*)

Tahap berikutnya setelah merumuskan diagnosis keperawatan keluarga adalah melakukan perencanaan. Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan dirumuskan untuk mengatasi atau meminimalkan stressor dan intervensi dirancang berdasarkan tiga tingkat pencegahan. Pencegahan primer untuk memperkuat garis pertahanan fleksibel, pencegahan sekunder untuk memperkuat garis pertahanan sekunder dan pencegahan tersier untuk memperkuat garis pertahanan resisten. Tujuan 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 harus SMART (S=spesifik, M=*measurable*/dapat diukur, A=*achievable*/dapat dicapai, R=*reality*, T=*time limited*/punya limit waktu) (Anderson dan Mc Farlane, 2000 dikutip dalam Achjar, 2010).

d. Implementasi

Implementasi merupakan langkah yang dilakukan setelah perencanaan program. Program dibuat untuk menciptakan keinginan berubah dari keluarga, memandirikan keluarga. Seringkali perencanaan program yang sudah baik tidak diikuti dengan waktu yang cukup untuk merencanakan implementasi (Achjar, 2010).

e. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Evaluasi merupakan sekumpulan informasi yang sistematis berkenaan dengan program kerja dan efektifitas dari serangkaian program yang digunakan terkait program kegiatan, karakteristik dan hasil yang telah dicapai (Patton, 1996 dikutip dalam Achjar, 2010). Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP yang operasional dengan pengertian Subjektif (S) adalah ungkapan perasaan dan keluhan yang dirasakan secara subjektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan. Objektif (O) adalah keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif setelah implementasi keperawatan. *Assesment* (A) merupakan analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif keluarga yang dibandingkan dengan kriteria dan standar yang telah ditentukan mengacu pada tujuan pada rencana keperawatan keluarga. *Planning* (P) adalah perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis (Suprajitno, 2004).

**2. Asuhan keperawatan kebutuhan dasar keamanan dan proteksi**

a. Pengkajian

Proses pengkajian merupakan pengumpulan informasi yang berkesinambungan, dianalisa dan diinterpretasikan serta diidentifikasi secara mendalam (Yohanes & Yasinta, 2013). Data diperoleh dari riwayat kesehatan keluarga, riwayat penyakit sekarang, dan pemeriksaan fisik (Achjar, 2010). Berikut adalah pengkajian pada pasien dermatitis:

- 1) Identitas: data yang dikumpulkan perawat dari klien dengan kemungkinan dermatitis: nama, umur, alamat, jenis kelamin, agama, pekerjaan.
- 2) Keluhan utama: pada kasus dermatitis biasanya pasien mengeluh kulitnya terasa gatal dan adanya kelainan pada kulit seperti vesikel, skuamosa, atau kemerahan yang disertai dengan nyeri.
- 3) Riwayat kesehatan sekarang: riwayat kesehatan sekarang dapat diuraikan mengenai penyakit yang diderita oleh klien dari mulai timbulnya keluhan yang dirasakan sampai saat ini, apakah pernah memeriksakan diri di pelayanan kesehatan, serta pengobatan apa saja yang sudah diberikan.
- 4) Riwayat kesehatan masa lalu: riwayat kesehatan lalu seperti riwayat penyakit integumen sebelumnya, riwayat pekerjaan yang berhubungan dengan adanya riwayat penyakit integumen, dan penggunaan obat-obatan.
- 5) Riwayat kesehatan keluarga: penyakit dermatitis bisa dalam anggota keluarga ada yang pernah mengalami sakit yang sama dengan klien, dan bisa juga tidak ada yang pernah mengalami penyakit yang sama seperti yang dialami klien sebelumnya.
- 6) Pemeriksaan fisik sistem integumen: pemeriksaan kulit dilakukan untuk menilai warna, adanya sianosis, ikterus, ekzema, pucat, purpura, eritema, macula, papula, vesikula, pustule, ulkus, turgor kulit, kelembaban kulit, tekstur kulit, dan edema. Pemilaian warna kulit untuk mengetahui adanya pigmentasi dan kondisi normal yang dapat disebabkan oleh melanin pada kulit (Smeltzer, Suzanne. 2002 dikutip dalam Risnawati, 2019).
- 7) Pemeriksaan kulit

Pemeriksaan kulit membutuhkan pencahayaan yang cukup untuk mengkaji kulit klien. Suhu ruangan juga mempengaruhi pengkajian kulit. Ruangan yang terlalu hangat menyebabkan vasodilatasi superficial sehingga terjadi kemerahan pada kulit. Lingkungan yang dingin dapat menimbulkan sianosis pada bibir dan

bantalan kuku. (Talbot & Curtis, 1996 dikutip dalam Potter & Perry, 2010).

Hal-hal yang diperhatikan saat melakukan pemeriksaan kulit, yaitu:

- a) Warna: sianosis, ikterus, kerotenemia, perubahan melanin.
- b) Kelembaban: lembab, kering, dan berminyak.
- c) Temperature: dingin, hangat.
- d) Tekstur: licin, kasar.
- e) Turgor: menurun pada dehidrasi lipatan kulit kembali ke keadaan semula.

Perhatikan adanya lesi :

- a) Lokasi dan distribusi: merata terlokalisasi anatomisnya
- b) Susunan dan bentuknya : linier, berkumpul, dermatomal.
- c) Tipe: macula, papula, pustule, bula, tumor.
- d) Warna: merah, putih, cokelat, lembayung muda.

**Tabel 2.2**  
**Anamnesis Keperawatan untuk Pemeriksaan Kulit**

No	Kategori pemeriksaan	Rasional
1	Tanyakan tentang riwayat perubahan kulit: kering, pruritus, luka, ruam, benjolan, warna, tekstur, bau, lesi yang tidak sembuh.	Klien adalah sumber informasi terbaik untuk mengetahui perubahan.
2	Ketahui apakah klien banyak bekerja atau menghabiskan waktu di luar rumah. Jika ya, apakah klien mengenakan tabir surya dan tingkat perlindungannya.	Area yang terpajan seperti wajah dan lengan mengalami pigmentasi yang lebih besar dibandingkan area tubuh lain
3	Amati apakah klien memiliki lesi, ruam, atau lebam.	Kebanyakan perubahan kulit tidak muncul mendadak, adanya lesi mungkin menandakan kulit abnormal, dan lebam mengindikasikan trauma.
4	Tanyakan klien tentang frekuensi mandi dan jenis sabun.	Mandi berlebihan dan penggunaan sabun keras menyebabkan kulit kering.
5	Tanyakan apakah klien menderita trauma kulit baru-baru ini.	Beberapa cedera menyebabkan lebam dan perubahan tekstur kulit
6	Tanyakan apakah klien memiliki riwayat alergi.	Ruam kulit sering terjadi akibat alergi
7	Tanyakan apakah klien menggunakan obat topikal atau pengobatan tradisional pada kulit.	Penggunaan agen topikal yang tidak tepat dapat menyebabkan inflamasi atau iritasi.
8	Tanyakan apakah klien memiliki riwayat kelainan kulit berat dalam keluarga seperti kanker kulit atau	Riwayat keluarga dapat memberikan informasi tentang kondisi klien.

	psoriasis.	
9	Tanyakan apakah klien bekerja dengan dammar, batu bara, tar, produk minyak bumi, seyawa arsenik, atau radium.	Pajanan terhadap agen ini menyebabkan risiko kanker kulit.

Sumber: Potter & Perry (2010)

Pada lansia, pigmentasi bertambah tidak secara merata sehingga menimbulkan kulit yang berwarna lain. Saat menginspeksi kulit, ingatlah bahwa kosmetik dapat menyembunyikan warna kulit. Pemeriksaan warna pertama kali dilihat pada area kulit yang tidak terpajan matahari seperti telapak tangan. Lihat adanya warna pucat atau gelap. Perubahan kulit lokal seperti pucat atau eritema (kemerahan), menandakan perubahan sirkulasi. Contohnya area eritema diakibatkan vasodilatasi lokal oleh luka terbakar matahari, inflamasi, atau demam. Jika sulit untuk melihat eritema pada klien berkulit gelap, maka lakukan palpasi di beberapa area untuk mendeteksi panas yang menandakan inflamasi kulit (Potter & Perry, 2010).

Gunakan sarung tangan sekali pakai untuk palpasi jika terdapat lesi terbuka, lembap atau basah. Palpasi dengan menggunakan ujung jari yang tidak terbungkus sarung tangan untuk permukaan kulit dan mengamati kesuraman, kekeringan, dan adanya *flaking*. *Flaking* adalah tampilan butiran serupa ketombe saat permukaan kulit digosok ringan. Sisik meliputi sisik seperti ikan yang mudah disingkirkan dari permukaan kulit. *Flaking* dan sisik menandakan kulit kering yang abnormal (Hardy, 1996 dikutip dalam Potter & Perry, 2010).

Kulit kering yang berlebihan sering ditemukan pada lansia dan mereka yang menggunakan sabun berlebihan. Faktor lainnya adalah kurangnya kelembapan udara, pajanan sinar matahari, merokok, stress, keringat berlebihan, dan dehidrasi. Kekeringan yang berlebihan akan memperburuk kondisi kulit seperti eksim atau dermatitis (Hardy, 1996 dikutip dalam Potter & Perry, 2010).

Pengkajian tekstur kulit dengan menentukan apakah kulit tersebut halus atau kasar, tipis atau tebal, kencang atau elastis, dan mengalami

indurasi (pengerasan) atau lembut, dengan mengelusnya halus dengan ujung jari. Tekstur kulit normal adalah halus, lembut, seimbang, serta fleksibel pada anak-anak dan dewasa. Namun, hal ini tidak bersifat merata. Telapak tangan dan kaki cenderung lebih tebal. Lansia memiliki kulit keriput karena berkurangnya kolagen, lemak subkutan, dan kelenjar keringat (Potter & Perry, 2010).

Perubahan lokal dapat diakibatkan oleh trauma, luka operasi, atau lesi. Jika ada perubahan tekstur seperti jaringan parut atau indurasi, tanyakan klien apakah ada riwayat cedera baru pada kulit, dan juga lakukan palpasi untuk mendeteksi adanya rasa nyeri (Potter & Perry, 2010). Pengkajian turgor kulit dengan mencubit kulit di punggung lengan atau area sternum dengan ujung jari lalu lepaskan. Normalnya, kulit mudah terangkat dan langsung kembali ke posisi awalnya. Penurunan turgor kulit menempatkan klien pada risiko gangguan kulit (Seidel et al, 2006 yang dikutip dalam Potter & Perry, 2010).

Pengkajian adanya lesi dengan melakukan inspeksi warna, lokasi, tekstur, ukuran, bentuk, tipe, pengelompokan (berkelompok atau linear), dan distribusi (lokal atau generalisata). Jika ada eksudat, amati warna, bau, jumlah dan konsistensi. Ukur lesi dalam dimensi tinggi dan lebar.dengan penggaris yang fleksibel dan jelas dalam satuan sentimeter (Seidel et al, 2006 yang dikutip dalam Potter & Perry, 2010).

#### 8) Pemeriksaan rambut

Pemeriksaan rambut dilakukan untuk menilai adanya warna, kelembatan, distribusi, dan karakteristik rambut lainnya. Dalam keadaan normal, rambut menutupi semua bagian tubuh kecuali telapak tangan kaki, dan permukaan labia sebelah dalam. Rambut yang kering, rapuh, dan kekurangan pigmen dapat menunjukkan adanya kekurangan gizi. Pada lansia, rambut tampak kelabu suram, putih atau kuning. Rambut juga menipis pada kepala, aksila, dan pubis. Pria lansia sering kehilangan rambut wajah, sedangkan wanita lansia memperoleh rambut pada dagu dan diatas bibir (Potter & Perry, 2010).

Inspeksi dan palpasi rambut, perhatikan:

- a) Kuantitas : tipis, tebal.
- b) Distribusi : alopesia sebagian atau total.
- c) Tekstur : halus, kasar.

9) Pemeriksaan kuku

Pemeriksaan kuku dilakukan dengan melakukan inspeksi terhadap warna, bantalan kuku, kebersihan dan panjangnya; ketebalan dan bentuk kuku, tekstur kulit; sudut antara kuku dan bantalan kuku, dan kondisi lipatan kuku lateral dan proksimal disekitar kuku. Saat menginspeksi kuku, maka akan mendapat gambaran cepat tentang praktik hygiene klien. Kuku normal akan tampak transparan, mulus, melekok, dan cembung dengan sudut bantalan kuku sekitar 160 derajat. Kutikel sekitar tampak mulus, utuh, dan bebas radang. Jika kuku kasar, kotor, dan tidak dijaga, ini menandakan bahwa klien jarang merawat kuku atau tidak mampu melakukannya. Pinggir kuku yang kasar atau patah menempatkan klien pada risiko infeksi lokal.

Kuku tumbuh dengan kecepatan yang tetap, namun ini dapat terganggu akibat cedera ataupun penyakit. Seiring penuaan, kuku menjadi lebih keras dan tebal. Garis longitudinal mulai tampak dan terjadi perlambatan pertumbuhan kuku. Kuku menjadi rapuh, suram, opak, dan menguning karena berkurangnya kalsium. Kultikula juga menjadi lebih tipis dan lebar. Bentuk kuku yang cekung atau cembung menunjukkan adanya cedera defisiensi besi atau infeksi. Inspeksi dan palpasi kuku jari tangan dan kaki, perhatikan:

- a) Warna : sianosis, pucat.
- b) Bentuk : jari tubuh (*clubbed fingers*), garis beau, kuku sendok, perdarahan *splinter*, dan *paronychia*.

b. Diagnosis keperawatan

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 Edisi 1 Cetakan II diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien yang mengalami dermatitis adalah :

## 1) Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129)

Definisi: kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen).

Penyebab :

- a) Perubahan sirkulasi
- b) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
- c) Kekurangan/kelebihan volume cairan.
- d) Penurunan mobilitas.
- e) Bahan kimia iritatif.
- f) Suhu lingkungan yang ekstrem.
- g) Faktor mekanis (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi).
- h) Efek samping radiasi.
- i) Kelembaban.
- j) Proses penuaan.
- k) Neuropati perifer.
- l) Perubahan pigmentasi.
- m) Perubahan hormonal.
- n) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan.

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif :	Objektif :
(tidak tersedia)	a)Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit

Gejala dan tanda minor :

Subjektif :	Objektif :
(tidak tersedia)	a) Nyeri
	b) Perdarahan
	c) Kemerahan
	d) Hematoma

Kondisi klinis terkait :

- a) Imobilisasi
  - b) Gagal jantung kongestif
  - c) Gagal ginjal
  - d) Diabetes mellitus
  - e) Imunodefisiensi (mis. AIDS)
- 2) Risiko infeksi (D.0142)

Definisi: berisiko mengalami peningkatan terserang organism patogenik.

Faktor risiko:

- a) Penyakit kronis
- b) Efek prosedur invasive
- c) Malnutrisi
- d) Peningkatan paparan organism pathogen lingkungan
- e) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer:
  - (1) Gangguan peristaltik
  - (2) Kerusakan integritas kulit
  - (3) Perubahan sekresi PH
  - (4) Penurunan kerja siliaris
  - (5) Merokok
  - (6) Status cairan tubuh.
- f) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder:
  - (1) Penurunan hemoglobin
  - (2) Supresi respon inflamasi
  - (3) Imunosupresi
  - (4) Leucopenia
  - (5) Vaksinasi tidak adekuat.

Kondisi klinis terkait:

- a) AIDS
- b) Imunosupresi
- c) Penyalahgunaan obat
- d) Kondisi penggunaan terapi steroid

- e) Tindakan invasive
- f) Gangguan fungsi hati.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 Edisi 1 Cetakan II diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien yang mengalami gastritis adalah :

1) Risiko defisit nutrisi (D.0032)

Definisi: berisiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Faktor risiko:

- a) Ketidakmampuan menelan makanan
- b) Ketidakmampuan mencerna makanan
- c) Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien
- d) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- e) Faktor ekonomi (misalnya, finansial tidak mencukupi)
- f) Faktor psikologis (misalnya stress, keengganan untuk makan)

Kondisi klinis terkait:

- a) Stroke
- b) Parkinson
- c) *Mobius syndrome*
- d) Kerusakan neuromuscular
- e) Infeksi
- f) Luka bakar
- g) Fibrosis kistik

c. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan pada masalah keamanan dan proteksi tergantung dari diagnosa keperawatan. Berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) tahun 2018 Edisi 1 Cetakan II untuk penderita dermatitis adalah sebagai berikut:

**Tabel 2.3**  
**Dx 1. Intervensi Keperawatan Gangguan Integritas Kulit**

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendukung
Gangguan integritas kulit berhubungan	Perawatan integritas kulit <b>Definisi:</b> Mengidentifikasi dan	Edukasi perawatan kulit <b>Definisi:</b> Memberikan informasi untuk

<p>dengan garukan (faktor mekanis), perubahan pigmentasi. Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan lapisan kulit menurun</li> <li>2. Nyeri menurun</li> <li>3. Kemerahan menurun</li> <li>4. Pigmentasi abnormal menurun</li> <li>5. Elastisitas meningkat</li> <li>6. Tekstur kulit membaik</li> </ol>	<p>merawat kulit untuk menjaga keutuhan kelembaban, dan mencegah perkembangan mikroorganisme. <b>Tindakan:</b> Observasi : 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit. Terapeutik : 1. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering. 2. Gunakan produk berbahan alami/ingan dan hipoalergik pada kulit sensitive. 3. Hindari produk berbahan dasar alcohol pada kulit kering Edukasi : 1. Anjurkan menggunakan pelembab 2. Anjurkan minum air yang cukup. 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi. 4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur. 5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem. 6. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah. 7. Anjurkan mandi menggunakan sabun secukupnya. <b>Perawatan luka</b> <b>Definisi:</b> Mengidentifikasi dan meningkatkan penyembuhan luka serta mencegah terjadinya komplikasi luka. <b>Tindakan:</b> Observasi: 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik: 1. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih, <i>sesuai kebutuhan</i> 2. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, <i>jika</i></p>	<p>memperbaiki atau meningkatkan integritas jaringan kulit. <b>Tindakan:</b> Observasi: 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik: 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya. Edukasi: 1. Anjurkan minum cukup cairan 2. Anjurkan menggunakan pelembab 3. Anjurkan melapor jika ada lesi kulit yang tidak biasa 4. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya. <b>Manajemen nyeri</b> <b>Definisi:</b> Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan. <b>Tindakan:</b> Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal Terapeutik: 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan kompres dingin. Edukasi: 1. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu.</i> <b>Perawatan kuku</b> <b>Definisi:</b> Mengidentifikasi dan merawat kuku agar bersih dan sehat serta tidak mengalami lesi kulit akibat</p>
--	--	--

	<p><i>perlu</i></p> <p>3. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> <li>3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li> </ol> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian antibiotik, <i>jika perlu</i></li> </ol>	<p>perawatan kuku yang tidak tepat.</p> <p><b>Tindakan:</b></p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kebersihan dan kesehatan kuku</li> <li>2. Monitor perubahan yang terjadi pada kuku.</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi pemotongan kuku dan pembersihan kuku, sesuai kebutuhan</li> <li>2. Oleskan minyak zaitun pada kuku</li> <li>3. Lembabkan daerah sekitar kuku untuk mencegah kekeringan.</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan memotong dan membersihkan kuku secara rutin.</li> </ol>
--	--	--

**Tabel 2.4**  
**Dx 2. Intervensi Keperawatan Risiko Infeksi**

<b>Diagnosa</b>	<b>Intervensi utama</b>	<b>Intervensi pendukung</b>
Risiko infeksi ditandai dengan penyakit kronis, kerusakan integritas kulit, respon inflamasi.	<p><b>Pencegahan infeksi</b></p> <p><b>Definisi:</b> Mengidentifikasi dan menurunkan risiko terserang organism patogenik.</p> <p><b>Tindakan:</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik.</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>3. Pertahankan teknik aseptik</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.</li> <li>4. Anjurkan meningkatkan asupan cairan.</li> </ol>	<p><b>Dukungan pemeliharaan rumah</b></p> <p><b>Definisi:</b> Memfasilitasi dalam mempertahankan lingkungan rumah bersih, aman, dan mendukung pertumbuhan anggota keluarga.</p> <p><b>Tindakan:</b></p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pemeliharaan rumah.</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukung anggota keluarga dalam menetapkan tujuan yang dapat dicapai terkait pemeliharaan rumah.</li> <li>2. Fasilitasi dalam mencuci pakaian kotor</li> <li>3. Fasilitasi perbaikan rumah, <i>jika perlu</i></li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan strategi menciptakan lingkungan rumah yang aman dan bersih</li> </ol> <p><b>Dukungan perawatan diri: mandi</b></p> <p><b>Definisi:</b> Memfasilitasi pemenuhan</p>

		kebutuhan kebersihan diri. <b>Tindakan:</b> Observasi: 1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri. 2. Monitor kebersihan tubuh, misalnya rambut, mulut, kulit, dan kuku 3. Monitor integritas kulit Terapeutik: 1. Sediakan peralatan mandi misalnya sabun dan pelembab kulit 2. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 3. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri 4. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian. Edukasi: 1. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan 2. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, <i>jika perlu</i>
--	--	--

Sumber: (PPNI, 2018)

Intervensi keperawatan pada masalah keamanan dan proteksi tergantung dari diagnosa keperawatan. Berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) tahun 2018 Edisi 1 Cetakan II untuk penderita gastritis adalah sebagai berikut:

**Tabel 2.5**  
**Dx 3. Intervensi Keperawatan Risiko Defisit Nutrisi**

<b>Diagnosa</b>	<b>Intervensi utama</b>	<b>Intervensi pendukung</b>
Risiko defisit nutrisi ditandai dengan keanganan untuk makan.	<b>Manajemen nutrisi</b> <b>Definisi:</b> Mengidentifikasi dan mengelola asupan nutrisi yang seimbang. <b>Tindakan:</b> Observasi : 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Monitor kebutuhan kalori dan jenis nutrien 4. Monitor berat badan 5. Monitor asupan makanan Terapeutik : 1. Fasilitasi menentukan pedoman diet	<b>Edukasi Diet</b> <b>Definisi:</b> Mengajarkan jumlah, jenis dan jadwal asupan makanan yang diprogramkan. Tindakan: Observasi: 1. Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi 2. Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini 3. Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu 4. Identifikasi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan

	<p>2. Sajikan makanan secara yang menarik dan suhu yang sesuai</p> <p>3. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>4. Berikan makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>5. Berikan suplemen makanan, <i>jika perlu</i></p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Ajarkan diet yang diprogramkan</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (misalnya pereda nyeri, antimetik), <i>jika perlu</i></p> <p>2. Kolaborasi ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, <i>jika perlu</i>.</p>	<p>5. Identifikasi keterbatasan finansial untuk menyediakan makanan</p> <p>Terapeutik:</p> <p>1. Persiapkan materi, media, dan alat peraga</p> <p>2. Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan</p> <p>3. Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya</p> <p>4. Sediakan rencana makan tertulis, <i>jika perlu</i></p> <p>Edukasi:</p> <p>1. Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan</p> <p>2. Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang</p> <p>3. Ajarkan cara merencanakan makanan yang sesuai program</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>1. Rujuk ke ahli gizi dan sertakan keluarga, <i>jika perlu</i></p> <p><b>Edukasi nutrisi</b></p> <p><b>Definisi:</b> Memberikan informasi untuk meningkatkan kemampuan pemenuhan kebutuhan nutrisi.</p> <p><b>Tindakan:</b></p> <p>Observasi:</p> <p>1. Periksa status gizi, status alergi, program diet, dan kemampuan pemenuhan kebutuhan gizi.</p> <p>2. Identifikasi kemampuan dan waktu yang tepat menerima informasi</p> <p>Terapeutik:</p> <p>1. Persiapkan materi dan media seperti jenis-jenis nutrisi, tabel makanan penunjang, cara mengelola, cara menakar makanan.</p> <p>2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.</p> <p>3. Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>Edukasi:</p> <p>1. Jelaskan pada pasien dan keluarga alergi makanan, makanan yang harus dihindari, kebutuhan jumlah kalori, jenis makanan yang dibutuhkan pasien.</p> <p>2. Ajarkan cara melaksanakan diet sesuai program (misalnya makanan tinggi protein, rendah garam, rendah kalori)</p>
--	---	--

		<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Jelaskan hal-hal yang dilakukan sebelum memberikan makan (misalnya perawatan mulut, penggunaan gigi palsu)</li> <li>4. Ajarkan pasien/keluarga memonitor asupan dan makanan</li> <li>5. Ajarkan pasien dan keluarga memantau kondisi memataui kondisi kekurangan nutrisi</li> <li>6. Anjurkan mendemonstrasikan cara memberi makan, menghitung kalori, menyiapkan makanan sesuai program diet.</li> </ol>
--	--	---

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah langkah yang dilakukan setelah perencanaan keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana keperawatan disusun dan ditujukan untuk menciptakan keinginan berubah dari keluarga dan memandirikan keluarga. Perencanaan keperawatan dapat dilaksanakan dengan baik jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi keperawatan (Achjar, 2010).

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menemukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi digunakan untuk mengetahui seberapa tujuan yang ditetapkan telah tercapai dan apakah intervensi yang dilakukan efektif untuk keluarga setempat sesuai dengan kondisi dan situasi keluarga, apakah sesuai dengan rencana atau apakah dapat mengatasi masalah keluarga (Achjar, 2010).

Kriteria hasil untuk pasien dengan dermatitis tergantung pada diagnosa keperawatan, untuk hal ini diagnosa asuhan keperawatan yang ditekankan yaitu gangguan integritas kulit dengan kriteria hasil ditentukan berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) Edisi 1 Cetakan II. Beberapa kriteria yang dapat digunakan:

**Tabel 2.6**  
**Kriteria Hasil Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125)**

Ekspektasi	Meningkat				
	Kriteria Hasil				
	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Elastisitas	1	2	3	4	5
Hidrasi	1	2	3	4	5
Kerusakan lapisan kulit	1	2	3	4	5
Nyeri	1	2	3	4	5
Perdarahan	1	2	3	4	5
Kemerahan	1	2	3	4	5
Pigmentasi abnormal menurun	1	2	3	4	5
Tekstur	1	2	3	4	5

### C. Tinjauan Konsep Penyakit

#### 1. Konsep penyakit dermatitis atopik

##### a. Pengertian dermatitis atopik

Menurut Nanto (2015) dermatitis adalah peradangan kulit pada epidermis dan dermis sebagai respon terhadap pengaruh faktor eksogen atau endogen yang menimbulkan gejala klinis berupa eritema, edema, papul, vesikel, skuama, dan keluhan gatal. Joyce & Jane (2014) mengemukakan bahwa dermatitis atopik adalah jenis eksim yang umum, kronis, sering kambuh, gatal yang dimulai pada masa kanak-kanak. Klien dengan dermatitis atopik memiliki alergi terhadap serbuk bunga familial, asma, kulit sensitive, dan/riwayat dermatitis atopik pada keluarga, sedangkan menurut Kariosentono (2006) dermatitis atopik adalah penyakit kulit inflamasi yang khas, bersifat kronis dan sering terjadi kekambuhan (eksaserbasi) yang walaupun jarang, dapat ditemukan pada pasien dewasa atau lansia.

##### b. Etiologi dermatitis atopik

Menurut Ayu (2015) penyebab dermatitis atopik dipengaruhi multifaktorial, seperti faktor genetik, imunologik, lingkungan, sawar kulit dan farmakologik. Menurut teori Joyce dan Jane (2014) dermatitis atopik disebabkan kombinasi faktor hereditas dan lingkungan, sedangkan Hardiyanto et al. (2020) menyatakan bahwa dermatitis atopik disebabkan oleh proses yang kompleks yang

melibatkan kelainan genetik pada beberapa gen protein kulit dan sistem imun yang menyebabkan kelainan fungsi sawar kulit dan regulasi sistem imun pada individu atopik. Selain itu faktor intrinsik seperti stress psikis dan faktor ekstrinsik seperti infeksi bakteri, paparan bahan allergen, dan iritan juga turut berperan dalam patomekanisme dermatitis atopik yang kompleks. Sebagai akibat dari kelainan sawar kulit dan regulasi sistem imun, individu atopik memiliki risiko yang lebih besar mengalami sensitisasi dan iritasi bahan-bahan yang ada di lingkungan, serta lebih rentan mengalami infeksi virus dan bakteri.

c. Klasifikasi dermatitis atopik

Menurut Joyce dan Jane (2014) eksim/dermatitis memiliki 3 tahap primer, kondisi dapat terbatas pada salah satu dari ketiga tahap, atau ketiga tahap dapat terjadi bersamaan.

- 1) Dermatitis akut dicirikan oleh erosi ekstensif dengan eksudat serosa atau oleh papul dan vesikel eritematosa yang sangat gatal pada dasar eritema.
- 2) Dermatitis subakut dicirikan oleh papul atau plak eritematosa, berekskoriasi dan mengelupas yang dapat berkelompok atau tersebar pada kulit yang eritematosa, pengelupasan dapat sangat halus dan difus sehingga kulit menjadi mengkilap keperakan.
- 3) Dermatitis kronis dicirikan oleh kulit yang menebal dan peningkatan penanda kulit sekunder terhadap garukan (likenifikasi), papul ekskoriiasi, papul fibrotic, dan nodul (prurigo nodularis), dan hiperpigmentasi dan hipopigmentasi pascainflamasi.

d. Manifestasi klinis dermatitis atopik

Gatal adalah manifestasi klinis utama dermatitis atopik, kondisi gatal dapat ringan dan hilang dengan sendirinya, atau dapat berat, mendorong untuk menggaruk yang menyebabkan lesi dengan ekskoriiasi, infeksi, dan pembentukan parut. Dermatitis umumnya memiliki onset akut, dengan ruam merah, basah, dan berkrusta. Seiring

waktu, kulit cenderung menampilkan bentuk kronis dari dermatitis, dengan tekstur kering menebal, warna coklat kehitaman, dan bersisik. Ruam cenderung lokal pada lipatan-lipatan ekstermitas. Pada anak yang lebih besar dan orang dewasa, ditemukan terutama pada lipatan siku, lipatan lutut, leher, kelopak mata, serta punggung tangan dan kaki (Joyce & Jane, 2014).

Diagnosis dermatitis atopik dapat ditegakkan apabila memenuhi 3 kriteria mayor dan kriteria minor menggunakan kriteria William atau kriteria Hanifin Rajka. Apabila diperlukan, pemeriksaan uji tusuk, uji temple atopi, kadar igE total, igE RAST dapat dilakukan.

**Tabel 2.7**  
**Kriteria William untuk Dermatitis Atopik**

<b>Kriteria mayor</b>	<b>Kriteria minor</b>
1. Rasa gatal dengan bekas garukan	1. Terkena pada daerah lipatan siku, lutut, di depan mata kaki atau sekitar leher. 2. Kulit kering 3. Riwayat atopi 4. Dermatitis pada lipatan 5. Mulai terkena pada usia kurang dari 2 tahun.

Sumber: *Clinical Decision Making Series Dermatologi dan Venerologi*, 2020

**Tabel 2.8**  
**Kriteria Hanifin dan Rajka untuk Dermatitis Atopik**

<b>Kriteria mayor</b>	<b>Kriteria minor</b>
1. Pruritus	1. Xerosis
2. Distribusi dan morfologi yang khas (likenifikasi di area fleksural pada dewasa, keterlibatan kulit wajah dan bagian ekstensor pada bayi dan anak).	2. Kecenderungan mengalami dermatitis pada tangan dan kaki. 3. Gatal saat berkeringat. 4. Perjalanan penyakit dipengaruhi oleh iklim atau cuaca atau faktor emosional. 5. Reaktivitas uji kulit tipe cepat (tipe I) 6. Ikhtiosis/hiperlinealitas Palmaris/keratosis pilaris. 7. Peningkatan immunoglobulin E. 8. Onset penyakit saat muda. 9. Kecenderungan mengalami infeksi kulit 10. Cheilitis. 11. Eksim pada puting susu. 12. Katarak anterior subcapsular. 13. Periorbital darkening. 14. Facial pallor/erythema 15. Pitiriasis alba 16. Lipatan leher anterior. 17. Intoleransi terhadap wol dan pelarut lemak atau
3. Dermatitis kronis dan kambuhan.	
4. Riwayat atopi (asma, rhinitis alergi, dermatitis atopik) pada riwayat penyakit pribadi dan keluarga	

	bahan dasar kain. 18. Aksentuasi perifolikuler. 19. Intoleransi terhadap makanan. 20. White dermographism/delayed blanch.
--	--

Sumber : *Clinical Decision Making Series Dermatologi dan Venerologi*, 2020

e. Komplikasi dermatitis atopik

Infeksi kulit oleh bakteri permukaan yang lazim dijumpai, terutama staphylococcus aureus, atau oleh virus misalnya herpes simpleks. (Elizabeth, 2009). Pasien dermatitis atopik sering mengalami dermatitis tangan iritan non spesifik. Hal ini sering diperburuk dengan pembasahan berulang kali dan dengan mencuci tangan dengan sabun yang keras, deterjen, dan disinfektan. Individu atopik dengan pekerjaan yang melibatkan pekerjaan basah cenderung mengalami dermatitis tangan yang tidak dapat disembuhkan dalam lingkungan pekerjaan. Ini adalah penyebab umum kecacatan kerja (Fitzpatrick's, 2008).

f. Penatalaksanaan dermatitis atopik

Penanganan dermatitis atopik yang berhasil membutuhkan pendekatan sistematis dan multipel yang menggabungkan hidrasi kulit, terapi farmakologis, dan identifikasi serta eliminasi faktor pemicu seperti iritan, alergen, agen infeksi, dan stresor emosional. Rencana pengobatan harus dibuat secara individual untuk mengatasi pola reaksi penyakit kulit setiap pasien, termasuk ketajaman ruam, dan faktor pemicu yang unik untuk pasien tertentu. Tujuan terapi adalah mematahkan siklus inflamasi yang menyebabkan kekeringan berlebih dan pecahnya kulit, juga gatal dan menggaruk (Fitzpatrick's, 2008).

1) Menghidrasi kulit

Pasien dermatitis atopik memiliki fungsi penghalang kulit yang berkurang dan kulit kering (xerosis) berkontribusi pada morbiditas penyakit dengan berkembangnya celah mikro dan retakan pada kulit, yang berfungsi sebagai pintu masuk untuk patogen kulit, iritan, dan alergen sehingga perlu emolien oklusif untuk

mempertahankan kelembapan yang dapat memberikan pereda gejala yang sangat baik bagi pasien tersebut. Penggunaan emolien yang efektif dikombinasikan dengan terapi hidrasi membantu memulihkan dan mempertahankan penghalang stratum korneum (Fitzpatrick's, 2008). Emolien mengisi ruang atau celah diantara sel-sel kulit yang tidak memiliki lipid moisturizer dan memberikan efek kulit yang lembut dan halus seketika, serta terhidrasi dengan lebih baik. Bahan-bahan ini biasanya berbasis minyak yang lebih ringan (Prameswari, 2020).

Cara untuk menjaga dan mencegah terjadinya kerusakan kulit adalah dengan minyak zaitun yang memiliki beragam manfaat untuk kesehatan. Minyak zaitun dipercaya dapat membantu mempertahankan kelembapan dan elastisitas kulit sekaligus memperlancar proses regenerasi kulit, sehingga kulit tidak mudah kering dan berkerut (Chaerunisa, 2008 dikutip dalam Jurnal Ilmiah Kesehatan Fatmawati et al. 2015). Perawatan kulit dalam upaya pencegahan terjadinya kerusakan kulit dapat dilakukan dengan pemberian minyak zaitun, karena minyak zaitun mengandung berbagai asam lemak, vitamin, terutama sumber vitamin E yang berfungsi sebagai anti oksidan alami, menjaga, meningkatkan elastisitas dan kelembapan kulit, mencegah proses penuaan dini, melindungi kulit dari kerusakan akibat radiasi sinar ultraviolet, serta mempercepat proses penyembuhan luka (Fatmawati et al. 2015). Hidrasi adalah kunci manajemen penanganan dermatitis, namun seringkali sulit dicapai. Manajemen dimulai dengan perawatan kulit sehari-hari yang menghidrasi dan melubrikasi kulit. Umumnya diberikan instruksi untuk merendam diikuti dengan aplikasi substansi yang oklusif (Joyce & Jane, 2014).

## 2) Menghilangkan alergen

Memahami pola penyakit setiap klien serta menemukan dan mengurangi faktor eksaserbasi sangat penting untuk manajemen yang efektif pada kelainan kronis ini. Alergen, makanan,

aeroallergen, dan stress emosional dapat menjadi faktor pemicu. Banyak faktor pemicu ini adalah iritan atau alergen yang sama yang berkontribusi terhadap pruritus. Klien harus menghindari paparan terhadap substansi yang memiliki hasil positif pada tes alergi yang berkorelasi dengan riwayat mempresipitasi dermatitis (Joyce & Jane, 2014).

Pasien dengan dermatitis atopik lebih rentan terhadap iritan daripada individu yang tidak terpengaruh. Oleh karena itu, penting untuk mengidentifikasi dan menghilangkan faktor-faktor yang memberatkan yang memicu siklus gatal-garuk. Ini termasuk sabun atau deterjen, kontak dengan bahan kimia, asap, dan suhu serta kelembaban yang ekstrem. Rekomendasi mengenai kondisi lingkungan hidup harus disesuaikan dengan suhu dan kelembaban yang dikendalikan terhadap paparan untuk menghindari masalah yang berhubungan dengan panas, kelembaban, dan keringat. Meskipun sinar ultraviolet (UV) mungkin bermanfaat bagi beberapa pasien dermatitis atopik, tabir surya harus digunakan untuk menghindari sengatan matahari. Namun, karena tabir surya dapat menyebabkan iritasi, perhatian harus digunakan untuk mengidentifikasi produk yang tidak menimbulkan iritasi (Fitzpatrick's, 2008).

### 3) Mengurangi inflamasi

Mekanisme penurunan nyeri dengan pemberian kompres dingin berdasarkan atas teori *endorphin*. *Endorphin* merupakan zat penghilang rasa nyeri yang diproduksi oleh tubuh. Semakin tinggi kadar *endorphin* seseorang, semakin ringan rasa nyeri yang dirasakan. Produksi *endorphin* dapat ditingkatkan melalui stimulasi kulit salah satunya dengan tindakan kompres dingin (Smeltzer, 2004 dikutip dalam Jurnal Ilmiah Kesehatan Nurchairiah et al. 2014). Pada tindakan kompres dingin dapat memberikan efek fisiologis, seperti menurunkan respon inflamasi jaringan, menurunkan aliran darah, dan mengurangi edema (Tamsuri, 2007

dikutip dalam Jurnal Ilmiah Kesehatan Nurchairiah et al. 2014).

Kompres dingin bisa dilakukan untuk mengurangi peradangan. Obat sistemik yang bisa diberikan meliputi antibiotik dan antihistamin untuk mengontrol rasa gatal. Kortikosteroid sistemik jarang diberikan pada dermatitis atopik. Walaupun steroid sistemik dapat menjadi penyembuh yang cepat dan mudah, namun harus dihindari pada kelainan yang kronis, walaupun mungkin terjadi perbaikan yang dramatis dengan penggunaannya, frekuensi dermatitis setelah obat ini dihentikan juga sama dramatisnya (Joyce & Jane, 2014).

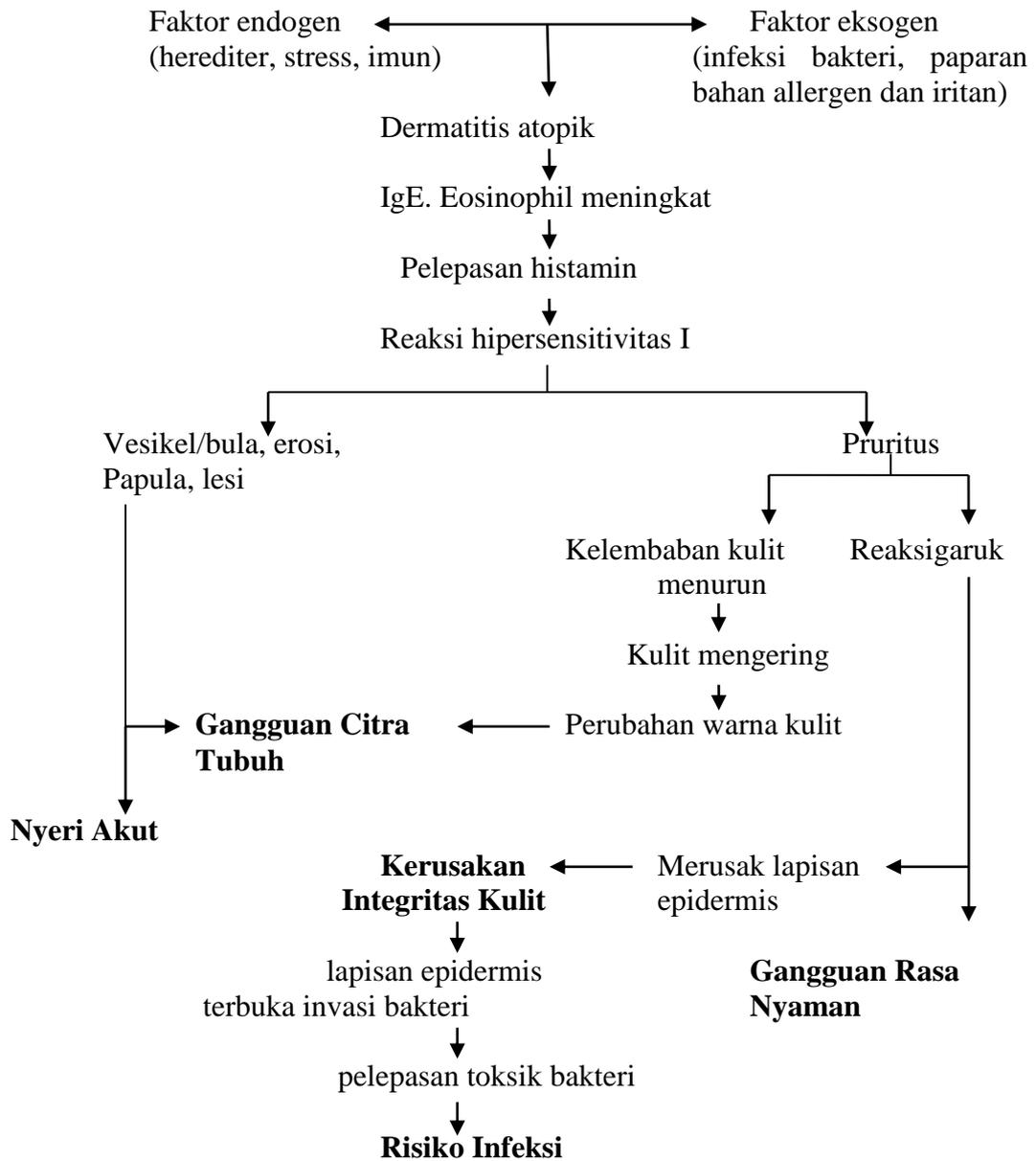
g. Patofisiologi dermatitis atopik

Dermatitis atopik disebabkan oleh proses yang kompleks yang melibatkan kelainan genetik pada beberapa gen protein kulit dan sistem imun yang menyebabkan kelainan fungsi sawar kulit dan regulasi sistem imun pada individu atopik. Selain itu faktor intrinsik seperti stress psikis dan faktor ekstrinsik seperti infeksi bakteri, paparan bahan allergen, dan iritan juga turut berperan dalam patomekanisme dermatitis atopik yang kompleks. Sebagai akibat dari kelainan sawar kulit dan regulasi system imun, individu atopik memiliki risiko yang lebih besar mengalami sensitisasi dan iritasi bahan-bahan yang ada di lingkungan, serta lebih rentan mengalami infeksi virus dan bakteri (Hardiyanto et al. 2020).

Bila suatu antigen (bisa berupa alergen hirup, alergen makanan, autoantigen ataupun super antigen) terpajan ke kulit individu dengan kecendrungan atopi, maka antigen tersebut akan mengalami proses ditangkap IgE yang ada pada permukaan sel mas atau IgE yang ada di membrane SL epidermis. Bila antigen ditangkap IgE sel mas (melalui reseptor), IgE akan mengadakan cross linking dengan reseptor, menyebabkan degranulasi sel mas dan akan keluar histamin dan faktor kemotaktik lainnya. Reaksi ini disebut reaksi hipersensitif tipe cepat (*immediate type hypersensitivity*) yang menyebabkan manifestasi klinis dermatitis atopik (Ayu, 2015). Dibandingkan dengan kulit

normal, kulit kering pada dermatitis atopik memiliki penurunan kapasitas mengikat air, kecepatan hilangnya air transepidermis yang lebih tinggi, dan penurunan kandungan air. Hilangnya air menyebabkan kekeringan dan pecahnya kulit lebih lanjut, yang menyebabkan lebih gatal (Joyce & Jane, 2014).

#### h. Pathway dermatitis atopik



**Gambar 2.1**  
**Pathway Dermatitis Atopik**

Sumber: Ayu Maharani dalam Buku Penyakit Kulit (2015)

## 2. Konsep penyakit gastritis

### a. Definisi gastritis

Gastritis merupakan suatu keadaan peradangan atau perdarahan mukosa lambung yang dapat bersifat akut, kronis, difusi, atau lokal. Dua jenis gastritis yang sering terjadi adalah gastritis superficial akut dan gastritis atrofik kronis (NANDA, 2015).

### b. Etiologi gastritis

Penyebab paling umum gastritis disebabkan oleh infeksi *H. pylori*. Penyakit ulkus peptik (PUD) atau bedah lambung mungkin mengakibatkan gastritis kronis. Faktor-faktor risiko lain sama dengan gastritis akut. Infeksi *H. pylori* telah diketahui sebagai faktor risiko independen untuk kanker lambung, karena bakteri ini dapat mengakibatkan gastritis atrofi kronis. Usia juga merupakan faktor risiko; dengan demikian gastritis kronis lebih umum terjadi pada orang tua (Joyce & Jane, 2014).

### c. Klasifikasi gastritis

Jenis gastritis terbagi menjadi 2, yaitu gastritis akut dan gastritis kronis.

#### 1) Gastritis akut

Gastritis akut disebabkan akibat mencerna asam atau alkali kuat yang menyebabkan mukosa menjadi gangrene atau perforasi (Mitchell & Abbas, 2008 dikutip dalam Murtaqib & Kushariyadi 2019). Gastritis akut terbagi menjadi 2, yaitu gastritis eksogen akut dan gastritis endogen akut.

a) Gastritis eksogen akut disebabkan faktor luar seperti bahan kimia (lisol, rokok, kafein, lada, steroid), iritasi mekanis, bacterial, obat analgetik, obat antiinflamasi terutama aspirin dosis rendah.

b) Gastritis endogen akut disebabkan oleh kelainan tubuh.

#### 2) Gastritis kronis

Inflamasi lambung kronis disebabkan karena ulkus benigna atau maligna lambung atau oleh bakteri *Helicobacter pylori*. gastritis

kronis terdiri dari 2 tipe, yaitu tipe A dan tipe B. Gastritis kronis tipe A jika mampu menghasilkan imun sendiri. Gastritis kronis tipe A dikaitkan dengan atrofi kelenjar lambung dan penurunan mukosa. Penurunan sekresi gastric memengaruhi produksi antibodi. Anemia pernisiiosa berkembang pada proses ini. Gastritis krois tipe B berhubungan dengan infeksi *Helicobacter pylori* yang menimbulkan ulkus pada dinding lambung (Smeltzer & Bare, 2002 dikutip dalam Murtaqib & Kushariyadi 2019).

d. Manifestasi klinis

Manifestasi sangat beragam; mencakup sakit atau nyeri yang menggerogoti atau rasa terbakar, mual, muntah, hilang nafsu makan, sendawa, dan penurunan berat badan. Pada pengkajian mungkin didapati adanya anoreksia, perasaan kenyang, dyspepsia, sendawa, nyeri epigastrium samar, muntah, serta tidak tahan dengan makanan pedas dan berlemak (Joyce & Jane, 2014).

e. Komplikasi gastritis

Komplikasi klien dengan gastritis kronis dapat meliputi komplikasi seperti perdarahan, anemia pernisiiosa, dan kanker lambung. Perdarahan dapat menjadi komplikasi gastritis khususnya ketika mukosa lambung menjadi gundul atau terkikis. Komplikasi lain yang mungkin dari gastritis adalah hilangnya kemampuan lambung untuk mengeluarkan faktor intrinsik, mengakibatkan malabsorpsi vitamin B<sub>12</sub>. Kanker lambung mungkin dicurigai pada klien yang gastritisnya tidak sembuh dengan terapi (Joyce & Jane, 2014).

f. Patofisiologi gastritis

Perubahan patofisiologi awal mulanya lapisan lambung menebal dan eritematosa lalu kemudian menjadi tipis dan atrofi. Deteriorasi dan atrofi yang berlanjut mengakibatkan hilangnya fungsi kelenjar lambung yang berisi sel parietal. Ketika sekresi asam menurun, sumber daktor intrinsic hilang. Kehilangan ini mengakibatkan ketidakmampuan untuk menyerap vitamin B<sub>12</sub> dan perkembangan anemia pernisiiosa. Atrofi lambung dengan metaplasia telah diamati

pada gastritis kronis dengan infeksi *H. pylori*. Perubahan ini mungkin mengakibatkan peningkatan risiko adenokarsinoma lambung (Joyce & Jane, 2014).

g. Penatalaksanaan gastritis

1) Penatalaksanaan medis

a) Gastritis akut

Mukosa lambung mampu memperbaiki dirinya sendiri setelah episode gastritis. Biasanya, pasien pulih dalam satu hari, meskipun nafsu makan mungkin hilang selama 2 atau 3 hari. Pasien tidak boleh mengonsumsi alkohol dan makan sampai gejala reda. Kemudian diet pasien dapat dilanjutkan menjadi diet noniritatif. Jika gejala menetap, cairan intravena mungkin diperlukan. (Smeltzer dikutip dalam Brunner & Suddarth Edisi 12, 2017).

b) Gastritis kronis

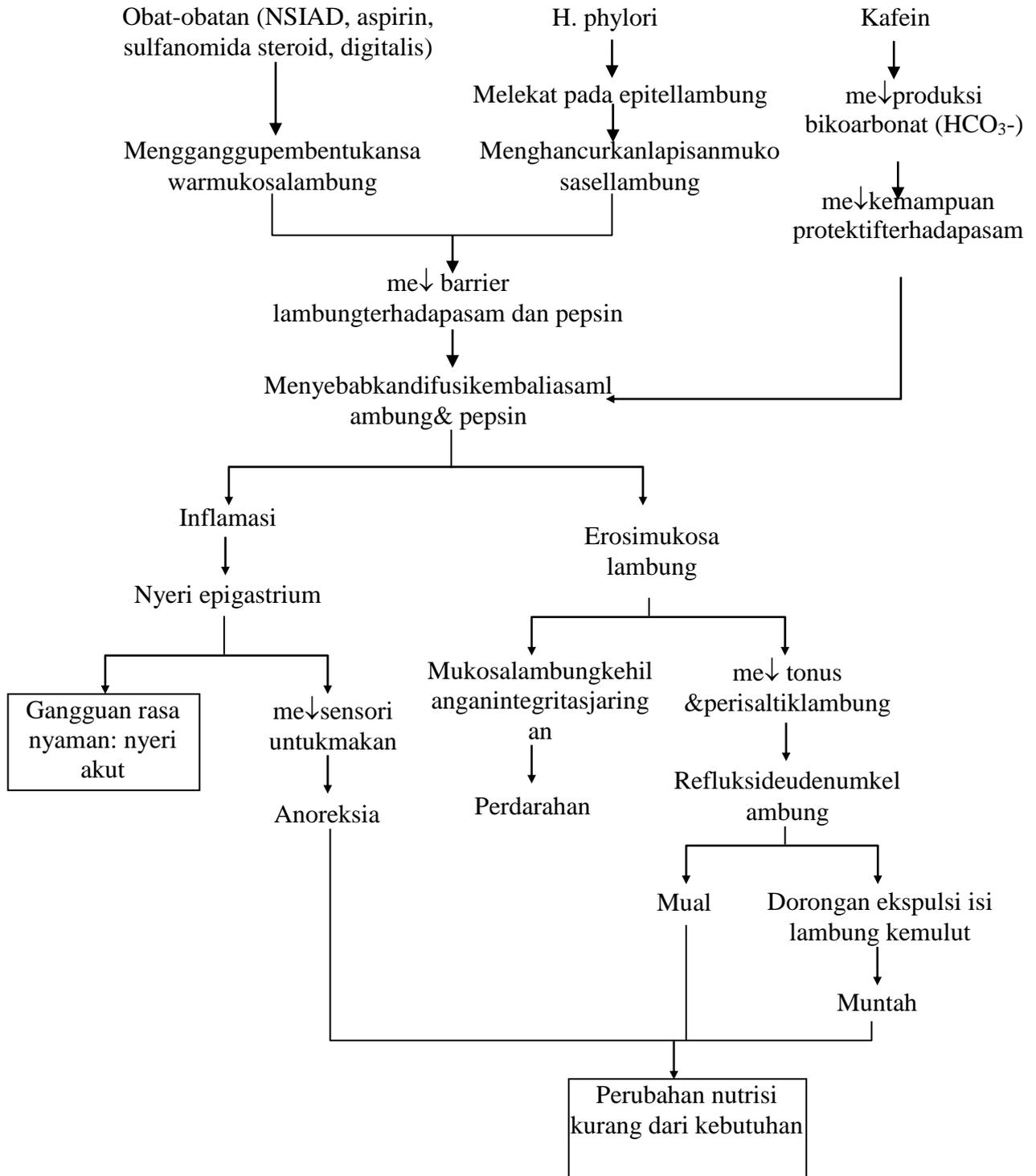
Modifikasi diet, istirahat, kurangi stress, hindari alkohol dan NSAID, dan farmakoterapi adalah tindakan terapi inti. Gastritis yang disebabkan oleh *H.pylori* ditangani dengan dengan kombinasi obat tertentu (Smeltzer dikutip dalam Brunner & Suddarth Edisi 12, 2017).

2) Penatalaksanaan keperawatan

Menurut Joyce & Jane (2014) yaitu fokus pada pengajaran klien tentang penyebab gastritis dan makanan yang memperburuk penyakit. Bantu klien untuk mengkaji faktor-faktor yang dapat memicu peningkatan manifestasi seperti stress, kelelahan, meminum obat tertentu saat perut kosong, konsumsi makanan dan minuman, konsumsi alkohol, serta merokok. Dorong klien untuk menghindari faktor-faktor ini. Jika terjadi mual dan muntah parah, maka batasi asupan per oral klien sampai masalah keparahan menurun. Ketika nyeri dan mual yang berhubungan dengan gastritis telah mereda, klien dapat diinstruksikan untuk

mengonsumsi diet seimbang dan menghindari makanan dan minuman yang menyebabkan iritasi.

h. Pathway gastritis



**Gambar 2.2 Pathway Gastritis**

Sumber : NANDA, 2015

## **D. Tinjauan Konsep Keluarga**

### **1. Pengertian keluarga**

Menurut Friedman tahun 1998 (dikutip dalam Achjar 2010) bahwa keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan social dari individu-individu yang ada didalamnya terlihat dari pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama. Menurut Burgess tahun 1963 (dikutip dalam Achjar 2010) bahwa keluarga terdiri dari orang-orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan, darah dan ikatan adopsi yang hidup bersama dalam satu rumah tangga, anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dengan peran sosial keluarga.

Keluarga menurut Stuart tahun 1991 (dikutip dalam Achjar 2010), meliputi 5 sifat yaitu;

- a. Keluarga merupakan unit suatu sistem
- b. Setiap anggota keluarga dapat atau tidak dapat saling berhubungan atau dapat dan tidak selalu tinggal dalam satu atap
- c. Keluarga dapat mempunyai anak ataupun tidak mempunyai anak
- d. Terdapat komitmen dan saling melengkapi antar anggota keluarga
- e. Keluarga mempertahankan fungsinya secara konsisten terhadap perlindungan, kebutuhan hidup dan sosialisasi antar anggota keluarga.

### **2. Tipe keluarga**

Menurut Sussman (1974) dan Macklin (1988) dikutip dalam Padila (2012) menjelaskan tipe – tipe keluarga sebagai berikut:

- a. Keluarga tradisional
  - 1) Keluarga inti, yaitu terdiri dari suami, istri dan anak. Biasanya keluarga yang melakukan perkawinan pertama atau keluarga dengan orangtua campuran atau orang tua tiri.
  - 2) Pasangan istri, terdiri dari suami dan istri saja tanpa anak, atau tidak anak yang tinggal bersama mereka. Biasanya keluarga

dengan karier tunggal atau karier keduanya.

- 3) Keluarga dengan orangtua tunggal, biasanya sebagai konsekuensi dari perceraian.
  - 4) Bujangan dewasa sendirian.
  - 5) Keluarga besar, terdiri dari keluarga inti dan orang-orang yang berhubungan.
  - 6) Pasangan usia lanjut, keluarga inti dimana suami istri sudah tua anak – anaknya sudah berpisah.
- b. Keluarga non tradisional
- 1) Keluarga dengan orangtua beranak tanpa menikah, biasanya ibu dan anak.
  - 2) Pasangan yang memiliki anak tapi tidak menikah, didasarkan pada hukum tertentu.
  - 3) Pasangan kumpul kebo, kumpul Bersama tanpa menikah.
  - 4) Keluarga gay atau lesbian, orang-orang berjenis kelamin yang sama hidup bersama sebagai pasangan yang menikah.
  - 5) Keluarga komuni, keluarga yang terdiri dari lebih dari satu pasangan *monogamy* dengan anak-anak secara Bersama menggunakan fasilitas, sumber yang sama.

### 3. Struktur keluarga

Struktur keluarga menunjukkan bagaimana keluarga tersebut siorganisasikan, cara unit-unit tersebut ditata serta bagaimana komponen tersebut berhubungan satu sama lain. Selain itu, struktur data keluarga dapat menggambarkan bagaimana keluarga melaksanakan fungsi keluarga tersebut di masyarakat.

#### a. Ciri-ciri struktur keluarga

Menurut Mubarak dkk tahun 2006 (dikutip dalam Yohanes & Yasinta, 2013), ciri-ciri dari struktur keluarga adalah sebagai berikut:

##### 1) Terorganisasi

Kelurga adalah cerminan sebuah organisasi, dimana setiap anggota keluarga memiliki peran dan fungsinya masing-masing

sehingga tujuan keluarga dapat tercapai. Organisasi yang baik ditandai dengan adanya hubungan yang kuat antara anggota sebagai bentuk saling ketergantungan dalam mencapai tujuan.

2) Keterbatasan

Dalam mencapai tujuan, setiap anggota keluarga memiliki peran dan tanggung jawab masing-masing, sehingga dalam berinteraksi setiap anggota tidak bisa semena-mena tetapi memiliki keterbatasan yang dilandaskan pada tanggung jawab masing-masing anggota keluarga.

3) Perbedaan dan kekhususan

Adanya peran yang beragam dalam keluarga menunjukkan bahwa masing-masing anggota keluarga mempunyai peran dan fungsi yang berbeda dan khas.

b. Jenis struktur keluarga

Menurut Padila (2012) ada beberapa jenis struktur keluarga yang ada di Indonesia yang terdiri dari bermacam-macam, diantaranya adalah:

- 1) Patrilineal adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur ayah.
- 2) Matrilineal adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur ibu.
- 3) Matrilokal adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ibu.
- 4) Patrilokal adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ayah.
- 5) Keluarga kawin adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami/ istri.

#### 4. Fungsi keluarga

Fungsi keluarga merupakan hasil atau konsekuensi dari struktur keluarga atau sesuatu tentang apa yang dilakukan oleh keluarga. Terdapat beberapa fungsi keluarga menurut Friedman (1998); Setiawati & Dermawan (2005) yang dikutip dalam Achjar (2010) yaitu:

a. Fungsi afektif

Fungsi afektif merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi kebutuhan pemeliharaan kepribadian diri anggota keluarga. Merupakan respon dari keluarga terhadap kondisi dan situasi yang dialami tiap anggota keluarga baik senang maupun sedih, dengan melihat bagaimana cara keluarga mengekspresikan kasih sayang.

b. Fungsi sosialisasi

Fungsi sosialisasi tercermin dalam melakukan pembinaan sosialisasi pada anak, membentuk nilai dan norma yang diyakini anak, memberikan batasan perilaku yang boleh dan tidak boleh pada anak, meneruskan nilai-nilai budaya keluarga. Bagaimana keluarga produktif terhadap sosial dan bagaimana keluarga memperkenalkan anak dengan dunia luar dengan belajar berdisiplin, mengenal budaya dan norma melalui hubungan interaksi dalam keluarga sehingga mampu berperan dalam masyarakat.

c. Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan keluarga merupakan fungsi keluarga dalam melindungi keamanan dan kesehatan seluruh anggota keluarga serta menjamin pemenuhan kebutuhan perkembangan fisik, mental dan spiritual, dengan cara memelihara dan merawat anggota keluarga serta mengenali kondisi sakit tiap anggota keluarga.

d. Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, papan, dan kebutuhan lainnya melalui

keefektifan sumber sana keluarga. Mencari sumber penghasilan guna memenuhi kebutuhan keluarga, pengaturan penghasilan keluarga, menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

e. Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan meningkatkan sumber daya manusia. Dengan adanya program keluarga berencana, maka fungsi ini dapat terkontrol. Namun di sisi lain banyak kelahiran yang tidak diharapkan atau diluar ikatan perkawinan sehingga akhirnya keluarga baru dengan satu orang tua (*single parent*).

## 5. Tahapan dan tugas perkembangan keluarga

Perawat perlu mengetahui tentang tahapan dan tugas perkembangan keluarga untuk memberikan pedoman dalam menganalisis pertumbuhan dan kebutuhan promosi kesehatan keluarga serta untuk memberikan dukungan pada keluarga untuk kemajuan dari satu tahap ke tahap berikutnya. Tahap perkembangan keluarga menurut Duvall dan Miller (1985); Carter dan Mc Goldrick (1988) yang dikutip dalam Achjar (2010) bahwa keluarga mempunyai tugas perkembangan yang berbeda seperti:

a. Tahap I, keluarga pemula atau pasangan baru

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

b. Tahap II, keluarga sedang mengasuh anak (anak tertua bayi sampai umur 30 bulan)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap II yaitu membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran orang tua kakek dan

nenek dan mensosialisasikan dengan lingkungan keluarga besar masing-masing pasangan.

- c. Tahap III, keluarga dengan anak usia prasekolah (anak tertua berumur 2-6 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap III yaitu memenuhi kebutuhan anggota keluarga, mensosialisasikan anak, mengintegrasikan anak yang baru sementara tetap memenuhi kebutuhan anak yang lainnya, mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga dan luar keluarga, menanamkan nilai dan norma kehidupan, mulai mengenalkan kultur keluarga, menanamkan keyakinan beragama, memenuhi kebutuhan bermain anak.

- d. Tahap IV, keluarga dengan anak usia sekolah (anak tertua usia 6-13 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap IV yaitu mensosialisasikan anak termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga, membiasakan belajar teratur, membiasakan belajar teratur, memperhatikan anak saat menyelesaikan tugas sekolah.

- e. Tahap V, keluarga dengan anak remaja (anak tertua umur 13-20 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap V yaitu menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan mandiri, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak-anak, memberikan perhatian, memberikan kebebasan dalam batasan tanggung jawab, mempertahankan komunikasi terbuka dua arah.

- f. Tahap VI, keluarga yang melepas anak usia dewasa muda (mencakup anak pertama sampai anak terakhir yang meninggalkan

rumah)

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

g. Tahap VII, orang tua usia pertengahan (tanpa jabatan, pensiun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap VII yaitu menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti para orang tua dan lansia, memperkuat hubungan perkawinan, menjaga keintiman, merencanakan kegiatan yang akan datang, memperhatikan kesehatan masing-masing pasangan, tetap menjaga komunikasi dengan anak-anak.

h. Tahap VIII, keluarga dalam masa pensiun dan lansia.

Tugas perkembangan keluarga pada tahap VIII yaitu 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, saling memberi perhatian yang menyenangkan antar pasangan, merencanakan kegiatan untuk mengisi waktu tua seperti berolahraga, berkebun, dan mengasuh cucu.

## 6. Tugas kesehatan keluarga

Menurut Achjar (2010) tugas keluarga merupakan pengumpulan data yang berkaitan dengan ketidakmampuan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan. Asuhan keperawatan keluarga

mencantumkan 5 tugas keluarga sebagai berikut:

- 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 keluarga.
- b. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, termasuk sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana masalah yang dirasakan oleh keluarga, keluarga menyerah atau tidak terhadap masalah yang dihadapi, adakah rasa takut terhadap akibat atau adakah sikap negatif dari keluarga terhadap masalah kesehatan, bagaimana sistem pengambilan keputusan yang dilakukan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.
- c. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, seperti bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakitnya, sifat dan perkembangan perawatan yang diperlukan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit.
- d. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, seperti pentingnya kebersihan lingkungan bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, upaya pemeliharaan lingkungan yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga
- e. Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas kesehatan yang ada, keuntungan keluarga terhadap penggunaan fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, adakah pengalaman yang kurang baik yang dipresepsikan keluarga.