

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab 2 berisi mengenai teori penyakit, teori keluarga serta asuhan keperawatan keluarga pada pada pasien Tn. S dengan Dermatitis Atopik di Kemangsen Sidoarjo yang dilaksanakan mulai tanggal 5 Oktober 2020 sampai dengan 8 Oktober 202

Konsep Penyakit

Pengertian

Dermatitis adalah peradangan kulit (epidermis dan dermis) sebagai reseptor terhadap pengaruh faktor eksogen dan atau faktor endogen, menimbulkan kelainan klinis berupa efloresensi polimorfik (eritema, edema, papul, vesikel, skuama, likenifikasi) dan keluhan gatal. Dermatitis cenderung residif dan menjadi kronis (Djuanda Adhi, 2010 dalam NANDA, 2015). Dermatitis atopik biasanya berhubungan dengan penyakit alergi lainnya seperti asma bronkial dan rhinokonjungtivitis alergi. Sinonim dermatitis atopik adalah neurodermatitis, eksema atopik, eksema dermatitis, atau prurigo Besnier (Leung dkk, 2012).

Etiologi

Berbagai faktor yang kemungkinan berperan dalam pathogenesis dermatitis atopik antara lain, faktor genetic, lingkungan, sawar kulit dan sistem kekebalan (Leung dkk, 2012)

Gangguan fungsi sawar kulit: gangguan fungsi sawar kulit pada dermatitis atopik meningkatkan absorpsi antigen sehingga terjadihioeraktivitas kulit sebagai

gambaran khas dermatitis atopik (Karagiannidou dkk, 2014). Penelitian lain menyebutkan bahwa sekresi seramidase (berfungsi memecah seramid menjadi *sphingosine* dan asam lemak) oleh flora bakteri jumlahnya lebih banyak pada penderita dermatitis atopik baik kulit dengan lesi ataupun tanpa lesi (Benedetto dkk, 2012).

Faktor imunologi: konsep dasar patogenesis terjadinya dermatitis atopik adalah melalui reaksi imunologik. Parameter imunologi seperti kadar IgE dalam serum ditemukan meningkat pada 60-80% penderita. Selain itu juga ditemukan IgE yang spesifik terhadap bermacam aeroalergen dan eosinofilia darah serta adanya molekul IgE pada permukaan sel Langerhans epidermal. Suatu penelitian mendapatkan bahwa 80% anak dengan dermatitis atopik mengalami asma bronkial atau rhinitis alergik. Hal ini menunjukkan adanya hubungan antar dermatitis atopik dengan kejadian alergi pada saluran napas (Thomsen, 2014).

Respon imun dapat berlangsung dalam lapisan dermo-epidermal dengan melibatkan sel langerhans (SL) epidermis, limfosit, eosinofil dan sel mast. Apabila suatu antigen (baik berupa alergen hirup, alergen makanan, autoantigen atau super antigen) terpajan ke kulit individu dengan kecenderungan atopik, maka antigen tersebut akan ditangkap oleh antibodi IgE yang ada pada permukaan sel mast atau membran SL epidermis (Bieber, 2012).

Antigen Presenting Cell (APC) pada dermatitis atopik (berupa sel langerhans epidermis dan sel dendritik dermis) dapat mengaktifkan sel T alergen spesifik melalui antibodi IgE alergen spesifik (terikat pada reseptor FcεRI,

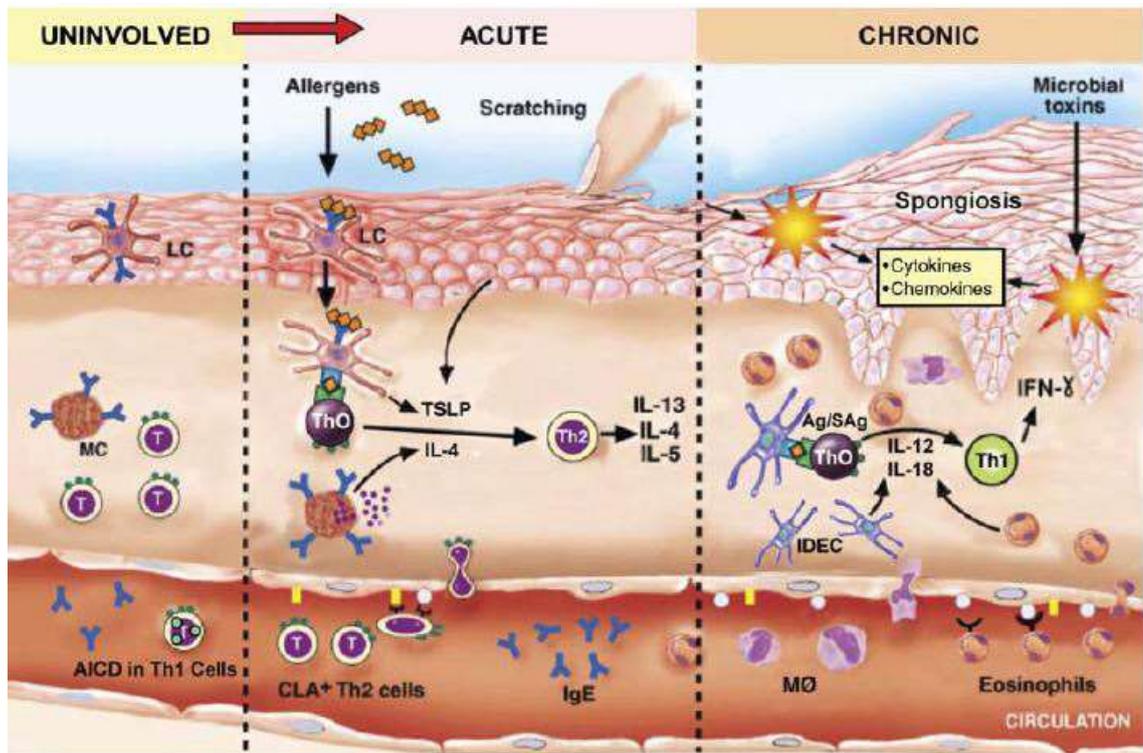
FcεRII dan IgE-binding protein). SL dengan ikatan IgE dan antigen pindah dari dermis ke saluran limfe dan kelenjar getah bening regional (regio parakortikal). Di sana antigen diproses menggunakan Major Histocompatibility Complex (MHC) II dan dipresentasikan untuk mengaktifkan sel T naïve. Diferensiasi sel T pada tahap awal aktivasi menentukan perkembangan sel T ke arah Th1 atau Th2. Melalui glikoprotein permukaan, sel T akan terekspresi secara berbeda pada proses pematangan dan menentukan fenotip sel T, apakah menjadi sel T helper/regulatory CD4+ atau sel T cytotoxic/ supressor CD8+. Infiltrat mononuklear pada lesidermatitis atopik terutama berupa sel T CD4+ dan sedikit sel T CD8+ (Rerknimitr dkk, 2017)

Lingkungan sitokin berperan penting pada perubahan Sel T helper menjadi sel Th1 atau Th2. Sel Th1 dipicu oleh interleukin (IL)-12 yang disekresi oleh makrofag dan sel dendritik. Sel Th2 dipicu oleh IL-10 dan Prostaglandin (PG) E. Sel Th1 memproduksi sitokin IFN-γ, TNF-α, IL-2 dan IL-17, sedangkan sel Th2 memproduksi IL-3, IL-4, IL-5, IL-6, IL-10 dan IL-13. IL-4, IL-5 dan IL-13 menyebabkan peningkatan level IgE dan eosinofil serta menginduksi molekul adesi yang terlibat pada migrasi sel inflamasi ke lesi kulit (Leung dkk, 2012).

Pola ekspresi lokal sitokin mempengaruhi inflamasi di jaringan lokal, dimana padadermatitis atopik pola ini bergantung pada usia lesi kulit. Pada kulit dengan lesi akut atau tanpa lesi dermatitis atopik, sel T meningkatkan ekspresi IL-4, IL-5, dan IL-1 dengan sedikit INF-γ. IL-4 menghambat produksi INF-γ dan menekan diferensiasi ke arah sel Th1 sehingga

lingkungan tersebut memicu perkembangan ke arah sel Th2. Sitokin Th2 akan menginduksi respon lokal IgE untuk menarik sel-sel inflamasi (limfosit dan eosinofil) sehingga terjadi peningkatan pengeluaran molekul adesi. Pada lesi kronik terdapat pola sitokin yang berbeda, dimana terjadi peningkatan kadar INF- γ , IL-12, IL-5, dan granulocyte monocyte colony stimulating factor (GM-CSF). INF- γ sebagai sitokin Th1 akan diproduksi lebih banyak namun kadar IL-5 dan IL-13 masih tetap tinggi. INF- γ dan IL-12 memicu terjadinya infiltrasi limfosit dan makrofag. INF- γ dan GM-CSF merangsang sel basal untuk berproliferasi menghasilkan pertumbuhan keratinosit epidermis sehingga terjadi hiperplasia epidermis pada lesi kronik. (Leung dkk, 2012).

Kelainan imunologi utama pada dermatitis atopik adalah sekresi IgE yang berlebihan. Ikatan antigen dengan IgE pada permukaan sel mast memicu pelepasan mediator kimia seperti histamin sehingga berakibat keluhan rasa gatal dan kemerahan pada kulit. Pelepasan mediator ini terjadi 15-60 menit setelah pajanan dan disebut reaksi fase cepat (early phase reaction). Reaksi fase lambat (late phase reaction) menyusul 3-4 jam setelah reaksi fase cepat. Pada reaksi fase lambat terjadi ekspresi adesi molekul pada dinding pembuluh darah dan diikuti tertariknya eosinofil, limfosit, monosit pada daerah radang. Hal ini terjadi karena peningkatan aktifitas Th2 memproduksi IL-3, IL-4, IL-5, IL-13, GM-CSF yang merangsang sel limfosit B membentuk IgE dan meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan sel mast, namun tidak terjadi peningkatan pada Th1 (Leung dkk., 2012).



Gambar 2.1: Patogenesis dermatitis atopik (Leung dkk, 2012)

Dermatitis Menurut (Hussain et al., 2017) terjadi di sebabkan oleh:

Dermatitis Kontak Iritan

Penyebab Dermatitis Kontak Iritan biasanya pada bahan yang bersifat Iritan, misalnya bahan pelarut, deterjen, minyak pelumas, asam alkali, larutan garam konsentrat, plastik berat molekul atau bahan kimia higroskopik

Dermatitis Kontak Alergen

Penyebab Dermatitis Alergen biasanya disebabkan oleh kontak zat-zat yang bersifat allergen seperti alergi pada obat, seafood, debu, dan bulu.

Faktor Risiko

Faktor genetic: dermatitis atopik merupakan penyakit genetic yang kompleks dan berkembang berdasarkan latar belakang genetic dan interaksi genetic dengan lingkungan. Hal ini dicirikan dari onset dermatitis atopik yang lebih banyak pada usia dini, prevalensi penyakit pada keluarga dan angka kejadian yang tinggi pada saudara kembar (pada monozigot sebesar 77%, pada dizigot sebesar 15%). Gen yang terlibat dalam dermatitis atopik antara lain:

Gen pada kromosom 5q31-33 yang mengandung famili gen sitokin Th2 yaitu IL-3, IL-4, IL-5, IL-13 dan GM-CSF.

Gen lainnya yaitu pada kromosom 16p11.2-12 merupakan lokasi IL-4 reseptor gen alfa (IL-4R α). Polimorfisme pada minimal empat asam amino yang berbeda pada lokasi sitoplasmik IL-4R α mempengaruhi sinyal reseptor IL-4 dan meningkatkan sekresi IgE.

Gen pada 12q21-1q24.1, yaitu gen IFN- γ dan faktor sel punca (KIT ligand/mast-cell growth factor) berlokasi berhubungan dengan kadar IgE total yang tinggi.

Lokus gen 11q13 sebagai daerah untuk rantai β reseptor IgE terkait dengan fenotip dermatitis atopik.

Dan varian dari area pengkode IL-13, mutasi pada promotor proksimal gen RANTES dan keterkaitan dermatitis atopik dengan kromosom 3q21, area yang mengkode molekul kostimulator Cluster of Differentiation 80 (CD80) dan CD86 telah diidentifikasi sebagai lokus yang rentan pada dermatitis atopik (Thomsen dkk., 2007; McPherson, 2016).

Penelitian lain menunjukkan terdapat hubungan yang kuat antara dermatitis atopik dengan mutasi gen filagrin pada kromosom 1. Gen filagrin merupakan risiko genetik terkuat dimana sebanyak 50% penderita dengan dermatitis atopik mengalami mutasi pada gen ini. Mutasi gen filagrin menyebabkan gangguan fungsional pada protein filagrin dan mengganggu fungsi sawar kulit. Manifestasi klinis gangguan ini adalah kulit kering dengan fisura dan berisiko tinggi menjadi eksema (Rerknimitr dkk., 2017; McPherson, 2016; Gutowska-Owsiak, 2012)

Faktor lingkungan: Hanya sedikit faktor risiko dari aspek lingkungan yang diterima sebagai penyebab potensial dermatitis atopik. Salah satu contoh faktor ini adalah gaya hidup barat yang mengarahkan pada peningkatan kejadian eksema namun tidak mampu menunjukkan faktor risiko lingkungan yang spesifik sehingga tindakan preventif tidak dapat ditentukan (Benedetto dkk., 2012; Thomsen, 2014). Terdapat suatu hipotesis yang menjelaskan peningkatan prevalensi eksema. Hipotesis tersebut, dikenal sebagai hygiene hypothesis, menyatakan bahwa rendahnya paparan terhadap infeksi protipikal seperti hepatitis A dan tuberkulosis pada masa awal pada anak-anak meningkatkan kerentanan atau kecenderungan seseorang untuk menderita dermatitis atopik. Hipotesis ini didukung oleh data bahwa saudara termuda memiliki risiko dermatitis atopik terendah serta anak-anak yang tumbuh di lingkungan pertanian (terpapar oleh berbagai jenis mikroflora, susu sapi yang belum terpasteurisasi, dan hewan ternak) pada umumnya memiliki efek proteksi dari penyakit alergi. Perkembangan penyakit dermatitis atopik juga dipengaruhi oleh lamanya menyusui. Faktor-faktor gaya hidup modern (seperti penggunaan antibiotic yang meningkat, jumlah anggota keluarga

yang menurun, dan higienitas yang meningkat) meningkatkan kemungkinan menderita dermatitis atopik (Bloomfield dkk., 2016; Hong dkk., 2014)

Klasifikasi Dermatitis Atopik

Dermatitis atopik secara klinis terbagi menjadi 3 fase yaitu:

Fase infantile (usia 0-2 tahun)

Dermatitis atopik paling sering muncul pada tahun pertama kehidupan, umumnya setelah usia 2 bulan. Lesi diawali di kulit muka (dahi, pipi) dalam bentuk eritema, papulovesikel halus, karena keluhan gatal kemudian digosok, pecah, eksudatif, dan akhirnya membentuk krusta dan dapat terjadi infeksi sekunder. Pada usia sekitar 18 bulan mulai timbul likenifikasi. Sebagian besar penderita sembuh setelah usia 2 tahun dan sebagian lagi berlanjut ke bentuk atau fase anak.

Fase anak (usia 2-12 tahun)

Fase anak dapat sebagai kelanjutan dari bentuk infantil atau dapat timbul sendiri (*de novo*). Lesi dermatitis atopik anak berjalan menahun akan berlanjut hingga usia sekolah. Predileksi biasanya pada lipatan siku, lipatan lutut, leher dan pergelangan tangan. Jari-jari tangan sering terkena berupa lesi eksudatif dan terkadang disertai kelainan kuku. Umumnya kelainan kulit pada dermatitis atopik anak tampak lebih kering bila dibandingkan pada bayi dan sering terjadi likenifikasi. Perubahan pigmen kulit dapat terjadi sejalan dengan berlanjutnya lesi, dapat menjadi hiperpigmentasi atau kadang hipopigmentasi.

Fase dewasa (usia > 12 tahun)

Dermatitis atopik pada fase dewasa gambarannya mirip dengan lesi pada anak usia lanjut (8-12 tahun) dimana didapatkan likenifikasi terutama pada daerah lipatan tangan. Lesi sifatnya kering, agak timbul, papul datar dan cenderung bergabung menjadi plak likenifikasi dengan sedikit skuama, sering terjadi eksoriasi dan eksudasi karena garukan yang lambat laun dapat menjadi hiperpigmentasi. Pada fase dewasa, distribusi lesi bersifat tidak terlalu khas, sering mengenai tangan dan pergelangan tangan, dapat juga bersifat lokal, misalnya bibir, vulva, puting susu, atau kulit kepala. Kadang erupsi meluas, dan paling parah di lipatan, mengalami likenifikasi (Leung dkk., 2012; Karagiannidou dkk., 2014).

Manifestasi Klinis

Gejala klinis dan perjalanan klinis dermatitis atopik bersifat sangat bervariasi. Gejala utama dermatitis atopik adalah pruritus atau rasa gatal yang hilang timbul sepanjang hari, tetapi biasanya lebih hebat pada malam hari. Akibat gejala ini penderita akan menggaruk sehingga timbul bermacam-macam kelainan kulit lain seperti papul, likenifikasi, eritema, erosi, eksoriasi, eksudasi, dan krusta. Kulit penderita dermatitis atopik biasanya kering, pucat atau redup, kadar lipid dalam epidermis berkurang, dan terjadi peningkatan kehilangan air lewat epidermis (Eichenfield dkk, 2014).

Lesi akut pada dermatitis atopik dapat berupa eritema dengan papul, vesikel, edema yang luas dan luka akibat menggaruk. Sedangkan lesi pada stadium kronik berupa penebalan kulit atau likenifikasi. Selain itu dapat terjadi fisura yang nyeri terutama pada fleksor, telapak tangan, jari dan telapak kaki. Pada

individu yang berkulit hitam atau coklat dapat ditemukan likenifikasi folikular (Leung dkk, 2012)

Patofisiologi

Dermatitis merupakan peradangan pada kulit, baik pada bagian dermis ataupun epidermis yang disebabkan oleh beberapa zat allergen atau zat iritan. Zat tersebut masuk kedalam kulit yang kemudian menyebabkan hipersensitifitas pada kulit yang terkena tersebut. Masa inkubasi sesudah terjadi sensitisasi permulaan terhadap suatu antigen adalah 5-12 hari, sedangkan masa setelah terkena yang berikutnya adalah 12-48 jam. Bahan iritan ataupun allergen yang masuk kedalam kulit masuk kedalam kulit dan merusak lapisan tanduk, denaturasi keratin, menyingkirkan lemak lapisan tanduk, dan mengubah daya ikat air kulit. Keadaan ini akan merusak sel dermis maupun sel epidermis sehingga menyebabkan kelainan kulit atau dermatitis dalam dermis terjadi vasodilatasi dan sekukan sel mononuclear di sekitar pembuluh darah dermis bagian atas. Eksositosi di epidermis diikuti spongiosis dan edema intrasel, dan akhirnya terjadi nekrosis epidermal. Pada keadaan berat kerusakan epidermis dapat menimbulkan vesikel atau bula (Jhuanda, 2011). Gangguan imunologi yang menonjol pada dermatitis atopik adalah adanya peningkatan produksi IgE karena limfosit T yang meningkat. Aktivitas limfosit T meningkat karena pengaruh dari IL-4. Sementara itu produksi IL-4 dipengaruhi oleh aktivitas sel T helper. Sel TH2 akan merangsang sel B untuk merangsang IgE. Sitoksin dihasilkan IL-2 dan IL-4 jadi, pada dermatitis atopik TH2 mempunyai peran yang menonjol pada proses patogenesis dermatitis atopik. Immunopatologi dermatitis atopik sangat kompleks. IgE meningkat pada

80 % penderita dermatitis atopik. Perlu diketahui bahwa pada dermatitis atopik, selain melalui hipersensitivitas 1, IgE juga bertindak sebagai penangkap antigen pada reaksi/IgE-mediated delayed tipe hipersensitiviti.

Dermatitis Kontak termasuk reaksi hipersensitivitas tipe IV, yaitu reaksi hipersensitivitas tipe lambat. Patogenesisnya melalui dua fase:

Fase Induksi (sensitisasi)

Saat kontak pertama alergen dengan kulit sampai limfosit mengenal dan memberi respons, perlu waktu 2-3 minggu.

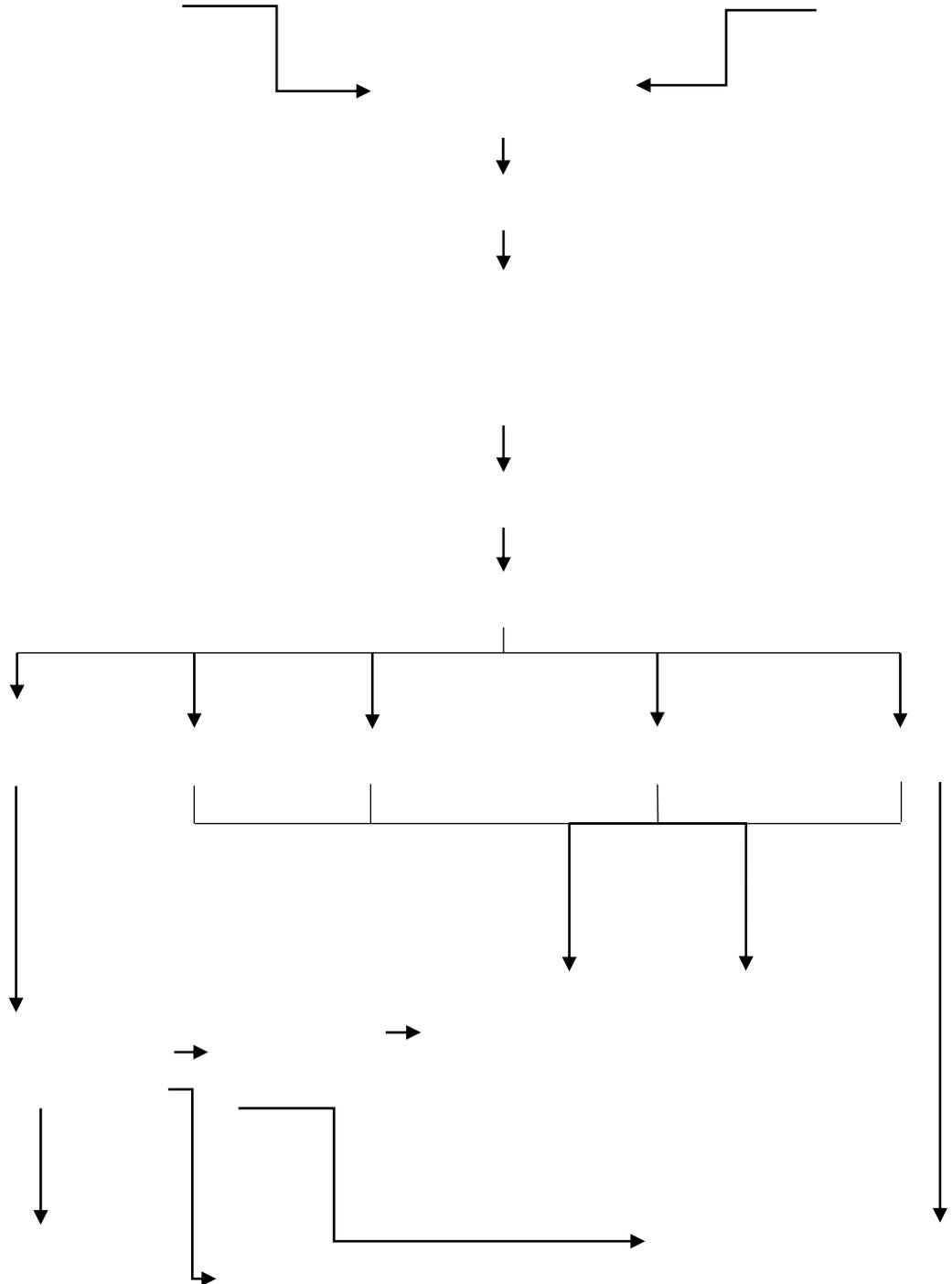
Hapten (protein tidak lengkap) berpenetrasi ke dalam tubuh dan berikatan dengan protein karier membentuk antigen yang lengkap. Antigen ditangkap dan diproses oleh macrofag dan sel langerhans kemudian memicu reaksi limfosit T yang belum tersensitisasi di kulit, sehingga terjadi sensitisasi limfosit T melalui saluran limfe.

Fase Eksitasi

Yaitu saat terjadinya kontak ulang dengan hapten yang sama atau serupa. Sel efektor yang telah tersensitisasi mengeluarkan limfokin yang mampu menarik berbagai sel radang sehingga timbul gejala klinis. Ekzema tangan biasanya terjadi pada ibu tangga akibat banyaknya kontak dengan sumber iritan atau alergen. Ketika terpajan oleh sumber alergen limfosit T yang ada dalam tubuh menciptakan antibodi untuk melawan atau memfagosit antigen atau sumber alergen. Sehingga antigen yang menempel pada sel mast mengeluarkan mediator berupa (histamin, prostaglandin, leukotrien). Akibat dari pelepasan mediator menimbulkan gejala berupa gatal, eritema, atau kemerahan dan lain sebagainya. Ekzema statis terjadi akibat adanya kontak

dengan Zat kimia, protein, bakteri, jamur (faktor endogen/eksogen) yang dapat menimbulkan reaksi antigen dan antibodi sehingga terjadi permeabilitas jaringan dan dilatasi pembuluh darah perifer. Akibat dari reaksi imun menyebabkan edema intraseluler yang menimbulkan vesikel-vesikel yang dapat pecah dan kontak dengan lingkungan (Muttaqin, 2011).

Web Of Caution



Komplikasi

Komplikasi yang terjadi pada pasien dengan dermatitis yaitu adanya kemerahan pada luka dermatitis kemudian timbul kerak, basah berair, pecah-pecah, mengeluarkan nanah atau ekskoriasi (Jhuanda, 2011).

Pemeriksaan Penunjang

Diagnosis dermatitis atopik didasarkan pada keluhan dan gambaran klinis. Pada awalnya diagnosis dermatitis atopik didasarkan atas berbagai gambaran klinis yang tampak terutama gejala gatal. George Rajka menyatakan bahwa diagnosis dermatitis atopik tidak dapat dibuat tanpa disertai adanya riwayat gatal (McPherson, 2016).

Hanifin dan Rajka pada tahun 1980 telah membuat kriteria diagnosis dermatitis atopik berdasarkan pada kriteria mayor dan minor. Hingga saat ini kriteria ini masih sering digunakan. Diagnosis dermatitis atopik harus mempunyai mempunyai tiga kriteria mayor dan tiga kriteria minor.

Kriteria mayor meliputi:

Pruritus

Dermatitis di muka atau ekstensor pada bayi dan anak

Dermatitis di fleksura pada dewasa

Dermatitis kronis atau residif

Riwayat atopik pada penderita atau keluarganya (asma, rinokonjungtivitis alergi,

DA, urtikaria kontak).

Kriteria minor meliputi:

Xerosis (kulit kering)

Infeksi kulit (khususnya oleh *S. aureus* dan virus herpes simpleks)

Dermatitis non spesifik pada tangan atau kaki,

Iktiosis/hiperlinearitas Palmaris/keratosis pilaris,

Pitiriasis alba,

Dermatitis di papilla mama,

White dermographism dan delayed branch response,

Keilitis,

Lipatan infra-orbital Dennie-Morgan,

Konjungtivitis berulang,

Keratokonus,

Katarak subkapsular anterior,

Orbita menjadi gelap,

Muka pucat atau eritem,

Gatal bila berkeringat,

Intolerans terhadap wol atau pelarut lemak,

Aksentuasi perfolikular,

Hipersensitif terhadap makanan,

Perjalanan penyakit dipengaruhi oleh faktor lingkungan dan atau emosi,

Tes kulit alergi tipe dadakan positif,

Kadar Ig E di dalam serum meningkat

Awitan pada usia dini.

Kriteria mayor dan minor yang diusulkan oleh Hanifin dan Rajka didasarkan pengalaman klinis yang cocok untuk diagnosis berbasis rumah sakit dan eksperimental, tetapi tidak dapat dipakai pada penelitian berbasis populasi karena kriteria minor umumnya ditemukan pada kelompok kontrol, disamping itu belum divalidasi terhadap diagnosis dokter atau diuji untuk pengulangan (Thomsen, 2014; Leung dkk, 2012).

The *European Task Force on Atopic Dermatitis* pada tahun 1993 membuat suatu indeks untuk menilai derajat dermatitis atopik, dikenal dengan istilah Score of Atopic Dermatitis (SCORAD). SCORAD dapat menilai derajat keparahan inflamasi dermatitis atopik dengan menilai (A) luas lesi, (B) tanda- tanda inflamasi, dan (C) keluhan gatal dan gangguan tidur. Tanda inflamasi yaitu eritema, indurasi, ekskoriiasi, papul, dan likenifikasi (Oranje dkk, 2007; Leung dkk, 2012)

Penatalaksanaan

Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan berperan sangat penting dalam pengelolaan, pendidikan kesehatan atau sering disebut penkes, dapat menjadi pencegahan factor pencegahan primer yang harus diberikan kepada sekelompok masyarakat yang beresiko tinggi terhadap dermatitis kontak alergi. Pendidikan kesehatan sekunder diberikan kepada sekelompok pasien Dermatitis sedangkan untuk pencegahan tersier diberikan kepada pasien yang sudah mengidap dermatitis.

Obat

Pemberian salep pelembab atau antihistamin untuk mengurangi iritasi pada luka dermatitis dan pemberian antibiotic untuk mengurangi rantai infeksi pada luka tersebut.

Menjaga Kebersihan

Menjaga kebersihan merupakan peranan penting dalam mencegah terjadinya Dermatitis, pasien yang kurang menjaga kebersihan mengakibatkan kuman dan kotoran akan sangat mudah menempel pada badan yang lembab sehingga pada lipatan tubuh akan terasa gatal.

Penatalaksanaan medis secara keperawatan dengan menggunakan cairan pembersih lantai yang mengandung bahan aktif Pine Oil.

Cairan pembersih lantai memiliki berbagai macam komposisi; antara lain air, pewarna, pewangi dan zat disinfektan. *Staphylococcus aureus* merupakan salah satu bakteri yang sering ditemukan di berbagai tempat, antara lain: permukaan benda, baju, lantai, tanah, rumah sakit, bahkan pada kulit manusia, dan bersifat patogen bagi manusia (Brooks et al., 2007). Zat disinfektan dalam cairan pembersih lantai akan membunuh mikroorganisme yang terdapat di lantai. Banyak cairan pembersih lantai di pasaran yang oleh produsen diakui dapat membunuh kuman, namun perlu diuji kebenarannya. Di lain pihak, suatu produk yang menjadi pilihan tentunya adalah yang paling ampuh dalam membunuh kuman. Pengujian koefisien fenol merupakan suatu uji baku efektivitas suatu disinfektan yang umum dilakukan & telah distandardisasi oleh British Standard 5197: 1976 (Universitas Padjadjaran, 2007).

Koefisien fenol adalah ukuran kemampuan desinfektan dalam membunuh bakteri dibandingkan dengan fenol sebagai standar. nilai koefisien fenol hasil perbandingan antara desinfektan uji dengan fenol standar diartikan kedalam dua bagian, yaitu apabila nilai koefisien fenol kurang atau sama dengan 1 maka hal tersebut menunjukkan bahwa efektivitas desinfektan yang di uji sama atau lebih kecil daripada fenol. Sedangkan jika nilai koefisien fenol yang didapat hasilnya lebih dari 1 berarti desinfektan yang diuji lebih efektif dalam membunuh bakteri uji pembanding fenol (Campbell, 2004)

Lindawati tahun 2012, dengan judul Koefisien Fenol Benzalkonium klorida 1,5 % dan Pine Oil 2,5% dalam Larutan Pembersih Lantai Terhadap Staphylococcus aureus dan Escherichia coli. Melakukan uji efektivitas produk pembersih lantai yang mengandung benzalkonium klorida 1,5 % dan pine oil 2,5 % terhadap bakteri staphylococcus aureus dan escherichia colidiperoleh hasil bahwa koefisien fenol benzalkonium klorida 1,5 % terhadap bakteri staphylococcus aureus dan escherichia coli adalah 1,33 dan 1,75. Selain itu, koefisien fenol pine oil 2,5 % terhadap bakteri staphylococcus aureus dan escherichia coli adalah 1,67 dan 2. Secara keseluruhan koefisien fenol desinfektan diperoleh melebihi nilai 1 yang artinya bahwa kedua desinfektan tersebut efektif dalam membunuh bakteri staphylococcus aureus dan escherichia coli.

Selanjutnya, Eka Rahma 2015 dengan judul Penentuan Koefisien Fenol Pembersih Lantai Yang Mengandung Pine Oil 2,5 % terhadap bakteri Pseudomonas aeruginosa. Melakukan uji penentuan koefisien fenol pembersih lantai yang mengandung pine oil 2,5 % terhadap bakteri

pseudomonas aeruginosa diperoleh hasil 1,08. Nilai ini menunjukkan bahwa pine oil 2,5 % yang terkandung dalam pembersih lantai efektif membunuh bakteri pseudomonas aeruginosa.

Tabel 2.1 Keaslian Penelitian

Nama Peneliti	Judul Penelitian	Tahun Penelitian	Kesamaan	Perbedaan
Lindawaty Valentina	Koefisien Fenol Benzalkonium Klorida 1,5 % dan Pine Oil 2,5 % dalam larutan pembersih lantai terhadap Staphylococcus aureus dan Escherichia coli	2012	Sama-sama menggunakan produk pembersih lantai	Menggunakan bakteri Staphylococcus aureus dan Escherichia coli. Kandungan pembersih lantai Benzalkonium klorida 1,5% dan Pine Oil 2,5%
Eka Rahma	Penentuan Koefisien Fenol pembersih lantai yang mengandung Pine Oil 2,5% terhadap bakteri Pseudomonas aeruginosa	2015	Sama-sama menggunakan produk pembersih lantai.	Menggunakan bakteri Pseudomonas aeruginosa dengan kandungan pembersih lantai Pine Oil 2,5%
Wuri Wulandari	Perbandingan efektivitas desinfektan produk bermerek dipasaran dengan metode Koefisien Fenol	2016	Sama-sama menggunakan produk pembersih lantai.	Menggunakan bakteri Pseudomonas aeruginosa. Menggunakan 2 produk pembersih lantai dengan beberapa kandungan aktif

(Wulandari, 2016)

Penelitian desinfektan dengan kandungan pine oil 2,5 % terhadap bakteri *Pseudomonas aeruginosa* telah dilakukan pada tahun 2012 oleh Lembah Sulistyaningsih dkk, tetapi dengan menggunakan metode difusi agar modifikasi dimana dilakukan pengukuran diameter daya hambat pertumbuhan bakteri oleh kandungan desinfektan uji disekitar sumur yang telah diberi larutan desinfektan. Hasil dari penelitian ini disimpulkan bahwa kandungan pine oil 2,5 % tidak efektif dalam membunuh bakteri *Pseudomonas aeruginosa*. (Lembah, 2012) Uji koefisien fenol dilakukan terhadap bakteri Gram positif dan Gram negatif karena kedua bakteri tersebut bersifat kosmopolit dan dapat menyebabkan keracunan yaitu didapat dari hasil bagi faktor pengenceran tertinggi produk-produk tersebut dengan faktor pengenceran tertinggi baku fenol yang masing-masing dapat membunuh bakteri (*Bacillus cereus* dan *Pseudomonas aeruginosa*) dalam jangka waktu 10 menit, tetapi tidak membunuh dalam jangka waktu 5 menit. (Wulandari, 2016)

Konsep Keluarga

Definisi Keluarga

Menurut (Duval & Logan, 1986) Keluarga merupakan sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional serta sosial dari setiap anggota keluarga (Gusti, 2013). Menurut (Friedman, 1998) mendefinisikan keluarga merupakan kumpulan dua orang atau

lebih yang hidup bersama, dengan keterikatan aturan dan emosional dan masing-masing tiap keluarga mempunyai peran masing-masing (Gusti, 2013)

Jadi, dari beberapa definisi di atas maka keluarga merupakan sekumpulan dua orang atau lebih dengan ikatan perkawinan yang hidup bersama, yang bertujuan untuk mempertahankan budaya, mental, meningkatkan perkembangan fisik dengan keterikatan aturan dan emosional dan setiap anggota keluarga mempunyai peran masing-masing (Kopdayana, 2019).

Struktur Keluarga

Patrilineal adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.

Matrilineal adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.

Matrilokal adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.

Patrilokal adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.

Keluarga kawinan adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami istri (Gusti, 2013)

Ciri-ciri struktur keluarga:

Terorganisir: saling berhubungan, saling ketergantungan antara anggota keluarga.

Ada keterbatasan: setiap anggota memiliki kebebasan, tetapi mereka juga mempunyai keterbatasan dalam menjalankan fungsi dan tugasnya masing-masing.

Ada perbedaan dan kekhususan: setiap anggota keluarga mempunyai peranan dan fungsinya masing-masing (Gusti, 2013)

Tipe Keluarga

Menurut (Walsh, 1998, hlm. 28) Saat ini, tidak terdapat lagi keluarga khas Amerika. Berbagai bentuk keluarga sering kali diklasifikasikan menjadi bentuk keluarga tradisional dan non tradisional. Pembentukan kembali kehidupan modern yang berbeda terdiri atas perpaduan berbagai struktur dan budaya keluarga yang muncul: ibu yang bekerja dan suami-istri sama-sama bekerja; keluarga yang bercerai, keluarga orangtua tunggal, dan menikah lagi; serta pasangan rumah tangga, baik pasangan homoseksual maupun heteroseksual (Friedman, 2014)

Tipe keluarga tradisional

Keluarga inti (Nuclear Family)

Adalah keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya

Keluarga besar (Extended family)

Adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek, nenek, paman, bibi, saudara, sepupu, dll).

Keluarga bentukan kembali (Dyadic Family)

Adalah keluarga baru yang terbentuk dari pasangan yang telah cerai atau kehilangan pasangannya.

Orang tua tunggal (Single parent family)

Adalah keluarga yang terdiri salah satu orang tua dengan anak-anak akibat perceraian atau ditinggal pasangannya.

The single adult living alone

Adalah orang dewasa yang tinggal sendiri tanpa pernah menikah.

The unmarried teenage mother

Adalah ibu dengan anak tanpa perkawinan.

Keluarga usila (Middle age/aging couple)

Adalah suami sebagai pencari uang, istri dirumah atau kedua-duanya bekerja atau tinggal di rumah, anak-anaknya sudah meninggalkan rumah karena sekolah/ perkawinan/ meniti karir.

Tipe keluarga non tradisional

Commune family

Adalah lebih satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah.

Orang tua (ayah dan ibu) yang tidak ada ikatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah tangga.

Homoseksual

Adalah dua individu yang sejenis hidup bersama dalam satu rumah tangga (Gusti, 2013)

Tahap-Tahap Perkembangan Keluarga

Berdasarkan konsep Duvall dan Miller, tahapan perkembangan keluarga dibagi menjadi 8:

Keluarga Baru (Berganning Family)

Pasangan baru menikah yang belum mempunyai anak. Tugas perkembangan keluarga dalam tahap ini antara lain yaitu membina hubungan intim yang memuaskan, menetapkan tujuan bersama, membina hubungan dengan keluarga lain,

mendiskusikan rencana memiliki anak atau KB, persiapan menjadi orang tua dan memahami *prenatal care* (pengertian kehamilan, persalinan dan menjadi orang tua).

Keluarga dengan anak pertama < 30bln (*child bearing*)

Masa ini merupakan transisi menjadi orang tua yang akan menimbulkan krisis keluarga. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini antara lain yaitu adaptasi perubahan anggota keluarga, mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan pasangan, membagi peran dan tanggung jawab, bimbingan orang tua tentang pertumbuhan dan perkembangan anak, serta konseling KB post partum 6 minggu.

Keluarga dengan anak pra sekolah

Tugas perkembangan dalam tahap ini adalah menyesuaikan kebutuhan pada anak pra sekolah (sesuai dengan tumbuh kembang, proses belajar dan kontak sosial) dan merencanakan kelahiran berikutnya.

Keluarga dengan anak sekolah (6-13 tahun)

Keluarga dengan anak sekolah mempunyai tugas perkembangan keluarga seperti membantu sosialisasi anak terhadap lingkungan luar rumah, mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual dan menyediakan aktifitas anak.

Keluarga dengan anak remaja (13-20 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah pengembangan terhadap remaja, memelihara komunikasi terbuka, mempersiapkan perubahan sistem peran dan peraturan anggota keluarga untuk memenuhi kebutuhan tumbuh kembang anggota keluarga.

Keluarga dengan anak dewasa

Tugas perkembangan keluarga mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya, menata kembali fasilitas dan sumber yang ada dalam keluarganya.

Keluarga usia pertengahan (*middle age family*)

Tugas perkembangan keluarga pada saat ini yaitu mempunyai lebih banyak waktu dan kebebasan dalam mengolah minat sosial dan waktu santai, memulihkan hubungan antara generasi muda-tua serta persiapan masa tua.

Keluarga lanjut usia

Dalam perkembangan ini keluarga memiliki tugas seperti penyesuaian tahap masa pensiun dengan cara merubah cara hidup, menerima kematian pasangan dan mempersiapkan kematian, serta melakukan *life review* masa lalu.

Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman dalam Gusti (2013) adalah sebagai berikut:

Fungsi afektif (*the affective function*) adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.

Fungsi sosialisasi dan tempat bersosialisasi (*socialization and social placement function*) adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah.

Fungsi reproduksi (*the productive function*) adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.

Fungsi ekonomi (the economic function) yaitu keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

Fungsi perawatan / pemeliharaan kesehatan (the health care function) yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi.

Tugas Keluarga

Menurut E.Duvall ada 8 (delapan) tugas dasar yang mengarah pada keberhasilan hidup berkeluarga di dalam masyarakat, tugas keluarga meliputi tanggung jawab untuk memuaskan kebutuhan-kebutuhan biologik, kultural dan pribadi serta aspirasi para anggota pada setiap tingkat perkembangan keluarga. 8 (delapan) tugas dasar tersebut meliputi:

Pemeliharaan fisik

Keluarga bertanggung jawab menyediakan tempat bernaung, pakaian yang sesuai dan makanan yang cukup bergizi, serta asuhan kesehatan atau keperawatan yang memadai.

Alokasi sumber

Sumber-sumber meliputi: keuangan, waktu pribadi, energi dan hubungan dengan orang lain. Kebutuhan-kebutuhan anggota keluarga dipenuhi melalui penganggaran dan pembagian kerja untuk menyediakan bahan, ruangan dan fasilitas melalui hubungan interpersonal untuk saling membagi wewenang, respek dan perhatian.

Pembagian kerja

Anggota keluarga menetapkan yang akan memikul tanggung jawab apa, seperti memperoleh penghasilan atau income, mengelola tugas-tugas rumah tangga, memelihara rumah dan kendaraan, memberi asuhan kepada anggota keluarga yang masih muda, tua atau yang tidak mampu/ tidak berdaya dan tugas-tugas lain yang telah ditentukan.

Sosialisasi anggota keluarga

Keluarga mempunyai tanggung jawab untuk membimbing berkembangnya secara matang pola perilaku yang dapat diterima masyarakat, yang menyangkut kebutuhan makan, eliminasi, istirahat tidur, seksualitas, interaksi dengan orang lain.

Reproduksi, penerimaan dan melepas anggota-anggota keluarga

Melahirkan, adopsi dan membesarkan anak adalah tanggung jawab keluarga, sejalan dengan masuknya anggota-anggota baru melalui perkawinan. Kebijakan-kebijakan ditetapkan untuk memasukkan orang lain kedalam keluarga seperti: mertua, sanak saudara, orangtua tiri, tamu dan teman

Pemeliharaan keteraturan

Keteraturan dipelihara melalui interaksi perilaku yang bisa diterima. Bentuk dan identitas, pola kasih sayang, ungkapan seksual diperkuat melalui perilaku orangtua untuk menjamin penerimaan dalam masyarakat.

Penempatan anggota keluarga dalam masyarakat luas

Anggota keluarga mengakar di masyarakat melalui hubungan di tempat ibadah, sekolah, sistem politik dan organisasi-organisasi lain. Keluarga juga

memikul tanggung jawab untuk melindungi anggota keluarga dari pengaruh luar yang tidak diinginkan dan dalam keanggotaan kelompok-kelompok yang tidak diinginkan.

Pemeliharaan motivasi dan moral

Anggota keluarga menghargai satu sama lain atas keberhasilan mereka dan disediakannya suasana keluarga yang mencerminkan bahwa setiap individu diterima, didukung dan diperhatikan. Keluarga mengembangkan suatu falsafah hidup dan semangat kesatuan dan kesetiaan keluarga, sehingga memungkinkan anggota-anggota beradaptasi dengan krisis pribadi maupun keluarga (Gusti, 2013).

Selain 8 (delapan) tugas dasar keluarga yang harus dilaksanakan dengan baik keluarga juga harus mampu melaksanakan tugas dalam kesehatan keluarga. Tugas kesehatan keluarga menurut Freeman dalam Gusti (2013) yaitu:

Mengenal masalah kesehatan keluarga

Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat.

Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit

Mempertahankan suasana rumah yang sehat.

Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat.

Peran Perawat Keluarga

Pendidik

Perawat perlu memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga agar keluarga dapat melakukan program asuhan keperawatan keluarga secara mandiri dan bertanggung jawab terhadap masalah kesehatan keluarga.

Koordinator

Diperlukan pada perawatan berkelanjutan agar pelayanan yang komprehensif dapat tercapai.

Pelaksana

Perawat yang bekerja dengan klien dan keluarga baik dirumah, klinik maupun di rumah sakit bertanggung jawab dalam memberikan perawatan langsung.

Pengawas kesehatan

Sebagai pengawas kesehatan, perawat harus melakukan home visite atau kunjungan rumah yang teratur untuk mengidentifikasi atau melakukan pengkajian tentang kesehatan keluarga.

Konsultan

Perawat sebagai narasumber bagi keluarga di dalam mengatasi masalah kesehatan.

Kolaborasi

Perawat komunitas juga harus bekerja sama dengan pelayanan rumah sakit atau anggota tim kesehatan yang lain untuk mencapai tahap kesehatan keluarga yang optimal.

Fasilitator

Membantu keluarga dalam menghadapi kendala untuk meningkatkan derajat kesehatannya.

Penemu kasus

Mengidentifikasi masalah kesehatan secara dini, sehingga tidak terjadi ledakan atau wabah.

Modifikasi lingkungan

Perawat juga harus dapat memodifikasi lingkungan, baik lingkungan rumah maupun lingkungan masyarakat agar dapat tercapai lingkungan yang sehat (Gusti, 2013).

Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Pasien Dermatitis Atopik

Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keluarga merupakan proses penjajakan keluarga yang perlu dilakukan untuk membina hubungan baik dengan keluarga. Proses pengkajian yang dilakukan untuk mengumpulkan data klien dan keluarga.

Data umum:

Nama kepala keluarga, umur, alamat, pekerjaan dan pendidikan, komposisi keluarga, genogram keluarga.

Tipe keluarga, menjelaskan jenis tipe keluarga beserta masalah yang terjadi dengan jenis tipe keluarga tersebut.

Suku bangsa atau latar belakang budaya, mengkaji asal suku bangsa keluarga tersebut.

Agama, mengkaji agama yang dianut oleh keluarga tersebut serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan.

Status social ekonomi keluarga

Aktivitas rekreasi keluarga dan waktu luang, rekreasi keluarga tidak hanya dilihat dari kapan saja keluarga pergi bersama-sama mengunjungi tempat rekreasi, tetapi dengan menonton TV dan mendengarkan radio juga termasuk juga rekreasi.

Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

Pada anamnesa kasus dermatitis perlu ditanyakan riwayat atopik, perjalanan penyakit, pekerjaan, hobi, riwayat kontak dan pengobatan yang diberikan oleh dokter maupun dilakukan sendiri. Namun yang paling penting ditanyakan pada anamnesa antara lain:

Riwayat pekerjaan sekarang: tempat bekerja, jenis pekerjaan, kegiatan yang lazim dilakukan pada hari kerja, pakaian pelindung dan peralatan, dan fasilitas kebersihan dan prakteknya, riwayat kerja yang lalu sebelum bekerja di tempat tersebut, riwayat tentang penyakit kulit akibat kerja yang pernah diderita.

Riwayat lainnya secara umum: latar belakang atopik (perorangan atau keluarga), alergi kulit, penyakit kulit lain, pengobatan yang telah diberikan, kemungkinan pajanan di rumah dan hobi pasien.

Untuk tahap perkembangan keluarga ditentukan:

Tahap perkembangan keluarga saat ini, ditentukan oleh anak tertua dari keluarga inti.

Tahap perkembangan keluarga belum terpenuhi, menjelaskan bagaimana tugas perkembangan yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendalanya.

Pengkajian lingkungan

Karakteristik rumah, gambaran tipe tempat tinggal dan kondisi rumah yang ditempati

Karakteristik lingkungan dan komunitas tempat tinggal mobilitas

Mobilitas geografis keluarga, keluarga tinggal menetap atau sering berpindah-pindah

Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat.

Sistem pendukung keluarga, seperti jaminan kesehatan keluarga

Struktur keluarga

Pola-pola komunikasi keluarga

Struktur kekuatan keluarga

Struktur peran

Struktur nilai atau norma keluarga

Fungsi keluarga

Stress dan coping

Stressor jangka panjang dan jangka pendek

Stressor jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari 6 bulan.

Stressor jangka panjang yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari 6 bulan

Kemampuan keluarga berespon terhadap stressor di kaji, sejauh mana keluarga berespon terhadap stressor

Strategi coping yang digunakan

Dikaji strategi coping yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan atau stress

Strategi adaptasi fungsional

Dijelaskan mengenai strategi adaptasi disfungsional yang digunakan bila menghadapi permasalahan.

Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga. Metode yang digunakan sama dengan pemeriksaan fisik pada klinik

Harapan keluarga

Pada akhir pengkajian perawat menanyakan harapan keluarga terhadap masalah yang diderita klien (Susanto, 2012).

Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan keluarga merupakan tahap kedua dari proses keperawatan keluarga. Tahap ini merupakan kegiatan penting dalam menentukan masalah keperawatan yang akan diselesaikan dalam keluarga. Penetapan diagnosis keperawatan yang tidak tepat akan memengaruhi tahapan berikutnya dalam proses keperawatan. Kemampuan perawat dalam menganalisis data hasil pengkajian sangat diperlukan dalam menetapkan diagnosis keperawatan keluarga.

Uraian materi yang pertama, menjelaskan tentang definisi diagnosis keperawatan. Apa yang Anda ketahui tentang definisi diagnosis keperawatan? Diagnosis keperawatan adalah interpretasi ilmiah atas data hasil pengkajian yang interpretasi ini digunakan perawat untuk membuat rencana, melakukan implementasi, dan evaluasi. Pengertian lain dari diagnosis keperawatan adalah keputusan klinik tentang semua respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan

kewenangan perawat. Semua diagnosis keperawatan harus didukung oleh data. Data diartikan sebagai definisi karakteristik. Definisi karakteristik dinamakan “Tanda dan gejala”, Tanda adalah sesuatu yang dapat di observasi dan gejala adalah sesuatu yang dirasakan oleh klien. Diagnosis keperawatan menjadi dasar untuk pemilihan tindakan keperawatan untuk mencapai hasil bagi perawat (Nanda, 2011). Pendapat lain tentang definisi diagnosis keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau risiko perubahan pola) dari individu atau kelompok, dan perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi serta memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan (Gordon, 1976 dalam Capenito, 2000).

Gordon (1976) dalam Capenito (2000) menyatakan bahwa definisi diagnosis keperawatan adalah masalah kesehatan aktual dan potensial. Berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat mampu serta mempunyai kewenangan untuk memberikan tindakan keperawatan berdasarkan standar praktik keperawatan dan etik keperawatan yang berlaku di Indonesia. Diagnosis keperawatan ini dapat memberikan dasar pemilihan intervensi untuk menjadi tanggung gugat perawat. Formulasi diagnosis keperawatan adalah bagaimana diagnosis digunakan dalam proses pemecahan masalah, karena melalui identifikasi masalah dapat digambarkan berbagai masalah keperawatan yang membutuhkan asuhan keperawatan. Di samping itu, dengan menentukan atau menginvestigasi etiologi masalah, maka akan dijumpai faktor yang menjadi kendala atau penyebabnya. Dengan menggambarkan tanda dan gejala akan dapat digunakan untuk memperkuat masalah yang ada. Untuk menyusun diagnosis keperawatan yang tepat, dibutuhkan beberapa pengetahuan dan keterampilan yang

harus dimiliki antara lain, kemampuan dalam memahami beberapa masalah keperawatan, faktor yang menyebabkan masalah, batasan karakteristik, beberapa ukuran normal dari masalah tersebut, serta kemampuan dalam memahami mekanisme penanganan masalah, berpikir kritis, dan membuat kesimpulan dari masalah. Penulisan pernyataan diagnosis keperawatan pada umumnya meliputi tiga komponen, yaitu komponen P (Problem), E (Etiologi), dan S (Simptom atau dikenal dengan batasan karakteristik). Pada penulisan diagnosis keperawatan keluarga menggunakan pernyataan problem saja tanpa etiologi dan simptom. Dengan demikian, penulisan diagnosis keperawatan keluarga adalah dengan menentukan masalah keperawatan yang terjadi (Kholifah & Widagdo, 2016).

Skala untuk menentukan prioritas Asuhan Keperawatan Keluarga

Tabel 2.2: Skala Prioritas Asuhan Keperawatan Keluarga

No.	Kriteria	Skor	Bobot
	Sifat masalah Skala: Aktual Risiko Keadaan sejahtera/ diagnosis sehat	3 2 1	1
	Kemungkinan masalah dapat diubah Skala: mudah Sebagian Tidak dapat	2 1 0	2
	Potensi masalah untuk dicegah Skala: tinggi Cukup Rendah	3 2 1	1
	Menonjolnya masalah Skala: masalah dirasakan dan harus segera ditangani Ada masalah tetapi tidak perlu ditangani Masalah tidak dirasakan	2 1 0	1

Skoring:

Tentukan skor untuk setiap kriteria

Skor dibagi dengan makna tertinggi dan kalikanlah dengan bobot. (skor x bobot)

Angka tertinggi

Jumlahkan skor untuk semua kriteria

Faktor penting yang perlu dipertimbangkan dalam menetapkan prioritas, adalah:

Rasa keterdesakan klien (ini penting untuk membina hubungan)

Tindakan yang akan atau mungkin mempunyai efek terapeutik terhadap perilaku kesehatan klien dan keluarga di masa mendatang. Masalah ini kemudian akan membentuk landasan untuk menentukan tujuan dan perencanaan intervensi (Susanto, 2012)

Menurut SDKI untuk diagnosa keperawatan adalah sebagai berikut:

Gangguan rasa nyaman (D.0074 hal: 166) berhubungan dengan gejala penyakit

Nyeri akut (D.0077 hal: 172) berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Gangguan citra tubuh (D.0083 hal: 186) berhubungan dengan perubahan struktur tubuh/ bentuk tubuh

Gangguan integritas kulit/ jaringan (D.0129 hal: 282) berhubungan dengan kelembaban

Risiko infeksi (D.0142 hal: 304) berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit). (SDKI, 2016)

Rencana Keperawatan

Tabel 2.3: Rencana Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Gangguan rasa nyaman (D.0074 hal: 166)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... maka status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil (SLKI: L.08064 hal: 110):</p> <ul style="list-style-type: none"> Keluhan tidak nyaman (gatal) cukup menurun Pola tidur cukup membaik Perawatan sesuai kebutuhan (memakai pelembab) cukup meningkat 	<p>Perawatan Kenyamanan (SIKI, I. 08245 hal 326):</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (gatal) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> Berikan posisi yang nyaman Berikan pemijatan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi/ pengobatan <p>Manajemen Kenyamanan Lingkungan (SIKI, I. 08237 hal: 191)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitor kondisi kulit (misal: tanda-tanda iritasi) <p>Terapeutik</p>	<p>Untuk mengetahui cara menyelesaikan masalah keperawatan selanjutnya.</p> <p>Membantu klien/ keluarga untuk kooperatif selama pelaksanaan asuhan keperawatan</p> <p>Untuk memperlancar aliran sirkulasi darah.</p> <p>Untuk menambah pengetahuan klien dan keluarga dalam proses pengobatan yang optimal</p> <p>Untuk mengetahui intervensi selanjutnya terkait dengan kondisi kulit</p> <p>Mencegah terjadinya iritasi akibat bahan kimia dan juga</p>

			<p>Hindari paparan kulit terhadap iritan</p> <p>Fasilitasi kenyamanan lingkungan dengan memberikan pelembab pada kulit yang kering</p> <p>Edukasi</p> <p>Jelaskan manajemen lingkungan</p>	<p>bahan iritan lainnya</p> <p>Untuk membantu proses perbaikan pola tidur pasien</p> <p>Untuk menjaga kondisi kulit tetap bersih.</p>
2.	Nyeri akut (D.0077 hal: 172)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil (SLKI: L.08066 hal: 145):</p> <p>Keluhan nyeri cukup menurun skala nyeri (2-3)</p>	<p>Perawatan Kenyamanan (SIKI, I. 08245 hal 326):</p> <p>Observasi</p> <p>Identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (nyeri)</p> <p>Edukasi</p> <p>Ajarkan terapi relaksasi</p> <p>Ajarkan teknik distraksi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian analgesic, antipruritus, antihistamin jika perlu</p>	<p>Untuk mengetahui tindakan selanjutnya</p> <p>Untuk membantu mengurangi rasa nyeri</p> <p>Untuk mengalihkan perhatian jika timbul rasa nyeri</p> <p>Untuk mencegah komplikasi</p>
3.	Gangguan citra tubuh (D.0083 hal: 186)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... maka citra tubuh meningkat dengan kriteria hasil (SLKI: L.09067</p>	<p>Edukasi perawatan diri (SIKI, I. 12420 hal: 90):</p> <p>Observasi</p> <p>Identifikasi pengetahuan tentang</p>	<p>Untuk mengetahui coping individu klien</p> <p>Untuk membantu menangani hal yang dapat</p>

		hal: 19): Verbalisasi kekhawatiran pada penolakan/ reaksi orang lain cukup menurun Menyembunyikan bagian tubuh berlebihan cukup menurun	perawatan diri Identifikasi masalah dan hambatan perawatan diri yang dialami Terapeutik Berikan penguatan positif terhadap kemampuan yang didapat Edukasi Ajarkan perawatan diri, praktik perawatan diri dan aktivitas kehidupan sehari-hari	menghambat proses perawatan diri Meningkatkan motivasi klien Untuk memberikan pengetahuan kepada klien secara nyata.
4.	Gangguan integritas kulit/ jaringan (D.0129 hal: 282)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... maka integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil (SLKI: L.14125 hal: 33): Hidrasi cukup meningkat Kemerahan cukup menurun Tekstur kulit cukup membaik	Edukasi Perawatan Kulit (SIKI, I. 12426 hal: 94): Edukasi Anjurkan minum cukup cairan Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya Anjurkan menggunakan pelembab Anjurkan melapor jika ada lesi kulit	Untuk menjaga agar tubuh tidak kekurangan cairan Untuk mencegah kulit kering akibat memakai sabun berlebihan Untuk melindungi kelembaban kulit Agar tidak terjadi komplikasi
5.	Risiko infeksi (D.0142 hal: 304)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... maka tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil (SLKI:	Perawatan Luka (SIKI, I.14564 hal: 328): Observasi Monitor tanda-tanda infeksi	Untuk menilai tingkat infeksi Untuk membersihkan kulit dari jamur dan bakteri

		<p>L.14137 hal:139):</p> <p>Kebersihan tangan cukup meningkat</p> <p>Kemerahan cukup menurun</p> <p>Nyeri cukup menurun</p>	<p>Terapeutik</p> <p>Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik (cairan dengan kandungan aktif Pine Oil)</p> <p>Berikan salep yang sesuai ke kulit/ lesi.</p> <p>Edukasi</p> <p>Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri.</p>	<p>Untuk mengobati lesi</p> <p>Untuk menambah pengetahuan tentang tanda-tanda infeksi (bernanah)</p> <p>Untuk membantu proses kemandirian klien dalam melakukan perawatan diri</p>
--	--	---	---	--

Implementasi Keperawatan Keluarga

Tindakan perawat adalah upaya perawat untuk membantu kepentingan klien, keluarga dan komunitas dengan tujuan untuk meningkatkan kondisi fisik, emosional, psikososial serta budaya dan lingkungan, tempat mereka mencari bantuan. Tindakan keperawatan adalah implementasi/ pelaksanaan dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik.

Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing order untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping.

Dalam tahap ini, perawat harus mengetahui berbagai hal diantaranya bahaya-bahaya fisik dan perlindungan pada klien, tehnik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak-hak dari pasien, serta pemahaman tingkat perkembangan pasien.

Pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah direncanakan adalah dengan menerapkan tehnik komunikasi terapeutik. Dalam melaksanakan tindakan perlu melibatkan seluruh anggota keluarga dan selama tindakan, perawat perlu memantau respon verbal dan nonverbal pihak keluarga (Kholifah & Widagdo, 2016).

Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai, meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan. Evaluasi merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan.

Pengumpulan data perlu direvisi untuk menentukan apakah informasi yang telah dikumpulkan sudah mencukupi dan apakah perilaku yang diobservasi sudah selesai. Diagnosa keperawatan juga perlu dievaluasi dalam hal keakuratan dan kelengkapannya. Tujuan keperawatan harus dievaluasi adalah untuk menentukan apakah tujuan tersebut, dapat dicapai secara efektif.

Evaluasi didasarkan pada bagaimana efektifnya intervensi atau tindakan yang dilakukan oleh keluarga, perawat dan yang lainnya. Keefektifan ditentukan dengan melihat respon keluarga dan hasil, bukan intervensi-intervensi yang diimplementasikan.

Meskipun evaluasi dengan pendekatan terpusat pada klien paling relevan, sering kali membuat frustrasi karena adanya kesulitan-kesulitan dalam membuat kriteria objektif untuk hasil yang dikehendaki. Rencana perawatan mengandung kerangka kerja evaluasi. Evaluasi merupakan proses berkesinambungan yang terjadi setiap kali seorang perawat memperbarui rencana asuhan keperawatan. Sebelum perencanaan dikembangkan lebih lanjut, perawat bersama keluarga perlu melihat tindakan-tindakan perawatan tertentu apakah tindakan tersebut benar-benar membantu (Kholifah & Widagdo, 2016).