

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.N KELUARGA**  
**Bpk. T DENGAN DERMATITIS ATOPIK**  
**DI WILAYAH KERJA UPT BLUD**  
**PUSKESMAS AIR TIRIS**  
**TAHUN 2021**



**NAMA : WIDYA ARIANANDA**  
**NIM : 1814401013**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**  
**FAKULTAS ILMU KESEHATAN**  
**UNIVERSITAS PAHLAWAN TUANKU TAMBUSAI**  
**2021**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN****UNIVERSITAS PAHLAWAN TUANKU TAMBUSAI RIAU****Karya Tulis Ilmiah, Juli 2021****WIDYA ARIANANDA****NIM 1814401013****ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.N KELUARGA Bpk.T DENGAN DERMATITIS ATOPIK DI WILAYAH KERJA UPTD BLUD PUSKESMAS AIR TIRIS TAHUN 2021****ABSTRAK**

Dermatitis atopik adalah penyakit inflamasi kulit kronis dan residif yang gatal yang ditandai dengan eritema dengan batas tidak tegas, edema, vesikel, dan madidans pada stadium akut dan penebalan kulit (likenifikasi) pada stadium kronik dan sering berhubungan dengan peningkatan kadar IgE dalam serum dan riwayat atopik keluarga dan gangguan atopik lainnya seperti rhinitis alergika dan asma bronkial. Tujuan penulisan adalah penulis mampu menerapkan asuhan keperawatan kepada pasien dengan dermatitis atopik di wilayah kerja UPT BLUD Puskesmas Air Tiris Tahun 2021. Metode penulisan dengan pengumpulan data meliputi wawancara, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi serta menggunakan format asuhan keperawatan keluarga dan menggunakan teknik SOAP. Setelah dilakukan pengkajian pada An.N dengan Dermatitis Atopik didapatkan hasil pengkajian klien mengatakan nyeri (gatal), terdapat kerusakan integritas kulit seperti benjolan kecil berisi cairan yang meninggalkan bekas kehitaman dan memutih, terdapat lesi dan pruritus pada kulit dan adanya gangguan istirahat tidur. Diagnosa keperawatan yang didapatkan pada An.N dengan Dermatitis Atopik disesuaikan dengan kondisi klien pada saat ini berjumlah 2 diagnosa keperawatan yaitu gangguan rasa nyaman nyeri (gatal) b/d agen injuri atau alergen dan kerusakan integritas kulit b/d terpapar alergen. Intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul sehingga masalah yang dialami klien dapat teratasi. Intervensi keperawatan diberikan selama tiga kali kunjungan kerumah klien. Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien dengan Dermatitis Atopik dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dibuat. Setelah tiga kali kunjungan ke rumah klien masalah gagguan rasa nyaman nyeri (gatal) sudah dapat di kontrol dengan baik serta kerusakan integritas kulit sudah mulai mengering.

***Kata Kunci : Asuhan Keperawatan Dermatitis Atopik***

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah puji syukur kehadiran Allah SWT, dimana berkat rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat memperoleh kemampuan dalam menyelesaikan penulisan proposal studi kasus. Penyusunan laporan penelitian ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai.

Adapun judul dari laporan ini adalah “Asuhan Keperawatan Pada An.N Keluarga Bpk.T Dengan Dermatitis Atopik di Wilayah Kerja UPT BLUD Puskesmas Air Tiris”. Dalam penulisan laporan studi kasus, peneliti mengucapkan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr.H. Amir Luthfi selaku Rektor Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai.
2. Dewi Anggraini Harahap, M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai.
3. Ns. Ridha Hidayat, M.Kep selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan Tuanku Tambusai.
4. Ns. Indrawati, S.Kep, MKL selaku Dosen Pembimbing yang telah membimbing peneliti dengan kesabaran yang beliau curahkan hingga penulisan laporan peneliti ini terselesaikan tepat pada waktunya.
5. Ns. Yenny Safitri S.Kep, M.Kep selaku Dosen Penguji 1
6. Ns. Nia Aprilla S.Kep, M.Kep selaku Dosen Penguji 2

7. Kepala Puskesmas dan CI Puskesmas Kampar atas dukungan dan kerja sama dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah (KTI).
8. Ibu tercinta (Sri Hasma Dewi), Abang tercinta (Zul Arif Putra Perdana dan Abdul Mukti Has'ari), kakak ipar, nenek, mamak, paman dan seluruh keluarga yang dengan tulus memberi dorongan dalam bentuk apapun serta kasih sayang tak terhingga.
9. Peneliti juga berterima kasih kepada teman-teman seperjuangan DIII Keperawatan dan seluruh teman-teman yang telah memberi motivasi serta saran kepada peneliti dalam mengerjakan laporan penelitian ini.

Peneliti mengharapkan saran dan kritik yang membangun, khususnya bagi peneliti dan pembaca pada umumnya atas bantuan berbagai pihak peneliti ucapkan terimakasih.

Penyasawan, 4 Juni 2021

Peneliti

**WIDYA ARIANANDA**

**NIM : 1814401013**

## DAFTAR ISI

<b>COVER .....</b>	<b>i</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>ii</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>iii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>viii</b>

### **BAB I PENDAHULUAN**

A. Latar Belakang .....	1
B. Batasan Masalah.....	6
C. Rumusan Masalah .....	6
D. Tujuan Penelitian .....	6
E. Manfaat Studi Kasus .....	7

### **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

A. Konsep Dasar .....	8
1. Defenisi.....	8
2. Etiologi .....	9
3. Patofisiologi.....	12
4. Manifestasi Klinis.....	14
5. Komplikasi.....	16
6. Penatalaksanaan.....	16
7. Pathway .....	19
B. Tinjauan Konsep Keluarga.....	20
1. Konsep Keluarga .....	20
C. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga.....	29
1. Pengkajian.....	29
2. Analisa Data .....	36
3. Intervensi Keperawatan Keluarga .....	39
4. Implementasi Keperawatan Keluarga .....	46
5. Evaluasi .....	47

### **BAB III METODE PENELITIAN**

A. Desain Penelitian.....	49
B. Batasan Istilah .....	49
C. Partisipan.....	50

D. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	50
E. Pengumpulan Data .....	51
F. Uji Keabsahan .....	52
G. Analisa Data .....	53
H. Etika Penelitian .....	54

#### **BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN**

A. Hasil Penelitian .....	56
1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data .....	56
2. Pengkajian Asuhan Keperawatan Keluarga .....	56
3. Diagnosa Keperawatan .....	64
4. Prioritas Diagnosa Keperawatan .....	66
5. Intervensi Keperawatan .....	66
6. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	68
B. Pembahasan.....	71

#### **BAB V KESIMPULAN DAN SARAN**

A. Kesimpulan .....	74
B. Saran.....	76

#### **DAFTAR PUSTAKA**

**DAFTAR TABEL**

<b>Tabel 1.1 Data Kejadian DA di Kabupaten Kampar Tahun 2020 .....</b>	<b>5</b>
--	----------

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Menurut *World Health Organization* (WHO) menyatakan kesehatan merupakan suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan kesejahteraan sosial, tidak hanya ketiadaan penyakit atau kelemahan. Masalah kesehatan menjadi fenomena yang serius di dunia, banyak anak-anak dapat mengalami gangguan kesehatan, salah satu penyakit yang mengganggu balita adalah dermatitis atopik (Nurfadillah, dkk 2014) .

Dermatitis atopik merupakan salah satu masalah kesehatan yang angka kejadiannya selalu bertambah atau meningkat setiap tahunnya. Nama lain dermatitis atopik yaitu eksema atopik, eksema dermatitis, dan neurodermatitis. Dermatitis atopik merupakan inflamasi kulit yang bersifat kronik berulang yang disertai rasa gatal dan timbul pada tempat predileksi tertentu serta didasari oleh adanya sifat hipersensitivitas. Dermatitis atopik dibagi menjadi tiga fase yaitu fase bayi (*infantile type*), fase anak (*childhood type*) dan fase dewasa (*adult type*) (Santoso, 2010).

Manifestasi pertama dan tersering dari *atopic march* adalah dermatitis atopik, yang bila tidak diatasi secara tepat akan berlanjut menjadi *allergic rhinitis* atau asma sebesar 80%. Prevalensi alergi makanan pada pasien dermatitis atopik berkisar 33% - 63% (Sondang Sidabutar, dkk 2011)



Penyebab dermatitis atopik belum sepenuhnya dimengerti riwayat keluarga yang positif mempunyai peran yang penting dalam kerentanan terhadap penyakit tersebut, melalui interaksi antara genetik, lingkungan, efek sawar kulit dan sistem imun. Genetik juga memungkinkan pada wilayah tersebut masih satu anggota keluarga sehingga mudah sekali penyebarannya. Namun faktor genetik saja tidak dapat menjelaskan peningkatan prevalensi yang demikian besar. Pada masa bayi dan anak-anak sangat rentan sekali karena sistem imun yang belum kuat dan tingkat kebersihan yang masih belum maksimal, peran orang tua dan keluarga juga sangat dibutuhkan dalam menjaga kesehatan anak mulai dari kebersihan diri hingga lingkungan. Tingkat pendidikan yang masih rendah memungkinkan pengetahuan tentang menjaga kesehatan yang juga berpengaruh terhadap kebersihan tubuh (Djuanda Adhi, 2010).

Faktor yang dapat memicu eksaserbasi gejala dermatitis atopik adalah suhu panas, keringat, kelembapan, bahan-bahan iritan misalnya sabun dan deterjen, infeksi misalnya *Staphylococci*, virus, *Pityrosporum*, *Candida*, dan dermatofita, makanan, bahan yang terhirup (inhalan), alergi kontak dan stress emosional. Berdasarkan penelitian dilakukan oleh Dashen dkk tahun 2011 di Nigeria menunjukkan hasil bubuk kosmetik yang di analisis lebih terkontaminasi jamur di bandingkan dengan bakteri seperti, *Staphylococcus aureus*, *Clostridium tetani*, dan *Candida Albicans*. Batas layak jamur yang ada pada bedak bayi dianalisis berada di atas batas yang dapat diterima (Movita, 2014).

Pengobatan dermatitis atopik antara lain mengeliminasi faktor pencetus di atas, selain pengobatan medikamentosa dengan kortikosteroid topikal, antihistamin, dan simtomatis (Pandeleke, 2014). Perbaikan sawar kulit dengan perawatan kulit yang baik sangat penting untuk mengontrol dermatitis atopik. Fungsi sawar kulit diperbaiki dengan hidrasi yang baik dan aplikasi pelembab. Disarankan berendam di air hangat selama kurang lebih 10 menit, memakai sabun dengan pelembab (*moisturizing cleanser*), diikuti aplikasi pelembab segera setelah mandi. Untuk mengeringkan kulit disarankan menggunakan handuk lembut dengan menekan lembut saja dan tidak menggosok kulit (Movita, 2014).

Menurut *Study of Asthma and Allergies in Childhood* (ISAAC) angka kejadian dermatitis atopik pada anak bervariasi 1-20% dengan prevalensi tertinggi di Eropa Utara. Prevalensi dermatitis atopik sekitar 15-30% pada anak dan 2-10% pada dewasa yang meningkat tiga kali lipat dalam tiga dekade terakhir di negara industri (Bieber, 2010). Di India prevalensi dermatitis atopik pada usia 6-7 tahun sebanyak 0,9% dan di Ecuador sebanyak 22,5%. Di Asia dan Amerika prevalensinya pada usia 13-14 tahun sebanyak 0,2% di Cina, 24,6% di Columbia dan >15% di Afrika, Amerika Latin dan Eropa. Prevalensi terus meningkat di Inggris, Selandia Baru, untuk usia 6-7 tahun dan 13-14 tahun. Sedangkan di Amerika Latin, Asia Timur relatif tinggi prevalensinya (Nestle A, 2015). Menurut ISAAC prevalensi dermatitis atopik di Asia sebanyak 20% yaitu di Korea Selatan, Taiwan dan Jepang (Lee et al, 2012). Prevalensi dermatitis atopik di

Hongkong sebanyak 20,1% (Tabri et all, 2011). Prevalensi di Singapura sebanyak 17,9% untuk usia 12 tahun, dermatitis atopi lebih sering terjadi pada wanita dengan rasio 1,5 : 1 (Eichenfield et all, 2014).

Angka prevalensi meningkat pesat pada dekade terakhir, prevalensi pada bayi dan anak sekitar 10-20%, sedangkan pada dewasa sekitar 1-3%. Pada tahun 2012 di Indonesia terdapat 1,1% pasien dermatitis atopik berusia 13-14 tahun. Pada tahun 2013 dari laporan 5 rumah sakit yang melayani dermatologi anak yaitu RS Dr. Hasan Sadikin Malik Medan, RS Dr. Kandou Manado, RSU Palembang, RSUD Sjaiful Anwar Malang tercatat sejumlah 261 kasus diantara 2356 pasien baru (11,8%) (Kelompok Studi Dermatologi Anak Indonesia, 2014).

Temuan peneliti di lapangan, peneliti mendapatkan bahwa kasus dermatitis atopik ini sering di jumpai di masyarakat, terutama masyarakat Kampar. Dan berdasarkan jurnal-jurnal yang peneliti baca kasus ini semakin meningkat di setiap tahunnya di sebabkan kurangnya pengetahuan masyarakat tentang penyebab dan penanganan penyakit ini. Dan peneliti tertarik membahas kasus ini di UPT BLUD Puskesmas Air Tiris. Dengan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kampar pada tahun 2020 dapat dilihat pada tabel 1.1 dibawah ini :

**Tabel 1.1 Data Kejadian Dermatitis Atopik di Kabupaten Kampar Tahun 2020**

No	Puskesmas	Jumlah	Presentase %
1.	Air Tiris	799	49,8 %
2.	Kampar Kiri Tengah	252	15,7 %
3.	Koto Kampar Hulu	175	10,9 %
4.	Kampar Kiri	77	4,8 %
5.	Bangkinang	68	4,24 %
6.	Salo	66	4,1 %
7.	Kampar Kiri Hulu I	63	3,92 %
8.	Tapung Hilir II	39	2,42 %
9.	Bangkinang Kota	27	1,7 %
10.	Tapung Hilir I	15	0,9 %
11.	Siak Hulu II	14	0,9 %
12.	Tambang	6	0,37 %
13.	Siak Hulu I	4	0,25 %
<b>Total</b>		<b>605</b>	<b>100%</b>

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Kampar 2020

Berdasarkan data diatas, dari 31 puskesmas yang ada UPT BLUD Puskesmas Air Tiris memiliki kasus dermatitis atopik tertinggi yang berjumlah 799 kasus di tahun 2020, di bandingkan dengan Puskesmas Kampar Kiri Tengah sebanyak 252 kasus dan Puskesmas Koto Kampar Hulu sebanyak 175 kasus.

Berdasarkan epidemiologi kasus yang masih tinggi, serta kurangnya pengetahuan masyarakat tentang penanganan dermatitis atopik ini maka peneliti tertarik untuk melakukan pengolahan kasus dalam penyusunan laporan hasil penelitian dengan judul “ Asuhan Keperawatan Pada Klien Pada An.N Keluarga Bpk.T Dengan Dermatitis Atopik di Wilayah Kerja UPT BLUD Puskesmas Air Tiris Tahun 2021”.

**B. Batasan Masalah**

Masalah studi kasus ini dibatasi pada Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Dermatitis Atopik di Wilayah Kerja UPT BLUD Puskesmas Air Tiris.

**C. Rumusan Masalah**

Bagaimana Asuhan Keperawatan pada klien Dermatitis Atopik di Wilayah Kerja Puskesmas UPT BLUD Puskesmas Air Tiris.

**D. Tujuan Penelitian**

## 1. Tujuan Umum

Memberikan Asuhan Keperawatan pada klien dengan Dermatitis Atopik di Wilayah Kerja UPT BLUD Puskesmas Air Tiris.

## 2. Tujuan Khusus

a. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien yang mengalami Dermatitis Atopik di Wilayah Kerja UPT BLUD Puskesmas Air Tiris.

b. Wilayah Kerja UPT BLUD Puskesmas Air Tiris.

c. Menyusun intervensi keperawatan pada klien yang mengalami Dermatitis Atopik di Wilayah Kerja UPT BLUD Puskesmas Air Tiris.

d. Melaksanakan implementasi keperawatan pada klien yang mengalami Dermatitis Atopik di Wilayah Kerja UPT BLUD Puskesmas Air Tiris.

e. Melakukan evaluasi pada klien yang mengalami Dermatitis Atopik di Wilayah Kerja UPT BLUD Puskesmas Air Tiris.

## **E. Manfaat Studi Kasus**

### 1. Manfaat Teoritis

Manfaat teoritis yang diharapkan dari Karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk meningkatkan pengetahuan dan memberi masukan informasi tentang Asuhan Keperawatan pada klien yang mengalami Dermatitis Atopik.

### 2. Manfaat Praktis

#### a. Manfaat Bagi Peneliti

Peneliti dapat mempraktekkan langsung Asuhan Keperawatan pada klien dengan Dermatitis Atopik.

#### b. Manfaat Bagi Klien dan Keluarga

Memberi tambahan informasi bagi klien dan keluarga untuk memahami keadaan sehingga dapat mengambil keputusan sesuai dengan masalah serta memperhatikan dan melaksanakan tindakan yang diberikan perawat.

#### c. Manfaat Bagi Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai Riau

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai tambahan dan referensi untuk meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan pada klien dengan Dermatitis Atopik.

#### d. Manfaat Bagi Peneliti Selanjutnya

Asuhan Keperawatan ini dapat dijadikan dasar informasi dan pertimbangan peneliti selanjutnya untuk menambah pengetahuan tentang Asuhan Keperawatan Dermatitis Atopik.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar**

##### 1. Defenisi

Dermatitis atopik adalah suatu peradangan menahun pada lapisan atas kulit yang dapat menyebabkan rasa gatal, seringkali terjadi pada penderita rhinitis alergik atau penderita asma pada orang-orang yang anggota keluarganya ada yang menderita rinitis alergik atau asma (R Clevere Susanto dan GA Made Ari M, 2013).

Dermatitis atopik atau *eczema* atopik adalah penyakit inflamasi kulit kronis dan residif yang gatal yang ditandai dengan eritema dengan batas tidak tegas, edema, vesikel, dan madidans pada stadium akut dan penebalan kulit (likenifikasi) pada stadium kronik dan sering berhubungan dengan peningkatan kadar IgE dalam serum dan riwayat atopik keluarga dan gangguan atopik lainnya seperti rhinitis alergika dan asma bronkial ( Belda Evina, 2015).

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

mengalami gangguan kualitas hidup yang signifikan (Ago Harlim, 2016).

Dermatitis atopik (DA) merupakan peradangan kulit yang bersifat kronis berulang, disertai rasa gatal, timbul pada tempat predileksi tertentu dan berhubungan dengan penyakit atopik lainnya, misalnya rinitis alergi dan asma bronkial. Kelainan dapat terjadi pada semua usia, merupakan salah satu penyakit tersering pada bayi dan anak, sebanyak 45% terjadi pada 6 bulan pertama kehidupan. Terdapat 2 bentuk DA, yaitu ekstrinsik dan intrinsik. Bentuk ekstrinsik didapat pada 70-80% pasien DA. Pada bentuk ini terjadi sensitisasi terhadap alergen lingkungan disertai serum IgE yang meningkat (PERDOSKI/Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia, 2017).

## 2. Etiologi

Penyebab dermatitis atopik ini sendiri tidak selalu sama dan tiap orang memiliki sebab berbeda-beda. Namun, satu hal yang pasti, penyakit ini terkait adanya faktor herediter (genetik) dan faktor lingkungan. Dermatitis atopik sering kali ditemukan pada penderita rhinitis alergika dan asma yang sifatnya menurun. Umumnya, penderita dermatitis atopik juga ditemukan IgE serum dengan kadar serum tinggi. Lesi kulit dermatitis atopik yang sering terjadi adalah terjadinya infiltrasi sel mononuklear, eosinofil, dan penimbunan cairan dalam kulit. Timbunan-timbunan tersebut membentuk vesikel-vesikel kecil



dalam jumlah banyak. Vesikel kecil inilah manifestasi terbentuknya krusta (Budhy Ermawan, S.Kp, M. Sc).

Penderita dermatitis atopik biasanya juga memiliki penyakit alergi lainnya. Hubungan antara dermatitis dan penyakit alergi tersebut tidak jelas, beberapa penderita memiliki kecenderungan yang sifatnya diturunkan untuk menghasilkan antibiotik secara berlebihan (misalnya immunoglobulin E) sebagai respon terhadap sejumlah rangsangan yang berbeda. Penderita memiliki penyakit alergi lainnya dan pada beberapa anak-anak, alergi makanan dapat memicu terjadinya dermatitis atopik (R Clevere Susanto dan GA Made Ari M, 2013). Berbagai keadaan yang bisa memperburuk dermatitis atopik :

1. Stress emosional.
2. Perubahan suhu atau kelembaban udara.
3. Infeksi kulit oleh bakteri.
4. Kontak dengan bahan pakaian yang bersifat iritan (terutama wol).

- a. Faktor Endogen

- 1) Sawar Kulit

Penderita DA pada umumnya memiliki kulit yang relatif kering baik di daerah lesi maupun non lesi, dengan mekanisme yang kompleks dan terkait erat dengan kerusakan sawar kulit. Disebabkan karena hilangnya *ceramide* yang berfungsi sebagai molekul utama pengikat air di ruang ekstra seluler stratum korneum. Kelaianan

fungsi sawar kulit mengakibatkan peningkatan *transepidermal water lost* (TEWL), kulit akan makin kering dan merupakan *port d'entry* untuk terjadinya penetrasi alergen, iritasi, bakteri dan virus.

## 2) Genetik

Pendapat tentang faktor genetik diperkuat dengan bukti, yaitu terdapat DA dalam keluarga. Jumlah penderita di keluarga meningkat 50% apabila salah satu orang tuanya DA, 75% bila kedua orang tuanya menderita DA.

## 3) Hipersensitivitas

Berbagai hasil penelitian terdahulu membuktikan adanya peningkatan kadar IgE dalam serum dan IgE dipermukaan sel Langerhans epidermis. Pasien DA bereaksi positif terhadap berbagai alergen, misalnya terhadap alergen makanan 40-96% DA bereaksi positif (pada *food challenge test*).

## 4) Faktor Psikis

Didapatkan antara 22-80% penderita DA menyatakan lesi DA bertambah buruk akibat stress emosi.

## b. Faktor Eksogen

### 1) Iritan

Kulit penderita DA ternyata lebih rentan terhadap bahan iritan, antara lain sabun alkalis, bahan kimia yang

terkandung pada berbagai obat gosok untuk bayi dan anak, sinar matahari dan pakaian wol.

2) Alergen

Penderita DA mudah mengalami terutama terhadap beberapa alergen, antara lain :

3) Alergin hirup

Yaitu debu rumah.

4) Alergen makanan

Khususnya pada bayi dan anak usia kurang dari 1 tahun (mungkin karna usus yang belum bekerja sempurna).

5) Infeksi

Infeksi *Staphylococcus aureus* ditemukan pada >90% lesi DA.

6) Lingkungan

Faktor lingkungan yang kurang bersih berpengaruh pada kekambuhan DA, misalnya asap rokok, kelembapan dan keringat yang banyak akan memicu rasa gatal dan kekambuhan DA

### 3. Patofisiologi

Patofisiologi dermatitis atopik (DA) merupakan gabungan dari serangkaian interaksi rumit antara kerentanan genetik yang menyebabkan sawar epidermis menjadi tidak sempurna, kelainan sistem imun, dan respon imun yang meningkat terhadap alergen dan antigen

mikroba. Pemahaman terkini patogenesis dermatitis atopik diperukan sebagai dasar strategi terapi DA yang komprehensif. Tiga faktor kunci yang berperan dalam patofisiologi DA adalah disfungsi sawar kulit, abnormalitas sistem imun dan efek pruritus. Disfungsi dari sawar epidermis (*Skin Barrier*) merupakan faktor patogen utama terjadinya dermatitis atopik. Pada pasien DA, dapat ditemukan mutasi atau defek dari gen FLG (*filaggrin gene*) yang akan menyandi protein (pro)-filaggrin yang berperan penting pada sawar epidermis sehingga meningkatkan kontak sel imun di dermis dengan antigen dari lingkungan eksternal. Proses ini menyebabkan rasa gatal yang kuat sehingga pasien menggaruk yang akan menyebabkan gangguan dan inflamasi pada pembatas kulit epidermal, kondisi ini dideskripsikan sebagai *itchscracth cycle*. (Berke, R., Singh, A., Guralnik, 2012).

Kerusakan pembatas kulit menyebabkan migrasi *antigen-presenting cells* yang teraktivasi ke dalam kelenjer getah bening, dan migrasi sel T naif menjadi T *helper 2* (Th2). Peningkatan sitokin Th2 bersamaan dengan *Tumor Necrosis Factor Alpha* (TNF- $\alpha$ ) dan *Interferon Gamma* (IFN- $\gamma$ ) menyebabkan kerusakan pembatas kulit lebih lanjut dengan cara menginduksi apoptosis keratinosit dan merusak fungsi *tight junction*. Selain itu, meningkatkan respon Th2 dengan cara meningkatkan respon Th2 dengan cara meningkatkan ekspresi *thymic stromal lymphopietin* (TSLP) dari sel epitelial. (Watson, W. Kapur S, 2011).

Selain faktor genetik yang menyebabkan proses di atas, pada DA dapat terjadi defek respon imun bawaan (innate immunity) yang menyebabkan pasien lebih rentan terdapat infeksi virus dan bakteri. Pada fase awal, respon sel T didominasi oleh Th2, tetapi selanjutnya terjadi pergeseran dominasi menjadi respon Th1 yang akan mengakibatkan pelepasan sitokin dan kemokin proinflamasi, yaitu interleukin 4 (IL 4), IL 5, dan TNF yang merangsang produksi IgE dan respon inflamasi sistemik. Serangkaian kejadian tersebut akan menimbulkan tanda dan gejala seperti pruritus. Patofisiologi yang melibatkan IgE ini serupa dengan patofisiologi penyakit atopik lainnya, seperti asma dan rhinitis alergi. (Nuttan W, 2015)

#### 4. Manifestasi Klinis

Gejala utama dermatitis atopik adalah gatal/pruritus yang muncul sepanjang hari dan memberat ketika malam hari yang dapat menyebabkan insomnia dan penurunan kualitas hidup. Rasa gatal yang hebat menyebabkan penderita menggaruk kulitnya sehingga memberikan tanda bekas garukan (*scratch mark*) yang akan diikuti oleh kelainan-kelainan sekunder berupa papula, erosi atau ekskoriasi dan selanjutnya akan terjadi likenifikasi bila proses menjadi kronis. Gambaran lesi eksematous dapat timbul secara akut (plak eritematosa, prurigo papules, papulovesikel), sub akut (penebalan dan plak ekskoriasi), dan kronik (likhenifikasi). Lesi eksematous dapat menjadi erosif bila terkena garukan dan terjadi eksudasi yang berakhir dengan

lesi berkrustae. Lesi kulit yang sangat basah (*weeping*) dan berkrusta sering didapatkan pada kelainan yang lanjut. Gambaran klinis dermatitis atopik dibagi menjadi 4 tipe berdasarkan lokalisasinya terhadap usia (Belda Evina, 2015).

a. Dermatitis Atopik Infantil (0-1 tahun)

Dermatitis atopik sering muncul pada tahun pertama kehidupan dan dimulai sekitar usia 2 bulan. Jenis ini disebut juga *milk scale* karena lesinya menyerupai bekas susu. Lesi berupa plak eritematosa, papulo-vesikel yang halus, dan menjadi krusta akibat garukan pada pipi dan dahi. Rasa gatal yang timbul menyebabkan anak menjadi gelisah, sulit tidur, dan sering menangis. Lesi eksudatif, erosi, dan krusta dapat menyebabkan infeksi sekunder dan meluas generalisata dan menjadi lesi kronis dan residif.

b. Dermatitis Atopik pada Anak (1-4 tahun)

Dapat merupakan kelanjutan bentuk infantile atau timbul sendiri. Pada umumnya lesi berupa papul eritematosa simetris dengan ekskoriiasi, krusta kecil, dan likenifikasi. Lesi dapat ditemukan di bagian fleksura dan ekstensor ekstremitas, sekitar mulut, kelopak mata, tangan dan leher.

c. Dermatitis Atopik pada Anak (4-16 tahun)

Pada orang dewasa, lesi dermatitis kurang karakteristik, dapat di wajah, tubuh bagian atas, fleksura, bibir dan tangan. Lesi kering, papul datar, plak likenifikasi dengan sedikit skuama, dan

sering terjadi ekskoriiasi dan eksudasi karena garukan. Terkadang dapat berkembang menjadi eritroderma. Stress dapat menjadi faktor pencetus karena saat stress nilai ambang rasa gatal menurun.

## 5. Komplikasi

Komplikasi yang sering terjadi pada anak dengan dermatitis atopik yaitu alergi saluran napas dan infeksi kulit oleh kuman dan bakteri, infeksi bakteri gejalanya berupa bintik-bintik yang mengeluarkan nanah. Barrier kulit yang rusak, respon imun yang abnormal, penurunan produksi peptide anti mikroba endogen, semua predisposisi mempengaruhi penderita dermatitis terkena infeksi sekunder. Pada mata juga dihubungkan dengan dermatitis kelopak mata dan blepharitis kronis yang umumnya terkait dengan dermatitis atopik dan dapat mengakibatkan gangguan penglihatan dari jaringan parut kornea (Natalia, dkk 2011)

## 6. Penatalaksanaan

### a. Non-Farmakologi

- 1) Hindari iritan atau allergen
- 2) Hindari garukan atau trauma lain pada kulit
- 3) Kompres dingin untuk menghindari peradangan
- 4) Hindari vaksinasi cacar

Penghindaran faktor allergen pada bayi berumur kurang dari 1 tahun akan mempengaruhi beratnya gejala DA. Maka dianjurkan agar bayi dengan riwayat keluarga alergi memperoleh hanya ASI sedikitnya

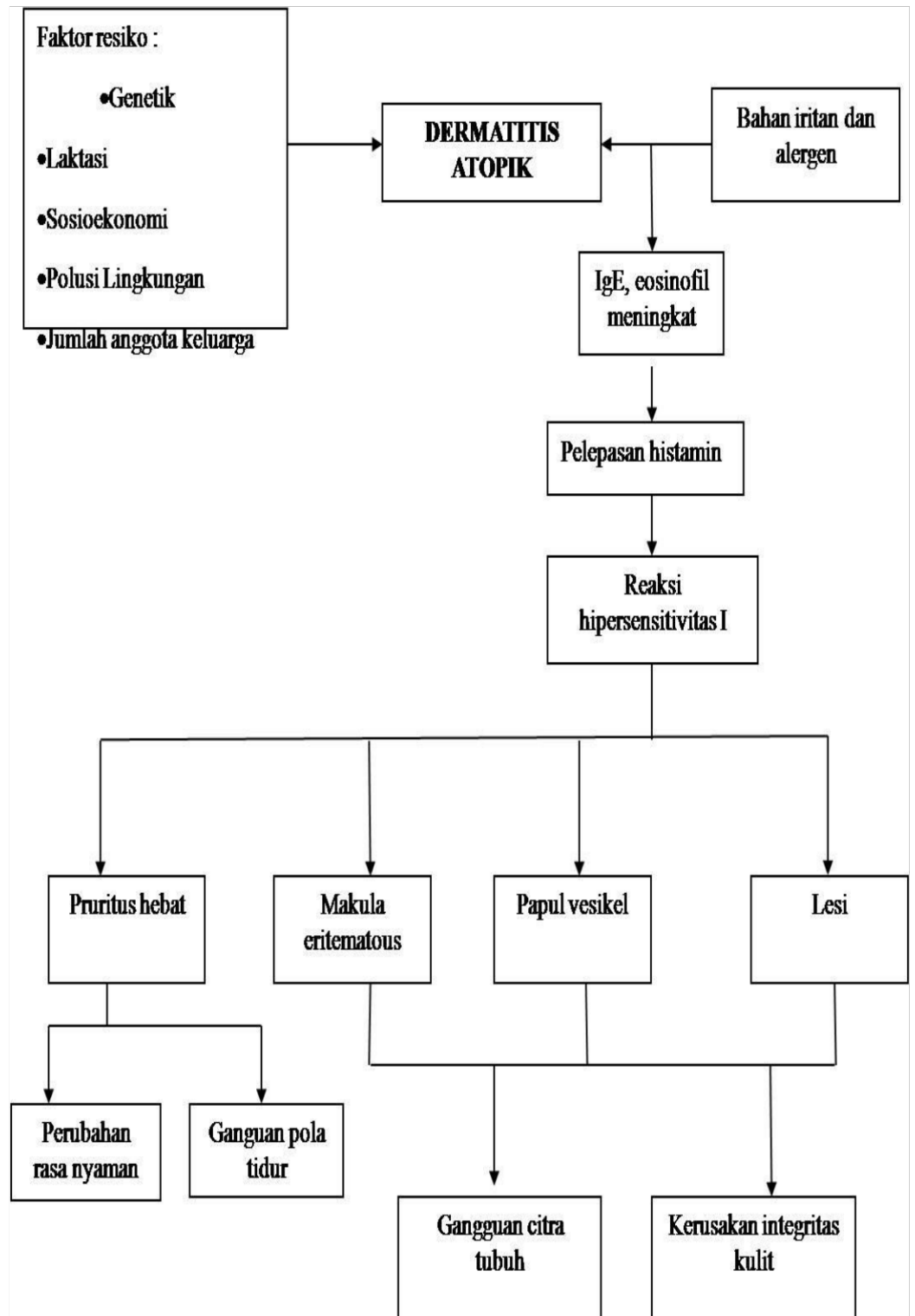
3 bulan, bila mungkin 6 bulan pertama dan ibu yang menyusui dianjurkan untuk tidak makan telur, kacang tanah, terigu dan susu sapi. Susu sapi diduga merupakan alergen kuat pada bayi dan anak, maka bagi mereka yang jelas alergi terhadap susu dapat menggantinya dengan susu kedelai, walau kemungkinan alergi terhadap susu kedelai masih ada. 60% penderita DA di bawah usia 2 tahun memberikan reaksi positif pada uji kulit terhadap telur, susu, ayam, dan gandum. Reaksi positif ini akan menghilang dengan bertambahnya usia. Walaupun pada uji kulit positif terhadap antigen makanan tersebut di atas, belum tentu mencerminkan gejala klinisnya. Demikian pula hasil uji provokasi, sehingga membatasi makanan anak tidak selalu berhasil untuk mengatasi penyakitnya. Pengobatan bayi dan anak dengan dermatitis atopik harus secara individual dan didasarkan pada keparahan penyakit. Sebaiknya strategi terapeutik dibagi menjadi strategi yang ditujukan untuk pengobatan ruam dan strategi untuk pencegahan penyakit yang akan datang. Orang tua cenderung lebih berfokus pada identitas penyebab. Namun, mengetahui salah satu atau beberapa faktor lingkungan yang bila dihilangkan akan memberikan harapan penyembuhan jarang terjadi. Sebaiknya pikirkan keadaan tersebut sebagai salah satu sensitivitas kulit yang diwariskan. Pada sensitivitas tersebut, berbagai faktor yang mempercepat, seperti kulit kering (xerosis), panas, infeksi, alergen spesifik, iritan lokal atau keadaan psikologis, dapat menyebabkan berbagai tingkat kekambuhan penyakit.



b. Farmakologi

- 1) Pemberian antihistamin untuk mengontrol rasa gatal.
- 2) Steroid topikal dosis rendah untuk mengurangi peradangan dan memungkinkan penyembuhan.
- 3) Krim emollient.

## 7. Pathway



## **B. Tinjauan Konsep Keluarga**

### 1. Konsep Keluarga

#### a. Pengertian Keluarga

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 sosial dari individu-individu yang ada di dalamnya terlihat dari pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama, (Friedman, 1998 dikutip dalam Achjar, 2012).

#### b. Tipe Keluarga

Allender dan Spradley (2001), dikutip dalam Achjar (2012), membagi tipe keluarga berdasarkan :

- 1) Keluarga Tradisional
- 2) Keluarga inti (*nuclear family*) yaitu keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak kandung atau anak angkat.
- 3) Keluarga besar (*extended family*) yaitu keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, misalnya kakek, nenek, paman, bibi.
- 4) Keluarga *Dyad* yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri tanpa anak.

- 5) *Single parent* yaitu rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua dengan anak kandung atau anak angkat, yang disebabkan karena perceraian atau kematian.
  - 6) *Single adult*, yaitu rumah tangga yang hanya terdiri dari seorang dewasa saja.
  - 7) Keluarga usia lanjut yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri yang berlanjut usia. Keluarga non tradisional
  - 8) *Commune family*, yaitu lebih dari satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah.
  - 9) Orang tua (ayah/ibu) yang tidak ada ikatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah tangga.
  - 10) *Homoseksual* yaitu dua individu yang sejenis kelamin hidup bersama dalam satu rumah tangga.
- c. Tahap dan Tugas Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan keluarga dibagi dalam beberapa tahap, dan memiliki tugas perkembangan yang berbeda menurut Duvall & Miller (1985) dalam Achjar (2012), mempunyai tugas perkembangan yang berbeda seperti :

- 1) 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.

- 2) 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 menambah peran orang tua kakek dan nenek dan mensosialisasikan dengan lingkungan keluarga besar masing-masing pasangan.

- 3) 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 yang lainnya, mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga dan luar keluarga, menanamkan nilai dan norma kehidupan, mulai mengenal kultur keluarga, menanamkan keyakinan beragama, memenuhi kebutuhan bermain anak.

- 4) 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, mempertahankan anak saat menyelesaikan tugas sekolah.

- 5) Tahap V, keluarga dengan anak remaja (anak tertua usia 13-20 tahun)

Tugas perkembangan keluarga 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.

- 6) 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 keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru yang didapat melalui perkawinan, membantu orang tua lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami ataupun istri,

membantu anak mandiri, mempertahankan komunikasi, memperluas hubungan keluarga antara orang tua dengan menantu, menata kembali peran dan fungsi keluarga setelah ditinggalkan anak.

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

Tugas perkembangan keluarga 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.

8) 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 untuk mengisi waktu tua seperti berolahraga, berkebun, dan mengasuh cucu.

d. Tugas Keluarga

Menurut Achjar (2012), tugas keluarga merupakan pengumpulan data yang berkaitan dengan ketidakmampuan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan. Asuhan keperawatan keluarga, mencantumkan 5 tugas keluarga sebagai paparan etiologi/penyebab masalah dan biasanya dikaji pada saat penjajagan tahap II bila ditemui data maladaptif pada keluarga. 5 tugas keluarga yang dimaksud adalah:

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, termasuk bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan penyakit, pengertian, tanda gejala, faktor penyebab dan persepsi keluarga terhadap masalah yang di alami keluarga.
- 2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, termasuk sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana masalah dirasakan oleh keluarga, keluarga menyerah atau tidak terhadap masalah yang 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.



- 3) 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 terhadap yang sakit.
- 4) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, seperti pentingnya hygiene sanitasi bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga.
- 5) 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 dipersepsikan keluarga.

e. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga merupakan hasil atau konsekuensi dari struktur keluarga atau sesuatu tentang apa yang dilakukan oleh keluarga. Terhadap beberapa fungsi keluarga menurut Friedman (1998) ; Setiawati & Dermawan (2005) dikutip dalam Achjar (2012) yaitu :

### 1) Fungsi Afektif

Merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi kebutuhan pemeliharaan kepribadian dari 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.

### 2) 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 disiplin, mengenal budaya dan norma melalui hubungan interaksi dalam keluarga sehingga mampu berperan dalam masyarakat.

### 3) Fungsi Perawat Kesehatan

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.

#### 4) Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi, untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, papan dan kebutuhan lainnya melalui keefektifan sumber dana keluarga. Mencari sumber penghasilan guna memenuhi kebutuhan keluarga, pengaturan penghasilan keluarga, menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

#### 5) Fungsi Biologis

Fungsi biologis, bukan hanya ditujukan untuk meneruskan keturunan tetapi untuk memelihara dan membesarkan anak untuk kelanjutan generasi selanjutnya.

#### 6) Fungsi Psikologis

Fungsi psikologis, terlihat bagaimana keluarga memberikan kasih sayang dan rasa aman, memberikan perhatian diantara anggota keluarga, membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga dan memberikan identitas keluarga.

#### 7) Fungsi Pendidikan

Fungsi pendidikan diberikan keluarga dalam rangka memberikan pengetahuan, keterampilan, membentuk perilaku anak, mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa, mendidik anak sesuai dengan tingkatan perkembangannya.

### C. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

Menurut teori/model *Family Centre Nursing Friedman*, pengkajian asuhan keperawatan keluarga meliputi 7 komponen pengkajian yaitu :

#### 1. Pengkajian

##### a. Data umum

##### 1) Identitas kepala keluarga

- a) Nama kepala keluarga
- b) Umur
- c) Pekerjaan kepala keluarga
- d) Pendidikan kepala keluarga
- e) Alamat dan nomor telepon

##### 2) Komposisi anggota keluarga

**Tabel 1.2**  
**Komposisi Anggota Keluarga**

Nama	Umur	Sex	Hub dgn KK	Pendidikan	Pekerjaan	Ket

Sumber : Achjar (2012)

##### 3) Genogram

Genogram harus menyangkut minimal 3 generasi, harus tertera nama, umur, kondisi kesehatan tiap keterangan gambar. Terdapat keterangan gambar dengan simbol berbeda (Friedman, 1998 dikutip dalam Achjar, 2012) seperti :

Laki-laki :   
Perempuan 

4) Tipe keluarga

Menurut Allender dan Spradley 2001 (dikutip dalam Achjar, 2012), tipe keluarga terdiri dari keluarga tradisional dan nonradisional, dan yang terpilih, yaitu :

a) Keluarga tradisional

Keluarga inti (*nuclear family*) yaitu keluarga terdiri dari suami istri dan anak kandung atau anak angkat.

5) Suku bangsa

- a) Asal suku bangsa keluarga
- b) Bahasa yang dipakai keluarga
- c) Kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat mempengaruhi kesehatan.

6) Agama

- a) Agama yang dianut keluarga
- b) Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan

7) Status sosial ekonomi keluarga

- a) Rata-rata penghasilan seluruh anggota keluarga
- b) Jenis pengeluaran keluarga tiap bulan
- c) Tabungan khusus kesehatan

- d) Barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (perabot, transportasi)
  - e) Aktifitas rekreasi keluarga
- b. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga
- 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini, yaitu :

Tahap perkembangan mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan, menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun, mempertahankan hubungan perkawinan, menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan.
  - 2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi  
Perkembangan ini dapat dilihat dari :
    - a) Mensosialisasikan anak termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya.
    - b) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan.
    - c) Memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga.
    - d) Membiasakan belajar teratur.
    - e) Memperhatikan anak saat menyelesaikan tugas sekolah.
  - 3) Riwayat keluarga saat ini :
    - a) Riwayat terbentuknya keluarga inti.
    - b) Penyakit yang diderita keluarga orang tua (adanya penyakit menular atau penyakit menular di keluarga).
  - 4) Riwayat keluarga sebelumnya (suami istri)

- a) Riwayat penyakit keturunan dan penyakit menular di keluarga.
  - b) Riwayat kebiasaan/gaya hidup yang mempengaruhi kesehatan.
- c. Lingkungan
- 1) Karakteristik rumah
    - a) Ukuran rumah (luas rumah)
    - b) Kondisi dalam dan luar rumah
    - c) Kebersihan rumah
    - d) Ventilasi rumah
    - e) Saluran pembuangan air limbah (SPAL)
    - f) Air bersih
    - g) Pengolahan sampah\Kepemilikan rumah
    - h) Kamar mandi/wc
    - i) Denah rumah
  - 2) Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal
    - a) Apakah ingin tinggal dengan satu suku aja
    - b) Aturan dan kesepakatan penduduk setempat
    - c) Budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan
  - 3) Mobilitas geografis keluarga
    - a) Apakah keluarga sering pindah rumah
    - b) Dampak pindah rumah terhadap kondisi keluarga (apakah menyebabkan stress)

- 4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat
    - a) Perkumpulan/organisasi sosial yang diikuti oleh anggota keluarga
    - b) Digambarkan dalam ecomap
  - 5) Sistem pendukung keluarga
    - a) Termasuk siapa saja yang terlibat bila keluargamengalami masalah
- d. Struktur keluarga
- 1) Pola komunikasi keluarga
    - a) Cara dan jenis komunikasi yang dilakkan keluarga
    - b) Cara keluarga memecahkan masalah
  - 2) Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku diantaranya yang perlu dikaji adalah :

    - a) Siapa yang membuat keputusan dalam keluarga?
    - b) Bagaimana cara keluarga dalam mengambil keputusan (otoriter, musyawarah/keepakatan, diserahkan pada masing-masing individu?)
    - c) Siapakah pengambilan keputusan tersebut?



3) Struktur peran (formal dan informal)

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

4) Nilai dan norma budaya

Menjelaskan tentang nilai norma yang dianut keluarga

f. Fungsi Keluarga

Menurut Achjar (2012), fungsi keluarga terdiri dari :

1) Fungsi afektif

- a) Bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang
- b) Perasaan saling memiliki
- c) Dukungan terhadap anggota keluarga
- d) Saling menghargai, kehangatan

2) Fungsi sosialisasi

- a) Bagaimana memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar
- b) Interaksi dan hubungan dalam keluarga

3) Fungsi perawatan kesehatan

- a) Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga (bukan hanya) kalau sakit diapakan terapi bagaimana prevensi/promosi).

b) Bila ditemui data maladaptif, langsung lakukan penjajagan tahap II (berdasarkan 5 tugas keluarga sepertiii bagaimana keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan).

g. Stress dan koping keluarga

1) Stressor jangka pendek

Stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari 6 bulan, (Padila, 2018).

2) Stressor jangka pajang

Sressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari 6 bulan, (Padila, 2018).

3) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi stressor

Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap stressor, (Padila,2018).

4) Strategi koping yang digunakan

Mengkaji strategi koping yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan/stress, (Padila,2018).

5) Strategi adaptasi disfungsional

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

- h. Pemeriksaan fisik (head to toe)
  - 1) Tanggal pemeriksaan fisik dilakukan
  - 2) Pemeriksaan kesehatan dilakukan pada seluruh anggota keluarga.
  - 3) Aspek pemeriksaan fisik mulai vital sign, rambut, kepala, mata mulut THT, leher, thorax, abdomen, ekstremitas atas dan bawah, sistem genetalia.
- i. Harapan keluarga
  - 1) Terhadap masalah kesehatan keluarga
  - 2) Terhadap petugas kesehatan yang ada

## 2. Analisa Data

Diagnosis keperawatan keluarga disusun berdasarkan jenis diagnosis seperti :

### a. Diagnosis sehat/ *wellness*

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

### b. Diagnosis ancaman (risiko)

Diagnosis ancaman, digunakan bila belum terdapat paparan masalah kesehatan, namun sudah ditemukan beberapa data maladaptif yang memungkinkan timbulnya gangguan. Perumusan

diagnosis keperawatan keluarga resiko, terdiri dari problem (P), etiologi (E) dan symptom/ sign (S).

c. Diagnosis nyata/gangguan

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

Perumusan problem (P) merupakan respon terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan dasar. Sedangkan etiologi (E) mengacu pada 5 tugas keluarga yaitu :

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, meliputi :
  - a) Persepsi terhadap keparahan penyakit
  - b) Pengertian
  - c) Tanda dan gejala
  - d) Faktor penyebab
  - e) Persepsi keluarga terhadap masalah
- 2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi :
  - a) Sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah
  - b) Masalah dirasakan keluarga
  - c) Keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami
  - d) Sikap negatif terhadap masalah kesehatan

- e) Kurang percaya terhadap tenaga kesehatan
- 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, meliputi :
- a) Bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit
  - b) Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan
  - c) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga
  - d) Sikap keluarga terhadap yang sakit
- 4) Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan, meliputi :
- a) Keuntungan/ manfaat pemeliharaan lingkungan
  - b) Pentingnya *hygiene* sanitasi
  - c) Upaya pencegahan penyakit
- 5) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan, meliputi:
- a) Keberadaan fasilitas kesehatan
  - b) Keuntungan yang didapat
  - c) Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan
  - d) Pengalaman keluarga yang kurang baik
  - e) Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga

Setelah data dianalisis dan di tetapkan masalah keperawatan keluarga, selanjutnya masalah kesehatan keluarga yang ada, perlu diprioritaskan bersama keluarga dengan memperhatikan sumber daya dan sumber dana yang dimiliki keluarga. Prioritas masalah asuhan keperawatan keluarga :

**Tabel 1.3**  
**Tabel Skoring**

<b>No</b>	<b>Kriteria</b>	<b>Nilai</b>	<b>Bobot</b>
1.	Sifat masalah : - Aktual - Risiko - Potensial	3 2 1	1
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah/ diatasi : - Mudah - Sebagian - Tidak dapat	2 1 0	2
3.	Potensi masalah dapat diubah : - Tinggi - Cukup - Rendah	3 2 1	1
4.	Menonjolnya masalah : - Segera diatasi - Tidak segera diatasi - Tidak dirasakan adanya masalah	2 1 0	1

Sumber : Setiadi, 2008

Cara melakukan skoringnya adalah :

- 1) Tentukan angka skor tertinggi terlebih dahulu. Angka tertinggi adalah 5.
  - 2) Skor yang dimaksud diambil dari skala prioritas. Tentukan skor pada setiap kriteria.
  - 3) Skor dibagi dengan angka tertinggi.
  - 4) Kemudian dikalikan dengan bobot skor.
  - 5) Jumlahkan skor dari semua kriteria.
3. Intervensi Keperawatan Keluarga

Menurut Achjar (2012), perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan terdiri dari tujuan jangka panjang (tujuan umum) mengacu pada bagaimana mengatasi problem/ masalah

(P) di keluarga, 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=realiti, T=time limited/ punya limit waktu).

**Tabel 1.3**  
**Tabel Rencana Keperawatan Subyek Asuhan**

NO	Dx. Kep	Tujuan		Evaluasi		Rencana Keperawatan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
1.	Gg integritas kulit/jaringan b/d ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit Eksim/Dermatitis Atopik.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1×30 menit, selama 4 kali kunjungan, diharapkan kerusakan integritas kulit An.N pada keluarga Bpk.T membaik.	1. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1×30 menit, keluarga mampu mengenai 1 masalah Eksim/ Dermatitis Atopik.			
			1. Keluarga mampu menyebutkan pengertian DA.	Respon Verbal	1. 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 sensitif, dan/ riwayat dermatitis atopik pada keluarga.	1. Diskusikan bersama keluarga tentang pengertian dari dermatitis atopik. 2. Beri kesempatan pada keluarga untuk bertanya. 3. Evaluasi kembali apa yang telah didiskusikan atau dijelaskan. 4. Beri reinforcement positif pada keluarga.

			1.1 Keluarga mampu menyebutkan penyebab terjadinya DA.	Respon Verbal	2. Menyebutkan 2 dari 4 penyebab DA : a. Faktor genetik b. Faktor imun tubuh c. Mikroorganisme (bakteri, jamur) d. Faktor lingkungan dan gaya hidup, seperti: 1) Alergi terhadap rangsangan zat kimia tertentu seperti yang terdapat dalam detergen, sabun, semen, obat-obatan dan kosmetik 2) Alergi terhadap jenis makanan tertentu seperti udang, ikan laut, telur, daging ayam, alkohol, vetsin (MSG), dll. 3) Alergi serbuk sari tanaman, debu, dan rangsangan iklim.	1. Diskusikan bersama keluarga tentang penyebab dari DA. 2. Beri kesempatan pada keluarga untuk bertanya. 3. Evaluasi kembali apa yang telah didiskusikan atau dijelaskan. 4. Beri reinforcement positif pada keluarga.
			1.2 Keluarga mampu menyebutkan tanda gejala DA.	Respon Verbal	3. Menyebutkan 4 dari 8 tanda dan gejala DA pada tahap akut, subakut, maupun kronik : a. Gatal b. Terdapat ruam merah c. Kulit kering d. Kulit bersisik e. Terdapat ruam pada lipatan-lipatan ekstremitas seperti lipatan leher, lipatan siku dan lipatan lutut. f. Kulit menebal g. Terdapat lesi h. Kulit pecah-pecah/retak.	1. Diskusikan bersama keluarga tentang tanda dan gejala dari DA. 2. Beri kesempatan pada keluarga untuk bertanya. 3. Evaluasi kembali apa yang telah didiskusikan atau dijelaskan. 4. Beri reinforcement positif pada keluarga.
			2. Keluarga mampu			



			mengambil keputusan untuk menangani DA pada An.N			
			2.1 Keluarga mampu menyebutkan akibat lanjut yang akan terjadi jika DA tidak ditangani dengan tepat.	Respon verbal	1. Menyebutkan 2 dari 4 akibat jika DA tidak segera ditangani : a. Aktivitas dapat terganggu. b. Infeksi kulit. c. Perubahan warna kulit permanen. d. Bekas luka permanen pada area eksim.	1. Diskusikan bersama keluarga tentang akibat jika DA tidak segera ditangani. 2. Beri kesempatan pada keluarga untuk bertanya. 3. Evaluasi kembali apa yang telah didiskusikan/ dijelaskan. 4. Beri reinforcement positif pada keluarga.
			2.2 Mengambil keputusan untuk mengatasi DA pada An.N dengan segera dan tepat	Respon verbal	2. Keluarga mengatakan keputusannya dalam mengatasi masalah eksim/ DA pada An.N	1. Bimbing dan motivasi keluarga untuk mengambil keputusan dalam mengatasi masalah DA dengan segera dan tepat. 2. Beri kesempatan pada keluarga untuk bertanya. 3. Evaluasi kembali apa yang telah didiskusikan atau dijelaskan. 4. Beri reinforcement positif pada keluarga.
			3. Keluarga mampu merawat An.N yang menderita penyakit eksim/ DA			
			3.1 Menjelas	Respon verbal &	1. Keluarga dapat menjelaskan tentang	1. Jelaskan pada keluarga tindakan

			kan cara merawat klien dengan DA	respon psikomotor.	cara perawatan maupun mencegah DA kambuh pada An.N, berikut cara pencegahan agar DA tidak kambuh : a. Jangan menggaruk eksim karena dapat mengakibatkan infeksi. b. Gunakan tabir surya atau lotion dengan SPF minimal 30 saat berada diluar rumah. c. Minum air yang cukup d. Hindari bahan-bahan, makanan, atau hal-hal yang dapat menyebabkan alergi. e. Jika mandi, gunakan air hangat-hangat kuku. f. Pakai pakaian yang bersih dan menyerap keringat. g. Gunakan sabun yang mengandung pelembab/ sabun utk kulit sensitif.	yang dapat dilakukan di rumah utk perawatan. 2. Beri kesempatan pada keluarga untuk bertanya. 3. Evaluasi kembali apa yang sudah dijelaskan. 4. Berikan reinforcement positif pada keluarga.
			3.2 Mendemonstrasikan cara pengobatan eksim/ DA secara non farmakologi (herbal).		2.Keluarga dapat mendemonstrasikan kembali dengan benar: a. Cara pengobatan eksim secara herbal/ tradisional, siapkan bahan-bahan sbg : Siapkan kunyit 5 ruas ibu jari (cuci bersih) Cara pembuatannya : 1) Tumbuk kunyit sampai halus 2) Selanjutnya oleskan atau balurkan pada kulit yang terkena eksim. Namun sebelumnya sudah dibersihkan dengan air bersih terlebih dahulu. Selain itu kompres dingin juga dapat dilakukan untuk mengurangi	1.Demonstrasikan pada keluarga cara perawatan penderita eksim menggunakan kompres kunyit parut. 2. Beri kesempatan pada keluarga untuk bertanya 3. Berikan kesempatan kepada keluarga untuk mendemonstrasikan ulang. 4. Evaluasi tindakan yang telah dilakukan keluarga. 5. Berikan reinforcement positif pada keluarga.

					peradangan dan mengontrol rasa gatal.	
			4. Keluar ga mampu mencipta kan dan memodifikasi lingkungan rumah yang nyaman untuk An.N yang menderita DA			
			4.1 Menjelas kan cara mencipta kan lingkungan yang baik untuk masalah DA pada klien.	Respon Verbal	1. Keluarga mampu menciptakan lingkungan rumah yang nyaman seperti : a. Rajin membersihkan lingkungan rumah. b. Lingkungan yang sejuk, tidak lembab ataupun panas c. Kurangi tungau debu di rumah d. Usahakan ventilasi udara yang terbuka e. Pakaian jemur di bawah sinar matahari f. Ganti pakaian ketika basah g. Kurangi aktivitas yang menghasilkan banyak keringat	1. Diskusikan pada keluarga cara menciptakan lingkungan yang nyaman bagi penderita DA 2. Beri kesempatan pada keluarga untuk bertanya 3. Berikan kesempatan keluarga untuk mendemonstrasikan ulang 4. Evaluasi tindakan yang telah dilakukan keluarga 5. Berikan reinforcement positif pada keluarga
			4.2 Melakuk an modifikasi atau mencipta ka lingkungan rumah yang nyaman untuk klien yang mengala mi DA.		2. Lingkungan keluarga atau rumah yang mendukung kesembuhan ataupun mencegah dermatitis berulang kembali.	1. Motivasi keluarga untuk tetap mempertahankan lingkungan rumah yang baik, bersih dan nyaman untuk mengatasi masalah DA. 2. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya. 3. Berikan kesempatan keluarga untuk mendemonstrasikan ulang

						4. Evaluasi tindakan yang telah dilakukan keluarga 5. Berikan reinforcement positif pada keluarga
			5. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada untuk mengatasi masalah DA			
			5.1 Menyebutkan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan	Respon verbal	Fasilitas kesehatan yang dapat dikunjungi ada posyandu, puskesmas, maupun RS	1. Informasikan mengenai pengobatan dan pendidikan kesehatan yang dapat diperoleh keluarga. 2. Beri kesempatan kepada keluarga untuk menanyakan yang belum dipahami mengenai fasilitas kesehatan 3. Evaluasi kembali pemahaman keluarga mengenai pelayanan kesehatan 4. Beri reinforcement positif pada keluarga
			5.2 Menjelaskan manfaat kunjungan ke fasilitas kesehatan	Respon verbal	Keluarga mampu menjelaskan tentang manfaat kunjungan ke pelayanan kesehatan. 1. Mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal 2. Terpenuhinya kebutuhan kesehatan Terpenuhinya kebutuhan pengobatan,	1. Diskusikan pada keluarga manfaat menggunakan fasilitas kesehatan 2. Beri kesempatan pada keluarga untuk menanyakan yang belum dipahami mengenai fasilitas kesehatan 3. Evaluasi kembali

					penanganan serta pemulihan masalah kesehatan.	pemahaman keluarga mengenai pelayanan kesehatan 4. Beri reinforcement positif pada keluarga
--	--	--	--	--	---	--

#### 4. Implementasi

Pelaksanaan/ implementasi adalah serangkaian tindakan perawatan pada keluarga berdasarkan perencanaan sebelumnya. Tindakan perawatan terhadap keluarga mencakup dapat berupa :

- 1) Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenal masalah dan kebutuhan kesehatan, dengan cara :
  - a) Memberikan informasi : penyuluhan atau konseling
  - b) Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
  - c) Mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah
- 2) Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat dengan cara :
  - a) Mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan
  - b) Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
  - c) Mendiskusikan tentang konsekuensi setiap tindakan
- 3) Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit :
  - a) Mendemonstrasikan cara perawatan dan fasilitas yang ada
  - b) Menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah
  - c) Mengawasi keluarga melakukan tindakan/perawatan

- 4) Membantu keluarga menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi:
  - a) Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
  - b) Melakukan perubahan lingkungan seoptimal mungkin
- 5) Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, dengan cara :
  - a) Memperkenalkan fasilitas kesehatan yang ada dalam lingkungan keluarga
  - b) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada

Metode yang dapat dilakukan untuk menerapkan implementasi dapat bervariasi seperti melalui partisipasi aktif keluarga, pendidikan kesehatan, kontrak, manajemen kasus, kolaborasi dan konsultasi (Padila,2018)

## 5. Evaluasi

Untuk penilaian keberhasilan tindakan, maka selanjutnya dilakukan penilaian. Tindakan-tindakan keperawatan keluarga mungkin saja tidak dapat dilakukan dalam satu kali kunjungan, untuk itu dilakukan secara bertahap, demikian halnya dengan penilaian. Penilaian dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan SOAP (subyektif, obyektif, analisa dan planning).

S : Hal-hal yang dikemukakan keluarga, misalnya keluarga anak P nafsu makannya lebih baik.

O : Hal-hal yang ditemukan perawat yang dapat diukur, misalnya anak P naik BB nya 0,5 kg.

A : Analisa hasil yang telah dicapai, mengacu pada tujuan dan diagnosa.

P : Perencanaan yang akan datang setelah melihat respon keluarga  
(Padila, 2018)

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Desain penelitian**

Desain penelitian pada studi kasus ini menggunakan pendekatan penelitian secara deskriptif, merupakan semua proses yang diperlukan dalam perencanaan dan pelaksanaan (Suryono, 2013). Penelitian studi kasus merupakan penelitian yang mencakup satu unit penelitian misal satu klien (Nursalam, 2011). Studi kasus ini merupakan studi untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada pasien dengan Dermatitis Atopik di Wilayah Kerja UPT BLUD Puskesmas Air Tiris.

#### **B. Batasan Istilah**

Untuk menghindari kesalahan dalam memahami judul penelitian. Peneliti sangat perlu memberikan batasan istilah yang digunakan dalam penelitian tersebut:

1. Asuhan Keperawatan adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung pada klien pada awal pengkajian (pengumpulan data, analisa data dan penentuan masalah), diagnosis keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan (evaluasi).
2. Dermatitis atopik (DA) merupakan peradangan kulit yang bersifat kronis berulang, disertai rasa gatal, timbul pada tempat predileksi tertentu dan berhubungan dengan penyakit atopik lainnya, misalnya



rinitis alergi dan asma bronkial. (PERDOSKI/Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia, 2017).

3. Masalah diartikan sebagai penyimpangan antara yang sebenarnya dengan apa yang benar-benar terjadi, antara factor dengan praktik, antara aturan dengan pelaksanaan, antara rencana dengan pelaksanaan.

### **C. Partisipan**

Subjek penelitian yang digunakan dalam studi kasus ini adalah klien yang mengalami Dermatitis Atopik di Wilayah Kerja UPT BLUD Puskesmas Air Tiris. Jumlah subjek penelitian adalah 1 klien masalah keperawatan dan diagnosa medis yang sama. Kriteria subjek kasus ini adalah :

1. Klien mengalami dermatitis atopik.
2. Klien yang bersedia dijadikan subjek penelitian serta klien dan keluarga yang kooperatif.

### **D. Lokasi dan waktu penelitian**

Lokasi dan waktu penelitian asuhan keperawatan akan dilakukan di Kelurahan Airtiris Wilayah Kerja UPT BLUD Puskesmas Air Tiris. Penelitian dilakukan pada tanggal 17 – 19 Juli 2021.

## **E. Pengumpulan Data**

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan pada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam,2011). Metode pengumpulan data yang digunakan diantaranya :

### **1. Wawancara**

Adalah metode pengumpulan data dilakukan dengan tanya jawab (dialog) langsung antara peawawancara dengan responden (Anggraini & Surya, 2012). Wawancara meliputi hasil anamnesis berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit terdahulu, riwayat penyakit keluarga, sumber data dari klien, keluarga perawat lainnya.

### **2. Observasi dan pemeriksaan fisik**

Pengamatan dapat dilakukan dengan seluruh alat indera, tidak terbatas hanya apa yang dilihat. Observasi dapat dilakukan melalui penciuman , pendengaran, peraba dan pengecap. Penelitian melakukan pengamatan atau observasi langsung terhadap subjek penelitian (Anggraini & Saryono, 2012). Obsevasi yang dilakukan dalam studi kasus asuhan keperawatan klien yang mengalami gastroenteritis dengan melakukan pendekatan secara IPPA yaitu inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi pada sistem tubuh klien.

### 3. Studi dokumentasi

Dokumentasi adalah mencari data mengenai hal-hal atau variabel berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah prasasti notulen, rapat, legger dan agenda (Anggraini&Saryono,2012). Dari studi kasus ini didokumentasi berupa hasil dari pemeriksaan diagnostic data lain yang relevan.

## **F. Uji Keabsahan**

Uji keabsahan data dimaksudkan untuk mangkaji kualitas data atau informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi.

Uji keabsahan dilakukan dengan :

1. Memperpanjang waktu pengamatan data atau tindakan memungkinkan penungkatan derajat kepercayaan data yang dikumpulkan, bisa mempelajari kebudayaan dan dapat menguji informasi dari responden dan untuk membangun kepercayaan diri dari penelitian. Pengamatan untuk menemukan ciri-ciri dan unsur-unsur dalam situasi yang relevan dengan persoalan atau isu yang sedang diteliti serta memusatkan hal-hal tersebut secara rinci (Anggraini & Saryono,2013). Memperpanjang waktu 3 hari pengumpulan data belum lengkap dapat dilakukan penambahan selama 1 hari.
2. Sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi. Triangulasi merupakan metode yang dilakukan pada saat mengumpulkan dan

menganalisis data dengan pihak lain untuk memperjelas data atau informasi yang telah diperoleh responden. Adapun pihak lain dalam studi kasus ini yaitu keluarga klien yang pernah menderita penyakit yang sama dengan klien dan perawat yang pernah mengatasi masalah dengan klien.

### **G. Analisa Data**

Analisa data dilakukan sejak penelitian dilapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data yang dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasika jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil interprestasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisa digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan dan dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan dalam analisis adalah :

#### **1. Pengumpulan data**

Pengumpulan data merupakan proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan data tergantung dari desain dan teknik instrument yang digunakan (Nursalam,2011). Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumentasi).

Hasil dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

2. Mereduksi data

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostic kemudian dibandingkan nilai normal.

3. Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan jalan mengamburkan identitas dari klien.

4. Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan dilakukan dengan data pengkajian, diagnose, perencanaan, tindakan, evaluasi.

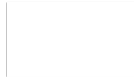
## H. Etika penelitian

Ditancumkan etika yang mendasari penyusunan studi kasus kasus, terdiri dari :

1. *Informed consent* merupakan bentuk persetujuan antar dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* diberikan sebelum

penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk responden. Tujuan *informed consent* agar subjek mengerti maksud tujuan penelitian dan mengetahui dampaknya.

2. *Anonymity* (tanpa nama) : masalah etika penelitian merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau menempatkan nama responden pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.
3. *Confidentiality* (kerahasiaan) : memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil penelitian.



## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Penelitian**

##### 1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Pada bab ini akan diuraikan Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Klien dengan Dermatitis Atopik, penelitian ini dilakukan di tempat tinggal klien yang beralamat di Dusun 3 Naumbai RT 001 RW 001 Desa Naumbai, Kecamatan Kampar, Kabupaten Kampar, Provinsi Riau. Yang dilakukan pada tanggal 17 Juli – 19 Juli 2021.

Penulisan akan membahas meliputi segi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan mengenai kasus yang peneliti angkat.

##### 2. Pengkajian Asuhan Keperawatan Keluarga

###### a. Identitas Pasien

Pengkajian ini dilakukan pada tanggal 17 Juli 2021 di tempat tinggal klien. Klien bernama An.N yang berumur 14 tahun, klien masih berstatus sebagai pelajar yang masih duduk di kelas 3 MTS, agama islam, alamat di Dusun 3 Naumbai, Desa Naumbai, Kecamatan Kampar, Kabupaten Kampar, Provinsi Riau. Dengan diagnosa Dermatitis Atopik.

b. Riwayat dan Tahap Perkembangan

Keluarga An.N merupakan tipe keluarga besar (*extended family*). Yaitu terdiri dari Ayah, Ibu, Anak dan Nenek. Adapun tugas perkembangan An.N yaitu belajar dengan giat dan membantu orang tua dalam pekerjaan rumah. Suku bangsa keluarga An.N adalah Domo Piangan. Agama yang di yakini keluarga An. N adalah islam. Status ekonomi keluarga Bpk.T tergolong berkecukupan, keluarga memiliki penghasilan meskipun tidak tetap. Keluarga masih bisa mencukupi kebutuhan sehari-hari. Keluarga Bpk.T masih memiliki tanggungan membiayai An.N dan anaknya yang lain masih sekolah. Aktivitas rekreasi keluarga An.N yang digunakan untuk mengisi kekosongan waktu yaitu makan bersama, nonton tv bersama, atau kumpul-kumpul bersama menceritakan hal-hal yang menarik.

Tahap perkembangan keluarga Bpk.T saat ini adalah tahap keluarga dengan anak usia sekolah karena anak pertama yaitu An.N sampai anak ke ketiga masih sekolah. Keluarga Bpk.T dengan tahap perkembangan keluarga dengan anak usia sekolah sehingga tahap yang belum terpenuhi oleh keluarga Bpk.T yaitu tahap perkembangan usia dewasa dan keluarga dengan usia pertengahan karena masih memiliki anak yang masih sekolah. Keluarga An.N tidak memiliki riwayat penyakit keturunan. Keluarga An.N tidak memiliki riwayat penyakit kulit sebelumnya.



Namun karena  $\leq 1$  tahun yang lalu An.N pernah mengalami pendarahan yang mengakibatkan An.N membutuhkan donor darah sebanyak 2 kantong, maka percampuran darah tersebut mengakibatkan adanya darah alergi ditubuh An.N.

c. Keadaan Lingkungan

Rumah keluarga An.N merupakan rumah pribadi dengan jenis rumah petak dan bangunan permanen seluas  $6 \times 12$  m<sup>2</sup> tanpa keramik. Pencahayaan bagus dan lingkungan rumah An.N cukup bersih. Tidak terdapat hewan peliharaan di rumah. Rumah juga sudah lengkap terdapat halaman, 1 ruang tamu, 3 kamar tidur, 1 dapur dan 1 kamar mandi beserta WC. Sampah rumah tangga biasa dikumpulkan di tempat sampah samping rumah, jika sudah penuh dibakar. Terdapat saluran pembuangan limbah.

Denah rumah :

Ruang Tamu		Dapur	
Kamar 1	Kamar 2	Kamar 3	WC

Sebagian besar warga desa di daerah rumah keluarga An.N merupakan petani. Kegiatan komunitas RW di daerah tersebut yaitu PKK, kader kesehatan dan remaja mesjid dan An.N aktif mengikuti kegiatan remaja mesjid tersebut. An.N jarang bepergian karena An.N bersekolah sampai sore yang menggunakan program full day school. An.N sehari-hari di antar oleh orang tua untuk pergi ke sekolah menggunakan transportasi sepeda motor. Keluarga An.N biasa berkumpul dan berbincang-bincang pada sore dan malam hari dimana semua anggota keluarga sudah tidak sibuk dengan pekerjaannya masing-masing sambil menonton TV.

Keluarga An.N biasanya mengikuti kerja bakti atau gotong royong di sekitar rumahnya. Keluarga An.N biasanya meminta bantuan kepada saudara dekatnya apabila sedang memiliki masalah yang tidak bisa di selesaikan oleh keluarganya sendiri.

d. Struktur Keluarga

Keluarga An.N memiliki pola komunikasi terbuka dimana dalam menyelesaikan masalah keluarga tersebut berdiskusi untuk mendapatkan keputusan yang paling tepat. Struktur kekuatan keluarga An.N dipegang oleh Bpk.T sebagai kepala keluarga, dimana dalam mengambil keputusan, keluarga akan lebih mengutamakan pendapat Bpk.T, namun keluarga akan

tetap berdiskusi dalam memutuskan sesuatu. Peran dalam keluarga An.N telah terlaksana sebagaimana mestinya serta setiap anggota keluarga telah bisa memposisikan diri bagaimana dalam bersikap sesuai dengan perannya masing-masing. Keluarga An.N sangat menjunjung tinggi nilai dan norma yang mereka yakini sehingga dapat membatasi setiap anggota keluarga untuk mentaati peraturan yang berlaku.

e. Fungsi Keluarga

Di lingkungan keluarga diajarkan untuk saling menghargai dan saling tolong menolong. Bpk.T mengajarkan An.N dan anak-anaknya yang lain agar berperilaku yang baik dengan lingkungan dan masyarakat sekitar.

An.N sering mengeluh gatal yang sangat parah hingga menangis terus dan tidak bisa tidur. Dikeluarga An.N apabila ada yang sakit langsung dibawa ke pelayanan kesehatan seperti puskesmas. Kemampuan keluarga dalam merawat An.N cukup baik. Keluarga An.N melakukan semua yang dianjurkan oleh dokter. Kemampuan keluarga untuk memelihara dan memodifikasi lingkungan yang bersih sudah kondusif. Kemampuan keluarga dalam menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan sudah baik. Menstruasi normal dan lancar.

Dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari, keluarga An.N menggunakan penghasilan yang diperoleh Bpk.T untuk memenuhi kebutuhan tersebut.

f. Stress dan Koping Keluarga

An.N khawatir tentang keluhan penyakitnya. Stressor jangka panjang An.N yaitu takut mengalami komplikasi seperti infeksi pada kulitnya. Untuk mengatasi kekurangan ekonomi, Bpk.T selaku orang tua dari An.N menjadi supir superban dan untuk masalah kesehatan jika sakit langsung dibawa ke puskesmas. Jika ada masalah yang tidak bisa diselesaikan oleh Bpk.T dan keluarga tetap mencari jalan keluar dengan musyawarah dan An.N menerima apapun yang terjadi pada dirinya terkait penyakitnya. Apabila banyak permasalahan yang dihadapi keluarga Bpk.T akan meminta bantuan kepada keluarga terdekat.

g. Pemeriksaan kesehatan Tiap Individu Anggota Keluarga

No	Pemeriksaan	Anak I	Anak II	Bapak	Ibu
1.	Kepala	Simetris, tidak ada odema, kulit kepala bersih.	Simetris, tidak ada odema, kulit kepala bersih.	Simetris, tidak ada odema, kulit kepala bersih.	Simetris, tidak ada odema, kulit kepala bersih.
2.	TTV	TD : 105/80 mmHg N : 85 x menit S : 36°C	N : 88 x menit S : 36,5°C	TD : 120/80 mmHg N : 87 x menit S : 37°C	TD : 100/70 mmHg N : 90 x menit S : 36,6°C

3.	BB, TB	BB : 58 kg TB : 165 cm	BB : 55 kg TB : 150 cm	BB : 45 kg TB : 135 cm	BB : 30 kg TB : 100 cm
4.	Mata	Simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikretik.	Simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikretik.	Simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikretik.	Simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikretik.
5.	Hidung	Simetris, bersih, tidak polip.	Simetris, bersih, tidak polip.	Simetris, bersih, tidak polip.	Simetris, bersih, tidak polip.
6.	Mulut	Mulut bersih, mukosa bibir lembab.	Mulut bersih, mukosa bibir lembab.	Mulut bersih, mukosa bibir lembab.	Mulut bersih, mukosa bibir lembab.
7.	Leher	Tidak ada pembesaran kelenjer tiroid.	Tidak ada pembesaran kelenjer tiroid.	Tidak ada pembesaran kelenjer tiroid.	Tidak ada pembesaran kelenjer tiroid.
8.	Dada	Simetris, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan.	Simetris, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan.	Simetris, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan.	Simetris, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan.
9.	Perut	Datar, simetris, tidak ada nyeri tekan.	Datar, simetris, tidak ada nyeri tekan.	Datar, simetris, tidak ada nyeri tekan.	Datar, simetris, tidak ada nyeri tekan.
10.	Tangan	Tidak ada odema	Tidak ada odema	Tidak ada odema	Tidak ada odema
11.	Kaki	Tidak ada varises, tidak ada odema.	Tidak ada varises, tidak ada odema.	Tidak ada varises, tidak ada odema.	Tidak ada varises, tidak ada odema.

## h. Harapan Keluarga

Keluarga An.N berharap bisa meningkatkan kesehatan keluarga

## i. Analisa Data

NO	Tanggal	DATA	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1.	17/072021	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan memiliki alergi terhadap makanan seafood dan suhu dingin.</li> <li>2. Klien mengatakan jika alerginya muncul akan terasa gatal-gatal yang parah hingga menangis.</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. TD:105/80 mmHg</li> <li>N : 85 x menit</li> <li>RR : 20 x menit</li> <li>S : 36°C</li> <li>2. Klien tampak gelisah</li> <li>3. Klien tampak menggaruk terus menerus.</li> <li>4. Klien tampak menyeringai kesakitan</li> <li>5. Skala nyeri (gatal) 5</li> </ol>	Gangguan rasa nyaman nyeri : (gatal) b/d agen injuri atau alergen
2.	17/07/2021	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan gatal-gatal timbul secara tiba-tiba dan menetap serta cenderung mengeluarkan cairan dan setelah itu akan meninggalkan bekas yang berupa tonjolan kulit ke luar.</li> <li>2. Klien mengatakan sering memecahkan tonjolan-tonjolan kecil berisi cairan tersebut kerana cairan tersebut menyebabkan sakit.</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kulit klien tampak kering, kemerahan dan terkelupas.</li> <li>2. Terdapat lesi, dan pruritus.</li> <li>3. Terdapat benjolan-benjolan kecil berisi cairan.</li> <li>4. Bekasnya tampak kehitaman dan memutih</li> </ol>	Kerusakan integritas kulit b/d terpapar alergen

## 3. Diagnosa Keperawatan

## Tabel skoring

## Masalah keperawatan keluarga

## 1. Gangguan rasa nyaman nyei : (gatal) b/d agen injuri atau alergen.

No	Kriteria	Nilai	Bobot	Skoring	Pembenaran
1.	Sifat masalah Skala : Ancaman kesehatan	2/3	1	2/3 x1 = 2	Bila keadaan tidak segera ditangani maka An. N akan mengalami skala nyeri yang semakin tinggi.
2.	Kemungkinan masalah untuk diubah Skala : Sebagian	2/1	2	2/1 x 2 = 1	Penyediaan sarana dari keluarga yang kurang mendukung seperti salap dan obat anti nyeri (gatal).
3.	Potensial untuk dicegah Skala : Cukup	2/1	1	2/1 x1 =2	Penyediaan obat dan menghindari makanan penyebab alergi dan suhu dingin.
4.	Menonjolnya masalah Skala : Masalah dirasakan dan perlu penanganan segera	2	1	2 x1 =2	Keluarga merasa keadaan tersebut sudah berlangsung lama dan harus segera ditangani.  Karna jika tidak ditangani maka klien akan merasakan nyeri yang semakin kuat.
Jumlah				7	

## 2. Kerusakan integritas kulit b/d terpapar allergen

No	Kriteria	Nilai	Bobot	Skoring	Pembenaran
1.	Sifat masalah  Skala : Ancaman kesehatan	2/3	1	2/3 x1 = 2	Bila keadaan tidak segera ditangani maka An. N akan mengalami penyebaran penyakit semakin luas.
2.	Kemungkinan masalah untuk diubah  Skala : Sebagian	2/1	2	2/1 x2 = 1	Penyediaan sarana dari keluarga yang kurang mendukung (seperti obat, nutrisi/makanan)
3.	Potensial untuk dicegah  Skala : Cukup	2/1	1	2/1 x1 =2	Penyediaan obat dan menghindari makanan penyebab alergi.
4.	Menonjolnya masalah  Skala :  Masalah dirasakan dan perlu penanganan segera	2	1	2 x1 =2	Keluarga merasa keadaan tersebut sudah berlangsung lama dan harus segera ditangani.
Jumlah				7	



#### 4. Prioritas Diagnosa Keperawatan

- a. Gangguan rasa nyaman nyeri : (gatal) b/d agen injuri atau alergen.
- b. Kerusakan integritas kulit b/d terpapar allergen

#### 5. Intervensi Keperawatan

Dx. Kep	Tujuan		Kriteria Evaluasi		Rencana Keperawatan
	Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
Gangguan rasa nyaman nyeri : (gatal) b/d agen injuri atau alergen.	Keluarga dapat merawat anggota keluarga yang mengalami luka akibat alergi.	Setelah dilakukan kunjungan selama 1 x 24 jam maka diharapkan klien mampu merawat diri meredakan gatal-gatal	Verbal	Klien mengontrol nyeri (gatal) yang dideritanya	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri.</li> <li>3. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>4. Kontrol lingkungan yang memperbaiki rasa nyeri.</li> <li>5. Fasilitasi istirahat tidur</li> <li>6. Pertimbangkan jenis dan sumber dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.</li> <li>7. Jelaskan penyebab,</li> </ol>

					<p>periode, dan pemicu nyeri.</p> <p>8. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>9. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.</p> <p>10. Kolaborasi kan pemberian analgetik, jika perlu.</p>
Kerusakan integritas kulit b/d terpapar allergen	Keluarga mampu membantu klien dalam pengontrolan alergi yang diderita klien.	Setelah dilakukan kunjungan selama 1 x 24 jam maka diharapkan klien mampu mengontrol alergi yang diderita klien	Verbal	Klien mampu mengontrol alergi yang dideritanya.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit.</li> <li>2. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering.</li> <li>3. Gunakan produk berbahan ringan/ alami dan hipoalergik pada kulit sensitif.</li> <li>4. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering.</li> <li>5. Anjurkan menggunakan pelembab.</li> <li>6. Anjurkan minum air yang cukup.</li> </ol>

					<p>7. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.</p> <p>8. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur.</p> <p>9. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah.</p> <p>10. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya.</p>
--	--	--	--	--	---

## 6. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

<b>Dx. Kep</b>	<b>Tanggal</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Evaluasi</b>
1.	17/07/2021	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>4. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>5. Memfasilitasi istirahat tidur</li> <li>6. Mempertimbangkan jenis dan sumber dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.</li> <li>7. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.</li> <li>8. Menjelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>9. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri.</li> <li>10. Mengkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.</li> </ol>	<p>S : Klien mengatakan belum mampu merawat luka akibat alergi</p> <p>O : Klien tampak gelisah dan sering menggaruk</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>

2.	17/07/2021	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit</li> <li>2. Menggunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering.</li> <li>3. Menggunakan produk berbahan ringan/ alami dan hipoalergik pada kulit sensitif.</li> <li>4. Menghindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering.</li> <li>5. Menganjurkan menggunakan pelembab.</li> <li>6. Menganjurkan minum air yang cukup.</li> <li>7. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi.</li> <li>8. Menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur.</li> <li>9. Menganjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah.</li> <li>10. Menganjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya.</li> </ol>	<p>S : Klien mengatakan belum mampu mengontrol nyeri.</p> <p>O : Kulit klien tampak benjolan-benjolan kecil berisi air.</p> <p>A : Masalah teratasi belum.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan.</p>
----	------------	---	---

<b>Dx. Kep</b>	<b>Tanggal</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Evaluasi</b>
1.	18/07/2021	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>4. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>5. Memfasilitasi istirahat tidur</li> <li>6. Mempertimbangkan jenis dan sumber dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.</li> <li>7. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.</li> <li>8. Menjelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>9. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri.</li> <li>10. Mengkolaborasikan pemberian analgetik, jika perlu.</li> </ol>	<p>S : Klien mengatakan bisa merawat luka akibat alergi.</p> <p>O : Klien tampak tenang dan sesekali menggaruk.</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan.</p>
2.	18/07/2021	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit</li> <li>2. Menggunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering.</li> <li>3. Menggunakan produk berbahan</li> </ol>	<p>S : Klien mengatakan belum mampu mengontrol nyeri.</p> <p>O : Kulit klien</p>

		<p>ringan/ alami dan hipoalergik pada kulit sensitif.</p> <p>4. Menghindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering.</p> <p>5. Menganjurkan menggunakan pelembab.</p> <p>6. Menganjurkan minum air yang cukup.</p> <p>7. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi.</p> <p>8. Menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur.</p> <p>9. Menganjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah.</p> <p>10. Menganjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya.</p>	<p>tampak benjolan- benjolan kecil berisi air</p> <p>A : Masalah teratasi belum.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan.</p>
--	--	--	---

<b>Dx. Kep</b>	<b>Tanggal</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Evaluasi</b>
1.	19/07/2021	<p>11. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>12. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>13. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>14. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>15. Memfasilitasi istirahat tidur</p> <p>16. Mempertimbangkan jenis dan sumber dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.</p> <p>17. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.</p> <p>18. Menjelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>19. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri.</p> <p>20. Mengkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.</p>	<p>S : Klien mengatakan bisa merawat luka akibat alergi.</p> <p>O : Klien tampak tenang dan jarang menggaruk.</p> <p>A : Masalah sudah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>
2.	19/07/2021	<p>11. Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit</p> <p>12. Menggunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering.</p> <p>13. Menggunakan produk berbahan ringan/ alami dan hipoalergik pada kulit sensitif.</p> <p>14. Menghindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering.</p> <p>15. Menganjurkan menggunakan</p>	<p>S : Klien mengatakan sudah mampu mengontrol nyeri</p> <p>O : Kulit klien yang tampak benjolan- benjolan kecil sudah mulai mengering</p> <p>A : Masalah</p>

	pelembab. 16. Menganjurkan minum air yang cukup. 17. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi. 18. Menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur. 19. Menganjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah. 20. Menganjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya.	teratasi P : Intervensi dihentikan
--	--	---------------------------------------

## B. Pembahasan

Setelah dilakukan Asuhan Keluarga pada Klien dengan Dermatitis Atopik di Wilayah Kerja Puskesmas Airtiris Tahun 2021, maka pada bab pembahasan penulisan akan menjabarkan adanya kesesuaian maupun kesenjangan yang menjabarkan adanya kesesuaian maupun kesenjangan yang terdapat pada pasien antara teori dengan kasus. Tahapan pembahasan sesuai dengan tahap asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, merumuskan diagnosa, merumuskan rencana tindakan, pelaksanaan tindakan dan evaluasi keperawatan.

### 1. Gangguan rasa nyaman nyeri (gatal) b/d agen injuri atau alergen

Hasil pengkajian pada klien menunjukkan adanya masalah gangguan rasa nyaman nyeri yang ditandai pada klien dengan mengatakan memiliki alergi terhadap makanan seafood dan suhu dingin. Klien mengatakan jika alerginya muncul akan terasa gatal-gatal yang parah hingga menangis, klien tampak gelisah, klien tampak menggaruk terus menerus, klien tampak menyeringai kesakitan skala

nyeri (gatal) 5. Menurut *Association For Of Pain* (2016) nyeri adalah suatu pengalaman sensoris dan emosional yang tidak menyenangkan yang terkait dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan.

Berdasarkan hasil studi mengenai nyeri (gatal) yang didapatkan dari penilaian lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri (gatal) terhadap kemampuan pasien untuk mengontrol nyeri (gatal). Dapat diketahui, terjadi penurunan skala nyeri (gatal) dan peningkatan rasa nyaman, terutama setelah dilaksanakan penatalaksanaan nyeri dengan 2 cara yaitu secara farmakologis dan non farmakologis. Penatalaksanaan nyeri (gatal) secara farmakologis dilakukan secara berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam pemberian analgetik dan penatalaksanaan nyeri secara non farmakologis mencakup pengawasan diet, konsumsi vitamin, konsumsi probiotik, dan pemilihan bahan baju.

Pengawasan diet merupakan hal penting yang harus dilakukan, sebab reaksi alergi dapat terjadi ketika tubuh terpapar alergen, yaitu unsur yang dianggap berbahaya oleh sistem kekebalan tubuh salah satunya yaitu makanan.

## 2. Kerusakan integritas kulit b/d terpapar alergen

Hasil pengkajian pada klien menunjukkan masalah kerusakan integritas kulit yang di tandai dengan klien mengatakan gatal-gatal timbul secara tiba-tiba dan menetap serta cenderung

mengeluarkan cairan dan setelah itu akan meninggalkan bekas yang berupa tonjolan kulit ke luar, klien mengatakan sering memecahkan tonjolan-tonjolan kecil berisi cairan tersebut dikarenakan cairan tersebut menyebabkan sakit (gatal) yang parah, kulit klien tampak kering, kemerahan dan terkelupas, terdapat lesi, dan pruritus, tampak benjolan-benjolan kecil berisi cairan, bekasnya tampak kehitaman dan memutih.

Berdasarkan hasil studi mengenai nyeri (gatal) yang didapatkan dari identifikasi penyebab gangguan integritas kulit, menggunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering, menggunakan produk berbahan ringan/ alami dan hipoalergik pada kulit sensitif, menghindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering, menganjurkan menggunakan pelembab, menganjurkan minum air yang cukup, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi, menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur, menganjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah, menganjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya, lalu memberikan obat salap.

Berdasarkan dari hasil studi kasus maka dapat diambil asumsi penulis bahwa penerapan obat salap ini dapat mengurangi terjadinya integritas kulit. Tetapi penerapan obat salap ini bukan satu-satunya yang mempengaruhi penurunan kerusakan integritas kulit salah satunya dengan pemberian pelembab.





## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

Setelah melakukan pengamatan dan melaksanakan Asuhan Keperawatan Keluarga pada Klien dengan Dermatitis Atopik di Wilayah Kerja UPT BLUD Puskesmas Air Tiris Tahun 2021, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu Asuhan Keperawatan Keluarga Klien dengan Dermatitis Atopik.

#### **A. Kesimpulan**

Dari hasil uraian yang telah diuraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Dermatitis Atopik, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada pengkajian secara teori dan kasus aspek yang dikaji sama, data yang diperoleh berbeda karena pada kasus disesuaikan dengan kondisi keluarga, tidak ada faktor penghambat dalam melakukan pengkajian, sedangkan faktor pendukungnya yaitu keluarga sangat kooperatif dan dapat bekerja sama dengan perawat
2. Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kasus berdasarkan tipologi yaitu aktual, sedangkan diagnosa resiko dan potensial tidak ditemukan dikarenakan tidak ada data yang menunjang. Pada tahap ini penulis tidak mengalami hambatan karena keluarga sangat kooperatif

3. Penentuan Masalah yang dibuat sesuai dengan kriteria pada teori, sedangkan skor disesuaikan dengan kondisi keluarga. Dalam memprioritaskan masalah keperawatan tidak ditemukan adanya hambatan karena keluarga sangat kooperatif.
4. Pada perencanaan yang direncanakan adalah meningkatkan pengetahuan keluarga sesuai dengan tindakan fungsi, perawat hanya dapat merencanakan untuk meningkatkan fungsi kognitif dengan memberikan informasi kepada keluarga terkait masalah yang dihadapi keluarga. Sedangkan untuk afektif dan perilaku tidak direncanakan karena keterbatasan waktu. Dalam perencanaan penulis tidak menemukan hambatan, keluarga sangat kooperatif dan mau bekerjasama
5. Pada tahap pelaksanaan tidak ditemukan adanya hambatan baik dari keluarga maupun perawat seperti tercantum dalam teori. Pelaksanaan tindakan disesuaikan dengan kondisi keluarga dan memperhatikan faktor penghambat dalam teori
6. Pada evaluasi untuk evaluasi hasil berupa fungsi psikomotor dan perilaku belum tercapai karena keterbatasan waktu pemberian asuhan keperawatan keluarga. Untuk mengevaluasi aspek tersebut dibutuhkan asuhan yang berkelanjutan, dari diagnosa keperawatan tujuan tercapai sebagian tahapan perencanaan, Implementasi dan evaluasi karena keluarga belum melaksanakan secara maksimal. Pada tahap ini penulis tidak mengalami hambatan

## **B. Saran**

### 1. Aspek Teoritis

- a. Untuk pencapaian hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
- b. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien.

### 2. Aspek praktis

- a. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Dermatitis Atopik
- b. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ago Harlim, (2016), *Buku Ajar Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Penyakit Alergi Kulit*, Jakarta.
- Astin A.Seu & Shinta M.Tari, (2014), *Asuhan Keperawatan Klien dengan Dermatitis Atopik*, Kupang.
- Belda Evina, (2015), *Clinical Manifestasi And Diagnostic Criteria of Atopic Dermatitis*, Lampung University
- Berke, R., Singh, A., Guralnik, (2012), *Atopic Dermatitis: An Overview*, An Fam Physician.
- Dian Sari & Nova Rita, (2017), *Jurnal Analysis of Risk Factors Attenistic Dermatitis Attendance of The Center In Puskesmas Pauh Padang*, Padang.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Kampar, (2020), *Profil Kesehatan Kabupaten Kampar Tahun 2020*.
- Movita, (2014), *Etiologi dan Patogenesis Dermatitis Atopik*, Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
- Natalia dkk, (2011), *Perkembangan Terkini pada Terapi Dermatitis Atopik*, Jakarta : Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin FKUI
- Nurfadillah dkk, (2014), *Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Dermatitis Pada Anak Balita Di Wilayah Kerja Pkm Pattokapang*, Takalar.
- Nutten W, (2015), *Atopikc Dermatitis : Global Epidemiology and Risk Factors*. Ann Nutr Metab, 66 (1) : 8-16
- Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia (PERDOSKI), (2017), *Panduan Praktis Klinis*, Jakarta Pusat.
- R Clevere Susanto & GA Made Ari M, (2013), *Penyakit Kulit dan Kelamin*, Yogyakarta.
- Santosa, H. (2010). *Dermatitis Atopik*. Dalam : Akib AAP, Munasir Z, Kurniati N, editor. *Buku Ajar Alergi Imunologi Anak*. Jakarta IDAI. Hal 269-270
- Scholastica Fina Aryu Puspasari, (2018), *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Integumen*, Yogyakarta.

- Sinaga R.A, (2018), Jurnal *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Dermatitis Atopik Di Puskesmas Bangkinang Kota*, Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai.
- Sondang dkk, (2011), *Sensitisasi Alergen Makanan dan Hirupan pada Anak Dermatitis Atopik setelah mencapai usia 2 tahun*. Jakarta : Departemen Ilmu Kesehatan Anak FKUI/ RS Cipto Mangunkusumo.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017), *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*, Jakarta Selatan.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*, Jakarta Selatan.
- Tim Pokja SLKI , (2019), *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*, Jakarta Selatan.
- Watson, W. Kapur S, (2011), *Atopic Dermatitis*, All Asthma Clin Immunol 7, S4.