



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA GASTRITIS AKUT
PADA KELUARGA TN. S DAN TN. J DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN NYERI AKUT
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
ROGOTRUNAN LUMAJANG
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh

**Adinda Nur Amalia
NPM 152303101076**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

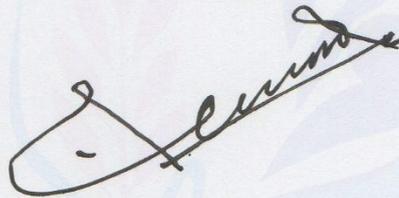
PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan tugas akhir berjudul Asuhan Keperawatan Keluarga Gastritis Akut Pada Keluarga Tn. S Dan Tn. J Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2018 telah disetujui pada:

Hari, Tanggal : Senin, 25 Juli 2018

Tempat : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Dosen Pembimbing,



ZAINAL ABIDIN, A.Md.Kep, S.Pd., M.Kes.
NIP. 19800131 200801 1 007



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA GASTRITIS AKUT
PADA KELUARGA TN.S DAN TN.J DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN NYERI AKUT
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
ROGOTRUNAN LUMAJANG
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh

**Adinda Nur Amalia
NPM 152303101076**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA GASTRITIS AKUT
PADA KELUARGA TN.S DAN TN.J DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN NYERI AKUT
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
ROGOTRUNAN LUMAJANG
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (D3) dan mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan

Oleh

**Adinda Nur Amalia
NPM 152303101076**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

PERSEMBAHAN

Dengan mengucap syukur kehadirat Allah SWT, Laporan Tugas Akhir ini persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua atas segala tetes keringat, kerja keras, kasih sayang, dukungan lahir maupun batin serta do'a yang tiada henti di setiap sholat, sujudnya setiap malam kepada saya
2. Rekan-rekan angkatan 1 serta sahabat tercinta Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang yang telah memberi dukungan serta motivasi sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir ini dengan baik
3. Seluruh staff, dosen pembimbing, dan civitas akademika yang telah membimbing, mendidik, serta memberikan motivasi selama menjalani proses pendidikan di perguruan tinggi.

MOTTO

“Barangsiapa bertakwa kepada Allah, maka Allah memberikan jalan keluar kepadanya dan memberi rezeki dari arah yang tidak disangka-sangka. Barangsiapa bertawakkal pada Allah, maka Allah jadikan urusannya menjadi mudah”

(terjemahan *QS. At-Talaq* ayat 2 dan 3)^{*)}

“Dan sesungguhnya Kami akan memberi balasan kepada orang-orang yang sabar dengan pahala yang lebih dari apa yang telah mereka kerjakan”

(terjemahan *QS. An-Nahl* ayat 96)^{**)}

“Allah mengangkat derajat orang-orang beriman diantara kamu dan juga orang-orang yang dikaruniai ilmu pengetahuan hingga beberapa derajat”

(terjemahan *QS. Al-Mujadalah* ayat 11)^{***)}

^{*)}Departemen Agama Republik Indonesia. 2008. *Al-Quran dan Terjemahannya*. Bandung: CV Penerbit Diponegoro.

^{**)}Departemen Agama Republik Indonesia. 2008. *Al-Quran dan Terjemahannya*. Bandung: CV Penerbit Diponegoro.

^{***)}Departemen Agama Republik Indonesia. 2008. *Al-Quran dan Terjemahannya*. Bandung: CV Penerbit Diponegoro.

PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama mahasiswa : Adinda Nur Amalia

NIM : 152303101076

Tempat tanggal lahir : Probolinggo, 24 September 1996

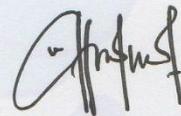
Menyatakan bahwa laporan kasus saya berjudul :

“Asuhan Keperawatan Keluarga Gastritis Akut Pada Keluarga Tn. S Dan Tn. J Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2018”

1. Disusun oleh saya sendiri
2. Tidak memuat proposal orang lain baik sebagian maupun keseluruhan kecuali yang secara tertulis diacu dalam karya proposal ini dan disebutkan dalam referensi.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa tekanan dari siapapun. Jika kemudian hal ini terbukti adanya pelanggaran atas pernyataan tersebut di atas, maka saya bersedia mendapatkan sanksi akademis.

Lumajang,
Yang Menyatakan



Adinda Nur Amalia
NIM. 152303101076

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA GASTRITIS AKUT
PADA KELUARGA TN.S DAN TN.J DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN NYERI AKUT
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
ROGOTRUNAN LUMAJANG
TAHUN 2018**

Oleh

**Adinda Nur Amalia
NPM 152303101076**

Pembimbing:

Dosen Pembimbing: Zainal Abidin, A.Md.Kep, S.Pd., M.Kes.
NIP. 19800131 200801 1 007

PENGESAHAN

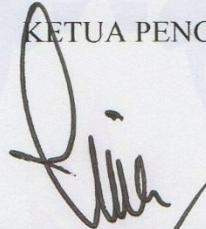
Laporan tugas akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Gastritis Akut Pada Keluarga Tn. S Dan Tn. J Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2018” ini telah diuji dan disahkan oleh Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember pada:

Hari : Senin

Tanggal : 30 April 2018

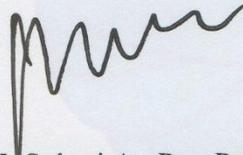
Tempat : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember

KETUA PENGUJI



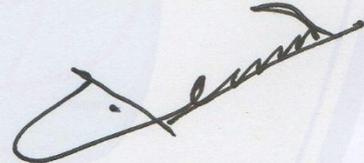
Ns. Laili Nur Azizah, S.Kep., M.Kep
NIP. 19751004 200801 2 016

ANGGOTA I



DR. H. Suhari A., Per. Pen., MM
NIP.19630302 198603 1 023

ANGGOTA II



Zainal Abidin, A.Md.Kep, S.Pd., M.Kes.
NIP. 19800131 200801 1 07

Mengesahkan,

Koordinator Program Studi
D3 Keperawatan Universitas Jember



Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM
NIP 19650629 198703 2 008

RINGKASAN

Asuhan Keperawatan Keluarga Gastritis Akut Pada Keluarga Tn. S Dan Tn. J Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang Tahun 2018; Adinda Nur Amalia: 152303101076; 2018; Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Gastritis merupakan masalah saluran pencernaan yang paling sering ditemukan. Gastritis dapat bersifat akut yang datang mendadak dalam beberapa jam atau beberapa hari dan dapat juga bersifat kronis sampai berbulan-bulan atau bertahun-tahun. Bentuk akut dari gastritis mungkin terlihat dengan mual dan muntah, ketidaknyamanan epigastrium, perdarahan, kelesuan, dan anoreksia. Biasanya berasal dari zat korosif, erosive, atau yang infeksius. Gangguan yang berhubungan dengan gastritis akut meliputi uremia, syok, lesi system saraf pusat, sirosis hati, hipertensi portal, dan tensi emosional yang berkepanjangan. Pengkajian khususnya pada ketidaknyamanan epigastrium biasanya difigurkan dengan rasa terbakar atau sakit, nyeri abdominal, kram, sendawa, refluks, mual parah dan muntah.

Metode yang digunakan pada penyusunan tugas ahir ini adalah metode laporan kasus. Tujuan dari laporan kasus ini adalah untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan keluarga pada Tn. S dan Ny. S dengan masalah keperawatan nyeri akut di wilayah kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang tahun 2018. Pengumpulan data dilakukan terhadap dua anggota keluarga yang salah satu anggota keluarganya menderita gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut, dengan teknik wawancara pada keluarga guna mendapatkan informasi yang terdapat pada pengkajian umum sedangkan pada klien wawancara dilakukan dengan fokus pada gangguan nutrisi. Observasi pada pasien yang dilakukan meliputi berat badan, tinggi badan, membrane mukosa, kelemahan, nyeri abdomen, dan kelemahan otot. Dan studi dokumentasi, pada studi dokumentasi dilakukan secara sistematis mulai dari kepala hingga kaki baik inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Intervensi yang diberikan pada klien 1 dan klien 2 adalah memberikan diet yang tepat untuk penderita gastritis.

Hasil yang didapatkan penulis, pada klien 1 dan klien 2 telah dilakukan evaluasi keperawatan selama 3 hari dengan hasil pada kedua klien masalah telah teratasi semua dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan oleh penulis yang tercantum pada tabel intervensi keperawatan yaitu setelah dilakukan kunjungan atau tindakan keperawatan selama 3 kali diharapkan keluarga dan klien mampu mengurangi rasa nyeri yang dialami karena gastritis. Selain itu keluarga dapat menyatakan pemahaman tentang tindakan apa yang harus dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan, keluarga mampu memberikan diit yang tepat untuk mengatasi masalah kesehatan, serta klien dan keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan

Hasil penelitian diharapkan dapat dijadikan litelatur dan *evidence based* dalam penelitian selanjutnya dan dilakukan penelitian lebih lajut berdasarkan factor lainnya, jumlah sample yang lebih banyak, di tempat yang berbeda, desain lebih tepat dan tetap berhubungan dengan keluarga yang anggota keluarganya

memiliki atau menderita sakit gastritis dengan masalah nyeri akut sehingga dapat mengaplikasikan asuhan keperawatan keluarga secara maksimal dan memberikan perawatan mandiri pada klien dan keluarganya. Bukan hanya dengan masalah nyeri akut saja tetapi masalah lain yang muncul pada pasien gastritis seperti masalah nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.



SUMMARY

A nurse care of my family with my acute gastritis to Mr. S and Mr. J's family with an acute problem in Puskesmas Rogotruman Lumajang 2018; Adinda Nur Amalia: 152303101076; 2018; Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang.

Gastritis is one of the most found digestive system problem. Gastritis can be an acute problem ill that can suddenly come in an hours or days, it's also can be a chronic problem ill in months or years. The acute indication of Gastritis can be seen by the sick feeling, the epigastrium uncomfortable feel, bleeding, feeling weak, anorexia. Usually it come from corrosive substance, erosive, or infection. The disturbance that related with acute gastritis conclude uremia shock, central nerve system injury, liver cirrhosis, portal hypertension, and the long-drawn emotional tension. The specific assessment is on the epigastrium uncomfortable feel that usually can be figured with burnt or sick feeling, abdominal ill, cramps, burp, reflux, an acute nauseous vomit.

Method that used to arrange this thesis is spesific report method. The purposes of this report is to explore family nurse care to Mr. S and Mrs. S that have acute ill nurse problem in Puskesmas Rogotruman Lumajang Working Area Year 2018. The data is collected by observing 2 family that one of the member have gastritis illness with an acute nurse problem , with interview method to the family to get the information that used in general assessment, meanwhile to the interviewed client is focused in the nutrition complex. The Observation to the patient including measurement of body weight, body height, mukosa membran, weakness, abdoment ill, and muscle weak. And documentation study, in study documentation is doing by sistematic method from head to foot in inspection, palpate, percussion, and auscultation. The intervention that give to client 1 and client 2 is giving the right diet for patients with gastritis.

Result that writer get, to client 1 and client 2 by having the nurse evaluation in 3 days can be resolved all with the criteria result that have been set by the writer in nurse intervention table there is after having a visit or nurse action for 3 times writer expected the family and clients can decrease the pain that caused by gastritis. Besides family can represent their understanding about what action that have to do to resolve the health problem, family can give a right diit to resolve the health problem, and also clients and family can use the health facilities.

Writer hope this study report can be used for literature and evidence based in the next research and continue the research depend on the other factors, and more sample to use, in different place, more precise design and still connected with family that one of the family member is patient with gastritis with an acute ill so they can applied the family nurse care and give a personal cure to clients and the family. Not only for the acute ill but also the other problem that patient with gastritis have for example the less nutrition problem for the body need.

PRAKATA

Puji syukur kepada Allah SWT, yang telah melimpahkan Rahmat dan Hidayah-Nya sehingga Laporan Tugas Akhir yang berjudul Asuhan Keperawatan Keluarga Gastritis Akut Pada Keluarga Tn. S Dan Tn. J Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2018 dapat terselesaikan dengan baik. Adapun ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada:

- 1) Bapak Drs. Moh. Hasan, M.Sc., Ph. D., selaku Rektor Universitas Jember
- 2) Ibu Ns. Latin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember
- 3) Ibu Nurul Hayati S.Kep., Ners., MM., selaku Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang
- 4) Ibu Ns. Laili Nur Azizah S.Kep, M.Kep selaku ketua penguji yang memberikan arahan pada penyusunan laporan tugas akhir ini
- 5) DR. H. Suhari A. Per. Pen., MM selaku anggota penguji 1 yang telah memberikan arahan pada penyusunan laporan tugas akhir ini
- 6) Bapak Zainal Abidin, A.Md.Kep, S.Pd., M.Kes. selaku dosen pembimbing dan anggota penguji 2 yang telah memberika arahan dalam laporan tugas akhir ini
- 7) Semua pihak yang secara langsung dan tidak langsung yang telah membantu, sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan dengan baik dan tepat waktu

Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan yang terdapat dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, oleh karena itu kritik dan saran sangat saya butuhkan dari pembaca untuk penyempurnaan pembuatan laporan selanjutnya dan saya sampaikan terima kasih.

Lumajang, 2 Juli 2018

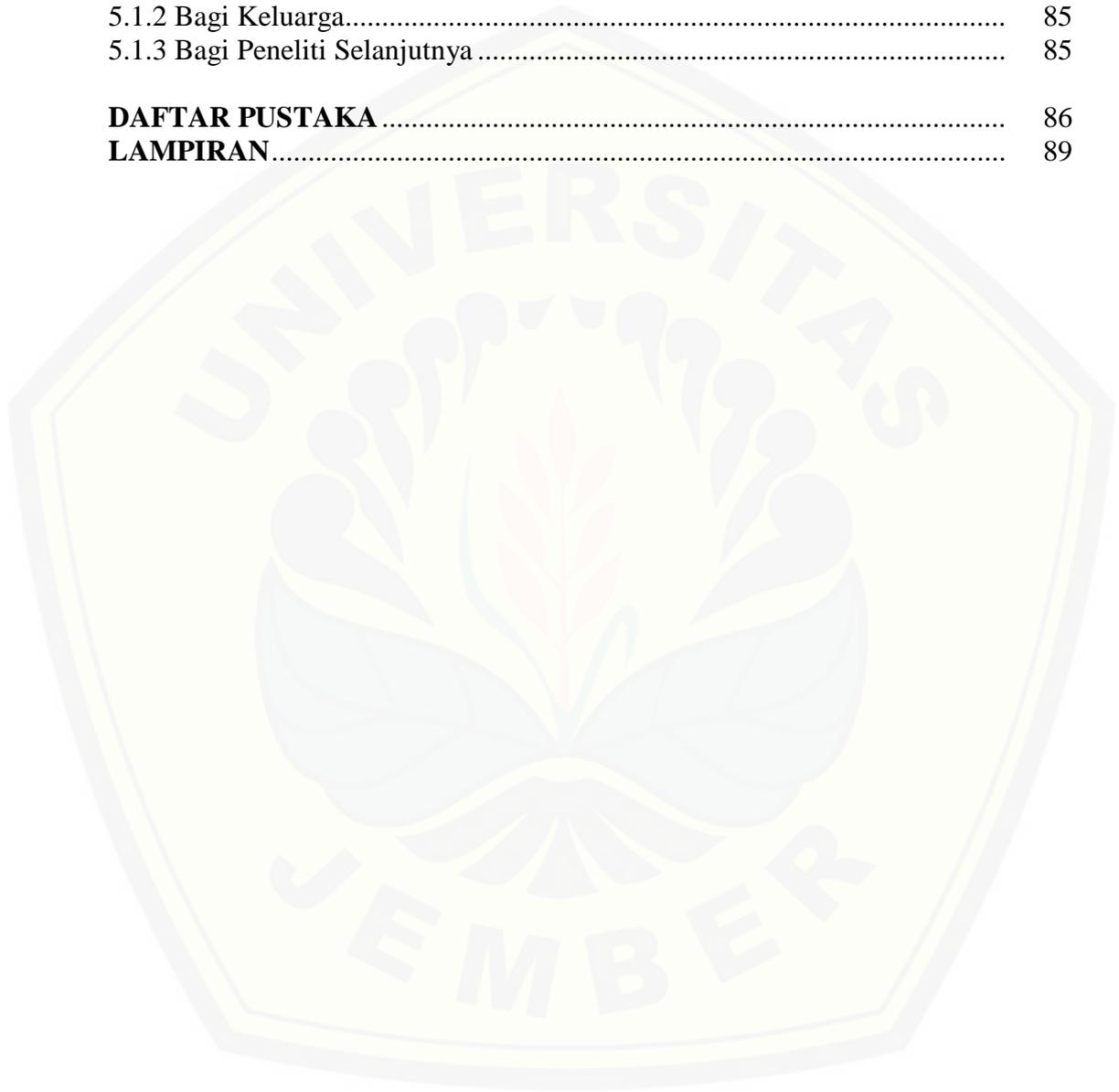
Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul Laporan Tugas Akhir	i
Persetujuan Pembimbing.....	ii
Halaman Sampul Laporan Tugas Akhir.....	iii
Halaman Judul Laporan tugas Akhir	iv
Persembahan	v
Motto	vi
Pernyataan	vii
Halaman Pembimbing.....	viii
Lembar Pengesahan	ix
Ringkasan.....	x
Summary	xii
Prakata.....	xiii
Daftar Isi.....	xiv
Daftar Tabel	xvi
Daftar Gambar.....	xvii
Daftar Lampiran	xviii
Daftar Singkatan.....	xix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan masalah.....	4
1.3 Tujuan Penulisan.....	4
1.4 Manfaat penulisan	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1 Konsep Teori.....	5
2.1.1 Pengertian Gastritis	5
2.1.2 Etiologi Gastritis	6
2.1.3 Patofisiologi Gastritis.....	7
2.1.4 Pathway.....	9
2.1.5 Manifestasi Klinis	10
2.1.6 Tatalaksana Terapi	10
2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik.....	12
2.1.8 Peatalaksanaan Medis	13
2.1.9 Komplikasi	14
2.2 Konsep keluarga.....	16
2.2.1 Pengertian Keluarga.....	16
2.2.2 Tujuan Dasar Keluarga	18
2.2.3 Struktur Keluarga	19
2.2.4 Jenis Anggota Keluarga	19
2.2.5 Ciri-ciri Struktur Keluarga	20
2.2.6 Struktur Peran	21
2.2.7 Fungsi keluarga	25
2.2.8 Tugas Keluarga	27

2.2.9 Ciri-Ciri Keluarga	28
2.2.10 Ciri Keluarga Indonesia	28
2.2.11 Tipe Keluarga.....	29
2.2.12 Tahapan Keluarga Sejahtera	30
2.2.13 Stress dan Koping Keluarga.....	33
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan	37
2.3.1 Asuhan Keperawatan Keluarga.....	37
2.3.2 Pengkajian	37
2.3.3 Diagnosa Keperawatan	40
234 Perencanaan Keperawatan Keluarga.....	41
235 Pembuatan Intervensi	44
236 Implementasi	44
237 Evaluasi	45
BAB 3 METODE PENELITIAN.....	46
3.1 Desain Penulisan	46
3.2 Batasan Istilah	46
3.3 Partisipan.....	47
3.4 Lokasi dan Waktu	47
3.5 Pengumpulan Data	47
3.6 Uji Keabsahan Data.....	48
3.7 Analisa Data	48
3.8 Etika Penulisan.....	48
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	50
4.1 Gambaran Lokasi dan Pengambilan Data	50
4.2 Pengkajian	50
4.2.1 Identitas Umum Keluarga	50
4.2.2 Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga	56
4.2.3 Pengkajian Lingkungan.....	58
4.2.4 Struktur Keluarga	60
4.2.5 Fungsi Keluarga	60
4.2.6 Stres dan Koping Keluarga	62
4.2.7 Keadaan Gizi Keluarga	62
4.2.8 Pemeriksaan Fisik	63
4.2.9 Harapan Keluarga.....	64
4.3 Analisa Data	66
4.4 Diagnosa Keperawatan.....	67
4.5 Penentuan Diagnosa Keperawatan Prioritas	68
4.6 Intervensi Asuhan Keperawatan Keluarga.....	74
4.7 Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan	79
BAB 5 PENUTUP.....	84
5.1 Kesimpulan	84
5.1.1 Pengkajian	84

5.1.2 Diagnosa.....	84
5.1.3 Intervensi.....	84
5.1.4 Implementasi.....	84
5.1.5 Evaluasi.....	84
5.2 Saran.....	85
5.1.1 Bagi Klien.....	85
5.1.2 Bagi Keluarga.....	85
5.1.3 Bagi Peneliti Selanjutnya.....	85
DAFTAR PUSTAKA.....	86
LAMPIRAN.....	89



DAFTAR TABEL

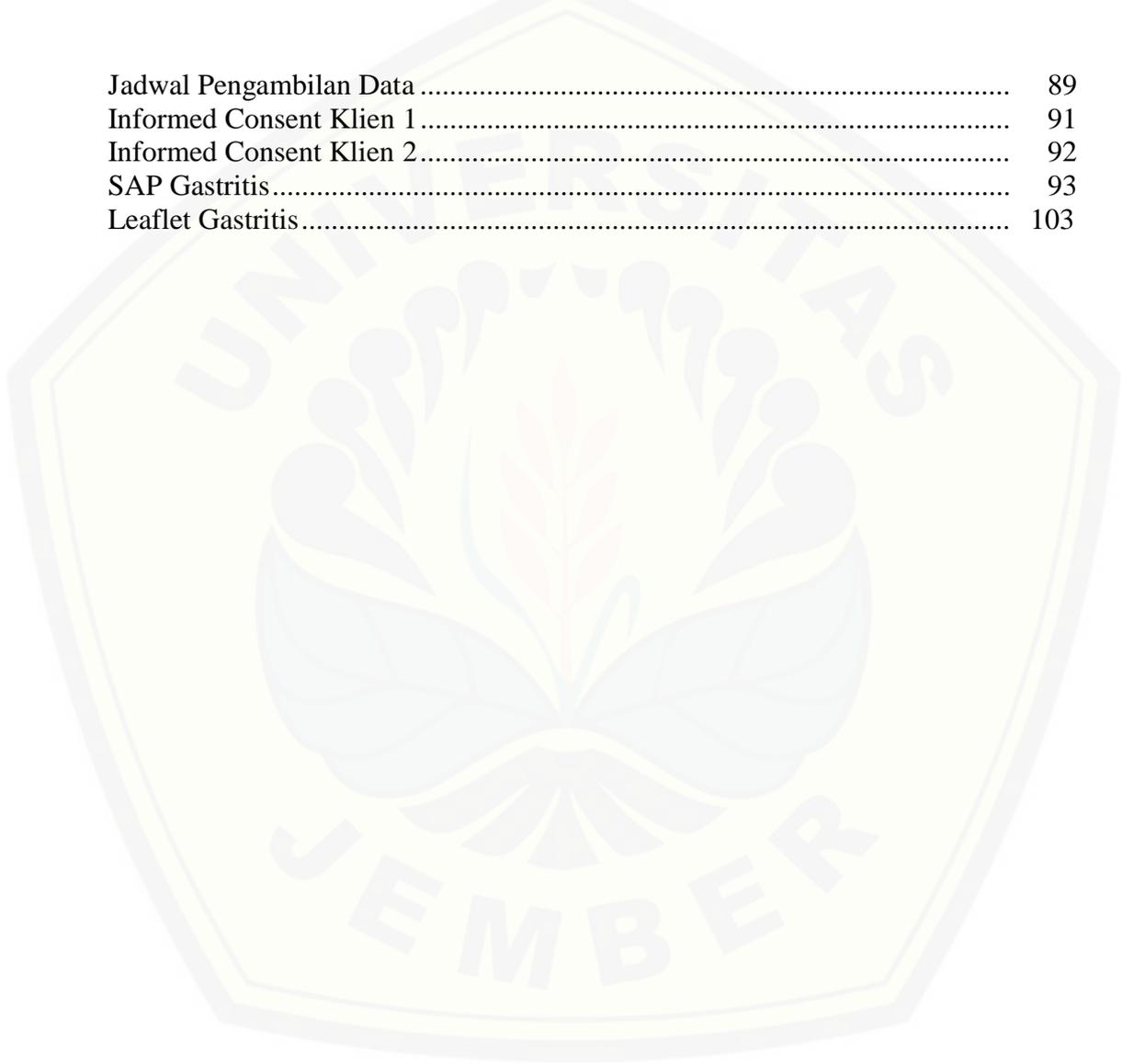
Tabel 4.1 Identitas Kepala Keluarga.....	50
Tabel 4.2 Komposisi Keluarga Klien 1.....	51
Tabel 4.3 Komposisi Keluarga Klien 2.....	51
Tabel 4.4 Type Keluarga.....	54
Tabel 4.5 Suku Bangsa.....	55
Tabel 4.6 Agama dan Kepercayaan.....	55
Tabel 4.7 Status Sosial Ekonomi.....	56
Tabel 4.8 Aktivitas Keluarga.....	56
Tabel 4.9 Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga.....	56
Tabel 4.10 Riwayat Kesehatan Keluarga.....	57
Tabel 4.11 Riwayat Kesehatan Anggota Keluarga Klien 1.....	58
Tabel 4.12 Riwayat Kesehatan Anggota Keluarga Klien 2.....	58
Tabel 4.13 Karakteristik Rumah.....	59
Tabel 4.14 Karakteristik Tetangga dan komunitas RW.....	59
Tabel 4.15 Mobilitas Geografi Keluarga.....	59
Tabel 4.16 Perkumpulan Keluarga dan Interaksi dengan Masyarakat.....	59
Tabel 4.17 Sistem Pendukung Keluarga.....	60
Tabel 4.18 Struktur Keluarga.....	60
Tabel 4.19 Fungsi Keluarga.....	60
Tabel 4.20 Stress dan Koping Keluarga.....	62
Tabel 4.21 Keadaan Gizi Keluarga.....	62
Tabel 4.22 Pemeriksaan Fisik.....	63
Tabel 4.23 Pemeriksaan Fisik Anggota Keluarga Klien 1.....	63
Tabel 4.24 Pemeriksaan Fisik Anggota Keluarga Klien 2.....	63
Tabel 4.25 Harapan Keluarga.....	64
Tabel 4.26 Analisa Data.....	66
Tabel 4.27 Batasan Karakteristik.....	67
Tabel 4.28 Analisa Data Lain yang Muncul.....	67
Tabel 4.29 Skoring Diagnosa Klien 1.....	68
Tabel 4.30 Skoring Diagnosa Klien 1.....	69
Tabel 4.31 Skoring Diagnosa Klien 1.....	70
Tabel 4.32 Skoring Diagnosa Klien 2.....	71
Tabel 4.33 Skoring Diagnosa Klien 2.....	72
Tabel 4.34 Skoring Diagnosa Klien 2.....	73
Tabel 4.35 Intervensi Keperawatan.....	74
Tabel 4.36 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	79

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.4 Pathway Gastritis	9
Gambar 4.1 Genogram	52
Gambar 4.2 Denah Rumah	54

DAFTAR LAMPIRAN

Jadwal Pengambilan Data	89
Informed Consent Klien 1	91
Informed Consent Klien 2	92
SAP Gastritis	93
Leaflet Gastritis	103



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gastritis merupakan masalah saluran pencernaan yang paling sering ditemukan. Gastritis dapat bersifat akut yang datang mendadak dalam beberapa jam atau beberapa hari dan dapat juga bersifat kronis sampai berbulan-bulan atau bertahun-tahun (Dinoyo, 2013). Bentuk akut dari gastritis mungkin terlihat dengan mual dan muntah, ketidaknyamanan epigastrium, perdarahan, kelesuan, dan anoreksia. Biasanya berasal dari zat korosif, erosive, atau yang infeksius. Gangguan yang berhubungan dengan gastritis akut meliputi uremia, syok, lesi system saraf pusat, sirosis hati, hipertensi portal, dan tensi emosional yang berkepanjangan. Pengkajian khususnya pada ketidaknyamanan epigastrium biasanya difigurkan dengan rasa terbakar atau sakit, nyeri abdominal, kram, sendawa, refluks, mual parah dan muntah (Sulia.Aklia., Keperawatan Medikal Beda: Manajemen Klinis Untuk Hasil Yang Diharapkan, Edisi 8-Buku 2, 2014). Masyarakat pada umumnya tidak mengenal gastritis, masyarakat mengenal gastritis dengan sebutan penyakit maag yaitu penyakit yang menurut mereka bukan suatu masalah yang besar, misalnya jika merasakan nyeri perut maka mereka akan langsung mengatasinya dengan makan nasi, kemudian nyerinya hilang (Nurlatifa, 2017).

Pasien dan keluarga dengan penyakit gastritis membutuhkan pengawasan makanan setelah pulang dari rumah sakit dan sangat mudah terkena gastritis bila tidak mematuhi penatalaksanaan di rumah, makan makanan yang teratur dan menghindari makan yang dapat mengiritasi lambung. Keluarga mempunyai peran penting dalam merawat dan mencegah kekambuhan gastritis karena keluarga merupakan orang yang paling dekat dan sering bersama pasien (Purwanti, 2016)

Pada penyakit ini sekitar empat juta penduduk Amerika Serikat mengalami gangguan asam lambung dengan tingkat mortalitas sekitar 15.000 orang per tahun. Angka kejadian gastritis dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tercatat, Jakarta mencapai 50%, Denpasar 46%, Palembang 35,3%, Bandung 32,5%, Aceh 31,7%, dan Pontianak 31,2%. Pada

tahun 2009 tercatat 30.154 penderita gastritis yang mengalami rawat inap di rumah sakit Indonesia yang terdiri dari 12.378 orang adalah laki-laki dan 17.396 orang perempuan (Kemenkes RI, Profil Kesehatan Indonesia, 2009). Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan penulis di Puskesmas Rogotruman pada bulan Februari-Mei 2018 didapatkan data 57 penderita gastritis 27 berjenis kelamin laki-laki dan 30 berjenis kelamin perempuan.

Gastritis akut dicirikan dengan kerusakan sawar mukosa oleh iritan lokal. Kerusakan ini kemungkinan asam hidroklorat dan pepsin mengalami kontak dengan jaringan lambung, yang menyebabkan iritasi, inflamasi, dan erosi superfisial (LeMone, 2015). Gastritis akut biasanya berdurasi pendek kecuali mukosa lambung telah menderita kerusakan yang luas atau tidak diobati, dalam kasus ini akan berkembang ke gastritis kronis. Penyebab yang umum gastritis akut adalah infeksi. Peradangan ini dapat mengakibatkan pembengkakan mukosa lambung sampai terlepasnya epitel mukosa superfisial yang menjadi penyebab terpenting dalam gangguan saluran pencernaan. Pelepasan epitel akan merangsang timbulnya proses inflamasi pada lambung. Penetrasi atau daya tembus bakteri yang masuk akan memproteksi dirinya dengan lapisan mukus, proteksi lapisan ini akan menutupi mukosa lambung dan melindungi diri dari asam lambung (Muttaqin, 2011)

Rencana asuhan keperawatan yang diterapkan bertujuan untuk mengurangi, mengontrol dan menghilangkan nyeri sehingga klien bisa mengatasi rasa nyeri akibat gastritis. Fokus pengkajian pada pasien dengan nyeri adalah Palliative, Quality, Ratio, Skala, Dan Time (PQRST). Tindakan yang dilakukan adalah sebagai berikut, kaji lokasi nyeri, kualitas nyeri yang dirasakan, sesering apa nyeri terjadi, skala nyeri (0-10 skala kozier) dan lama nyeri yang terjadi (Hirlan, 2001). Perencanaan keperawatan yang dapat dilakukan berdasarkan NIC (Nursing Intervension Clasification) antara lain yaitu observasi tanda-tanda vital pasien dengan rasional tanda-tanda vital merupakan acuan untuk mengetahui keadaan umum pasien, meningkatkan kenyamanan dan mengurangi rasa nyeri, ajarkan teknik relaksasi dengan rasional untuk meringankan atau mengurangi nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diterima oleh pasien,

kolaborasi dengan pemberian analgesic dengan rasional untuk mengurangi atau menghilangkan nyeri (Wahyuni, 2013). Selain itu agar tidak terjadi kekambuhan nyeri gastritis perawat berperan dalam memberikan pendidikan kesehatan pada penderita penyakit gastritis yaitu seperti manajemen stress, untuk menurunkan tingkat stress disarankan banyak mengkonsumsi makanan bergizi, cukup istirahat, berolahraga secara teratur, serta selalu menenangkan untuk menurunkan tekanan darah, kelelahan dan rasa letih. Serta menerapkan pola makan sehat yang rutin dan teratur, mengkonsumsi makanan yang memiliki angka kelengkapan gizi dan nutrisi yang baik dengan frekuensi 3 kali dalam sehari, juga tidak boleh makan-makanan yang pedas, asam, dan terlalu berbumbu. Dan jangan terlalu berlebihan atau mengkonsumsi obat-obatan seperti obat anti inflamasi, antibiotik, dan obat anti nyeri seara terus-menerus (Hirlan, 2001)

Dalam hal ini keluarga berperan penting dalam merawat dan mencegah kekambuhan gastritis karena keluarga merupakan orang terdekat dan sering bersama klien. Keluarga mempunyai fungsi keluarga dalam menangani klien dengan gastritis meliputi 5 tugas keluarga yang harus dilaksanakan oleh seluruh anggota keluarga yaitu:

1. Mengenal masalah kesehatan yang ada pada klien gastritis.
2. Memutuskan tindakan yang tepat bagi keluarga yang mengalami gastritis.
3. Memberikan perawatan kesehatan pada keluarga yang menderita gastritis dengan membatasi diet dan minum teratur.
4. Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga dengan gastritis.
5. Menggunakan pelayanan kesehatan yang ada jika ada kekambuhan pada keluarga yang menderita gastritis (Purwanti, 2016)

Dari latar belakang diatas penulis tertarik untuk melakukan studi kasus dengan judul : “Asuhan Keperawatan Keluarga Gastritis Akut Pada Keluarga Tn. S Dan Tn. J Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2018”

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan keluarga gastritis akut pada keluarga tn. s dan tn. j dengan masalah keperawatan nyeri akut di wilayah kerja puskesmas rogotrunan lumajang tahun 2018?

1.3 Tujuan Penulisan

Penelitian ini bertujuan untuk “Asuhan Keperawatan Keluarga Gastritis Akut Pada Keluarga Tn. S Dan Tn. J Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2018”

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Bagi Penulis

Menambah wawasan, pengetahuan dan pengalaman dalam melakukan Pengkajian, Menentukan Diagnosa dan Intervensi Pada Pasien Gastritis Dengan Nyeri akut di wilayah Puskesmas Rogotrunan Tahun 2018.

1.4.2 Bagi Institusi

Dari penelitian ini dapat dipertimbangkan untuk mengembangkan ilmu dan penelitian keperawatan di D3 Keperawatan Unej Kampus Lumajang Tentang “Asuhan Keperawatan Keluarga Gastritis Akut Pada Keluarga Tn. S Dan Tn. J Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2018”

1.4.3 Bagi Profesi Keperawatan

Dapat digunakan sebagai informasi atau masukan dalam memberikan Asuhan Keperawatan Nyeri akut Pada Pasien Gastritis Di Wilayah Puskesmas Rogotrunan Tahun 2018”

1.4.4 Bagi Responden

Diharapkn studi kasus ini dapat memberikan masukan dan menambah pengetahuan kepada pasien, keluarga pasien mengenai upaya mengatasi nyeri akut pada pasien Gastritis.

BAB 2. TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Gastritis

2.1.1 Pengertian Gastritis

Gastritis adalah suatu peradangan mukosa lambung yang bersifat akut, kronik difus, atau lokal dengan karakteristik anoreksia, rasa penuh, tidak enak pada epigastrium, mual dan muntah (Suratun, 2010). Gastritis adalah istilah yang mencakup serangkaian kondisi yang hadir dengan inflamasi mukosa lambung. Kondisi ini diklasifikasikan berdasarkan waktu perjalanan (baik akut maupun kronis), pemeriksaan histologis (biopsy) dan mekanisme patogenik yang diajukan (Sulia.Aklia., Keperawatan Medikal Beda: Manajemen Klinis Untuk Hasil Yang Diharapkan, Edisi 8-Buku 2, 2014). Gastritis merupakan masalah saluran pencernaan yang paling sering ditemukan. Gastritis dapat bersifat akut yang datang mendadak dalam beberapa jam atau beberapa hari dan dapat juga bersifat kronis sampai berbulan-bulan atau bertahun-tahun (Dinoyo, 2013).

Gastritis akut adalah inflamasi pada mukosa lambung yang disertai kerusakan atau erosi pada mukosa (Dinoyo, 2013). Gastritis akut merupakan peradangan pada mukosa lambung yang menyebabkan erosi dan perdarahan mukosa lambung dan setelah terpapar pada zat iritan. Erosi tidak mengenai otot lambung (Suratun, 2010). Gastritis akut adalah suatu peradangan mukosa lambung yang akut dengan kerusakan erosi pada bagian superfisial (Muttaqin, 2013).

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosi yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan jaringan yang actual atau potensial; atau digambarkan dengan istilah seperti (International Association for the Study of Pain); awitan yang tiba-tiba atau perlahan dengan intensitas ringan sampai berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau dapat diramalkan dan durasinya kurang dari enam bulan. Yang ditandai dengan perubahan tonus otot (dengan rentang dari lemas tidak bertenaga sampai kaku). Perubahan selera makan. Perilaku ekspresif (misalnya, gelisah, merintih, menangis, kewaspadaan berlebihan, peka terhadap rangsang, dan menghela nafas panjang. Ekspresi wajah menyeringai kesakitan.

Bukti nyeri yang dapat diamati. Gangguan tidur (mata terlihat kuyu, gerakan tidak teratur atau tidak menentu) (Wilkinson & Ahern, 2011)

2.1.2 Etiologi

Gastritis biasa terjadi, dapat disebabkan oleh bermacam-macam factor. Tipe paling umum dari gastritis adalah gastritis akut yang biasanya bersifat bernigna dan dapat sembuh sendiri terkait dengan ingesti iritan lambung seperti aspirin, lkohol, kafein, atau makanan yang terkontaminasi oleh bakteri tertentu (LeMone, 2015). Menurut Sri Hartati pada tahun 2014 gastritis paling sering menyerang usia produktif (25 tahun sampai 40 tahun). Pada usia produktif rentan terserang gejala gastritis karena tingkat kesibukan serta gaya hidup yang kurang memperhatikan kesehatan serta stress yang mudah terjadi akibat pengaruh faktor-faktor lingkungan. Menurut penelitian Suryono tahun 2016 pendidikan dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang. Namun seseorang yang berpendidikan rendah tidak berarti mutlak berpengetahuan rendah.

Bentuk akut dari gastritis mungkin terlihat dengan mual dan muntah, ketidaknyamanan epigastrium, perdarahan, kelesuan, dan anoreksia. Gangguan yang berhubungan dengan gastritis akut meliputi uremia, syok, lesi system syataf pusat, sirosis hati, hipertensi portal, dan tensi emosional yang berkepanjangan. Gastritis akut biasanya berdurasi pendek kecuali mukosa lambung telah mngalami kerusakan yang luas atau tidak diobati, dalam kasus ini mungkin akan berkembang ke gastritis kronis (Sulia.Akليا., Keperawatan Medikal Beda: Manajemen Klinis Untuk Hasil Yang Diharapkan, Edisi 8-Buku 2, 2014).

Salah satu penyebab terjadinya gastritis akut antara lain:

2.1.2.1 Konsumsi obat-obatan kimia (asetaminofen (aspirin), steroid kortikoteroid), digitalis. Asetaminofen dan kortikosteroid dapat mengakibatkan iritasi pada mukosa lambung. NSAID (*non steroid anti inflamasi drugs*) dan kortikosteroid menghambat sintesis prostaglandin sehingga sekresi HCL meningkat dan menyebabkan suasana lambung menjadi sangat asam sehingga menimbulkan iritasi mukosa lambung.

2.1.2.2 Konsumsi alkohol. Alkohol dapat menyebabkan kerusakan mukosa gaster.

2.1.2.3 Terapi radiasi, refluk empedu, zat-zat korosif (cuka, lada) menyebabkan kerusakan gaster dan menimbulkan edema dan perdarahan.

2.1.2.4 Kondisi yang *stressful* (trauma, luka bakar, kemoterapi, dan kerusakan susunan saraf pusat) merangsang peningkatan produksi HCL lambung.

2.1.2.5 Infeksi oleh bakteri seperti *helicobacter pilori*, *escherica coli*, *salmonella*, dan lain-lain (Suratun, 2010).

Menurut Sri Hartati (2014) gastritis diawali dengan pola makan yang tidak teratur. Kebiasaan makan yang buruk dan mengkonsumsi makanan yang tidak hygiene merupakan faktor resiko terjadinya gastritis. Gastritis terjadi karena tidak kesesuaian lambung dengan makanan yang dimakan seperti makanan yang pedas (cabai atau merica) atau makanan yang memiliki kadar lemak tinggi, sehingga produksi asam lambung tidak terkontrol. Menurut Suryono 2016 penderita gastritis dapat dilihat dari fakta yang melatar belakangi responden seperti penghasilan yang diperoleh setiap bulan, karena status ekonomi yang lebih baik dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang dalam berbagai hal.

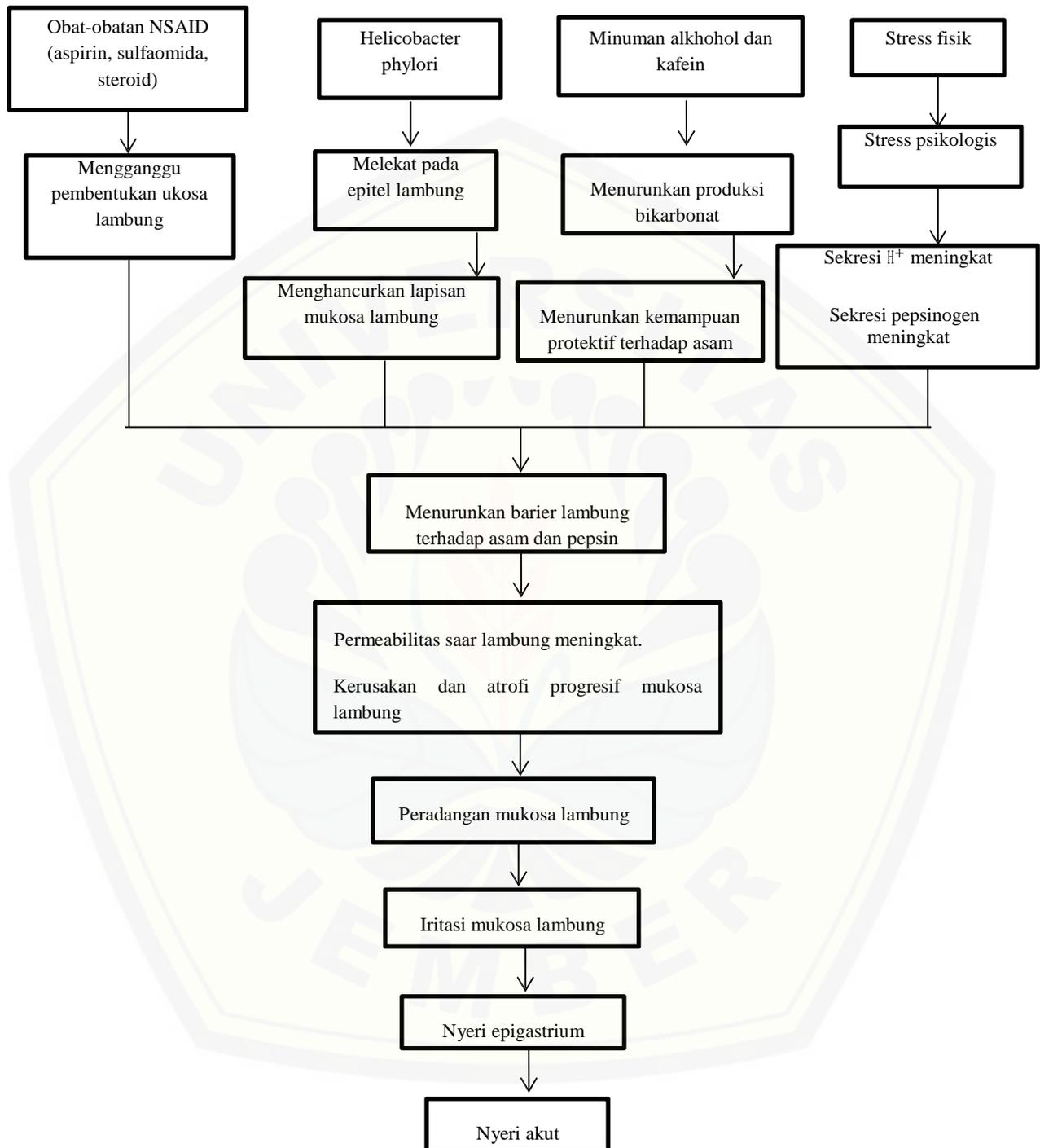
2.1.3 Patofisiologi

Penyebab yang paling umum gastritis akut adalah infeksi. Pathogen termasuk *Helicobacter pylori*, *Escherichia coli*, *Proteus*, *Haemophilus*, *Streptokokus*. Infeksi bakteri lambung jarang terjadi tetapi dapat mengancam kehidupan. Lapisan mukosa lambung normalnya melindungi dari asam lambung, sementara asam lambung melindungi lambung dari infeksi. Jika asam lambung tersebut ditembus dengan inflamasi dan nekrosis, maka terjadilah infeksi, sehingga terdapat luka pada mukosa. Ketika asam hidroklorida (asam lambung) mengenai mukosa lambung, maka terjadi luka pada pembuluh kecil yang diikuti dengan edema, prdarahan, dan mungkin juga terbentuk ulkus (Sulia.Aklia., Keperawatan Medikal Beda: Manajemen Klinis Untuk Hasil Yang Diharapkan, Edisi 8-Buku 2, 2014). Gastritis akut dicirikan dengan kerusakan sawar mukosa

oleh iritan lokal. Kerusakan ini memungkinkan asam hidroklorat dan pepsin mengalami kontak dengan jaringan lambung, yang menyebabkan iritasi, inflamasi, dan erosi superfisial. Mukosa lambung dengan cepat beregenerasi untuk memulihkan kondisi mukosa sehingga gastritis akut mereda sendiri, dengan penyembuhan yang biasanya muncul dalam beberapa hari. Minum aspirin atau agens NSAID, kortikosteroid, alkohol, dan kafein biasanya dikaitkan dengan terjadinya gastritis akut (LeMone, 2015).

Pada penyakit gastritis terdapat dua tipe, yaitu gastritis akut dan gastritis kronik. Gastritis akut disebabkan oleh makanan dan minuman, terlalu sering mengkonsumsi obat-obatan seperti aspirin, terlalu sering mengkonsumsi alkohol dan juga pada pasien yang mengalami stress berlebihan (Hartono, 2012). Makanan dan minuman yang bersifat iritan merupakan agen-agen penyebab iritasi mukosa lambung (Sari, 2013). Pada pasien yang mengalami stress fisik akan menyebabkan perfusi mukosa lambung terganggu sehingga timbul daerah-daerah infark kecil, selain itu sekresi asam lambung juga akan terpacu. Mucosal barrier (pelindung mukosa) pada pasien stress fisik biasanya tidak terganggu. Hal tersebut yang membedakannya dengan gastritis erosif karena bahan kimia dan obat. Gastritis karena bahan kimia dan obat menyebabkan mucosal barrier rusak sehingga difusi balik ion H^+ meninggi. Suasana asam yang terdapat pada lumen lambung akan mempercepat merusak mucosal barrier oleh cairan usus. Infeksi bakteri merupakan penyebab lain yang dapat meningkatkan peradangan pada mukosa lambung. Infeksi *H. pylori* yang bersifat asimtomatik yang akan memproteksi dirinya dengan mukus ketika masuk. Proteksi lapisan ini akan menutupi mukosa lambung. Penetrasi atau tembus bakteri ke lapisan lambung dan melindungi terjadinya kontak dengan sel-sel epitelia lambung dan terjadi adhesi (perlengketan) sehingga menghasilkan respons peradangan melalui pengaktifan enzim. Hal tersebut menyebabkan fungsi barrier lambung terganggu dan terjadilah gastritis akut (Sari, 2013).

Pathway Gastritis



Patofisiologi gastritis masalah keperawatan Nyeri Akut (Muttaqin,2011)

2.1.5 Manifestasi Klinis

Awitan gejala mungkin berlangsung cepat seperti ketidaknyamanan abdomen, sakit kepala, kelesuan, mual, anoreksia, muntah, dan cegukan (Anisa Mardella, 2013). Manifestasi pasien gastritis akut dapat memiliki gejala ringan seperti anoreksia (hilang nafsu makan), atau nyeri epigastrium ringan yang dapat diredakan dengan sendawa atau defekasi. Manifestasi yang lebih berat meliputi nyeri abdomen, mual, dan muntah. Perdarahan lambung dapat terjadi disertai hematemesis atau melena (feses gelap seperti tar yang mengandung darah) (LeMone, 2015).

Keluhan-keluhan yang disampaikan oleh penderita sakit maag/gastritis meliputi rasa tidak nyaman di uluhati dalam jangka waktu tertentu (beberapa jam, hari atau minggu). Nyeri pedih atau rasa terbakar, tertusuk, teriris di uluhati dapat juga dibelakang tulang dada atau menjalar kebelakang (punggung). Rasa sakit ini dapat berkurang, tetap atau bertambah jika perut diisi makanan (sesudah makan). Pada penderita sakit maag/gastritis berkurang setelah muntah. Rasa sakit ini ada yang dirasakan pada pagi atau siang hari, dan ada juga yang dirasakan terutama pada malam hari, sampai-sampai penderita terbangun dari tidurnya ditengah malam akibat rasa sakit yang hebat.

Selain rasa nyeri uluhati, penderita sakit maag/gastritis mengeluh rasa penuh diperut bagian atas terutama sesudah makan, cepat kenyang, kembung, bersendawa, mual, muntah, rasa asam dimulut (Murjyanah, 2010).

2.1.6 Penatalaksanaan

Terapi gastritis sangat bergantung pada penyebab spesifiknya dan mungkin memerlukan perubahan dalam gaya hidup, pengobatan atau kasus yang jarang dilakukan pembedahan untuk mengobatinya. Terapi yang umumnya diberikan adalah terapi menurunkan asam lambung dan terapi terhadap *helicobacter pylori*. Asam lambung mengiritasi jaringan yang meradang dalam lambung dan menyebabkan sakit dan peradangan yang lebih parah. Itulah sebabnya, bagi sebagian besar gastritis, terapinya melibatkan obat-obat yang mengurangi atau menetralkan asam lambung, seperti antasida, obat penghambat

asam, obat penghambat pompa proton, dan *cytoprotective agents*. Ketika antasida sudah tidak dapat lagi mengatasi rasa sakit tersebut, dokter kemungkinan akan merekomendasikan obat seperti ranitidine, cimetidin, nizatidin atau famotidin untuk mengurangi produksi asam lambung (Prio, 2009).

Cara selanjutnya yang lebih efektif untuk mengurangi jumlah asam lambung adalah menutup pompa asam dalam sel-sel lambung penghasil asam. Obat yang termasuk dalam golongan ini adalah omeprazole, rabeprazole, dan esomeprazole. Obat-obat ini juga menghambat kerja *Helicobacter Pylory*. Cara yang paling sering digunakan adalah kombinasi dari antibiotik dan penghambat pompa proton. Antibiotik berfungsi untuk membunuh bakteri, penghambat pompa proton berfungsi untuk meringankan rasa sakit, mual, menyembuhkan inflamasi dan meningkatkan efektifitas antibiotik. Untuk memastikan *helicobacter pylory* sudah hilang dapat dilakukan pemeriksaan feses setelah terapi dilaksanakan (Prio A. Z., 2009).

Penatalaksanaan medis pada pasien gastritis, yaitu:

2.1.6.1 Farmakologi

- 2.1.6.1.1 Pemberian antirematik dan pasang infuse untuk mempertahankan cairan tubuh pasien.
- 2.1.6.1.2 Antasida untuk mengatasi perasaan *begah* (penuh) dan tidak enak di abdomen, serta untuk menetralsir asam lambung.
- 2.1.6.1.3 Antagonis H₂ (seperti ranitin, atau ranitidine, simetidin) mampu menurunkan sekresi asam lambung.
- 2.1.6.1.4 Antibiotik diberikan bila dicurigai adanya infeksi oleh H. pylory.

2.1.6.2 Nonfarmakologi

- 2.1.6.2.1 Dapat diatasi dengan memodifikasi diet pasien, yakni diet makanan lunak yang diberikan dalam porsi sedikit tapi sering.
- 2.1.6.2.2 Untuk menetralsir alkali, menggunakan jus lemon encer atau cuka encer.
- 2.1.6.2.3 Instruksikan pasien untuk menghindari alcohol (Ardiansyah, 2012).

2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

2.1.7.1 Pemeriksaan Darah

Tes ini digunakan untuk memeriksa adanya antibody *H. pylory* dalam darah. Hasil tes yang positif menunjukkan bahwa pasien pernah kontak dengan bakteri pada suatu waktu dalam hidupnya, tapi itu tidak menunjukkan bahwa pasien tersebut terkena infeksi. Tes darah dapat juga dilakukan untuk memeriksa anemia, yang terjadi akibat perdarahan lambung akibat gastritis.

2.1.7.2 Pemeriksaan Feses

Tes ini memeriksa apakah terdapat *H. pylory* dalam feses atau tidak. Hasil yang positif dapat mengindikasikan terjadinya infeksi. Pemeriksaan juga dilakukan terhadap adanya darah dalam feses. Hal ini menunjukkan adanya perdarahan pada lambung.

2.1.7.3 Endoskopi Saluran Cerna Bagian Atas

Dengan tes ini dapat terlihat adanya pada saluran cerna bagian atas yang mungkin tidak terlihat dari sinar-X. Tes ini dilakukan dengan cara memasukkan sebuah selang kecil yang fleksibel (endoskop) melalui mulut dan masuk ke dalam esophagus, lambung, dan bagian usus kecil. Tenggorokan akan terlebih dahulu dimati rasakan (anestesi) sebelum endoskop dimasukkan untuk memastikan pasien merasa nyaman menjalani tes ini. Jika ada jaringan dalam saluran cerna yang terlihat mencurigakan, dokter akan mengambil sedikit sampel dari jaringan tersebut. Sampel itu kemudian akan dibawa ke laboratorium untuk diperiksa. Tes ini memakan waktu kurang lebih 20 sampai 30 menit. Pasien biasanya tidak akan langsung disuruh pulang ketika tes ini selesai, tetapi harus menunggu sampai efek dari anestesi menghilang, kurang lebih satu atau dua jam. Hampir tidak ada resiko akibat tes ini. Komplikasi yang sering terjadi adalah rasa tidak nyaman pada tenggorokan akibat menelan endoskop.

2.1.7.4 Rontgen Saluran Cerna Atas

Tes ini akan melihat adanya tanda-tanda gastritis atau penyakit pencernaan lainnya. Biasanya akan diminta menelan cairan barium terlebih dahulu sebelum

melakukan rontgen. Cairan ini akan melapisi saluran cerna dan akan terlihat lebih jelas ketika di rontgen (Nuari, 2015).

2.1.8 Penatalaksanaan Medis

Ketika mengkaji klien dengan gastritis akut atau kronis, fokuslah dengan hati-hati pada factor resiko. Pertimbangkan diet klien, pola makan, serta penggunaan resep dan obat-obatan bebas, juga gaya hidup klien, termasuk konsumsi alcohol dan merokok.

Fokuslah pada pengajaran klien tentang penyebab gastritis dan makanan yang mungkin memperburuk penyakit. Bantu klien untuk mengkaji factor-faktor yang dapat memicu peingkatan manifestasi, seperti stress atau kelelahan, meminum obat tertentu saat perut kosong, konsumsi makanan dan minuman, konsumsi alcohol serta merokok. Dorong klien untuk menghindari factor-faktor ini.

Alumunium hidroksida dengan magnesium karbonat (Gaviscon), yang memproduksi busa lembut adalah antasida terbaik untuk gastritis. Reseptor H_2 antagonis, penghambat pompa proton, obat antisekresi, dan obat yang menambah ketahanan mukosa juga dapat menurunkan nyeri.

Jika terjadi mual dan muntah parah, maka batasi asupan peroral (NPO) klien sampai masalah keparahan menurun. Ketika nyeri dan mual yang berhubungan dengan gastritis telah mereda, klien dapat diinstruksikan untuk mengkonsumsi diet seimbang dan menghindari makanan dan minuman yang menyebabkan iritasi (Sulia.Akليا., Keperawatan Medikal Beda: Manajemen Klinis Untuk Hasil Yang Diharapkan, Edisi 8-Buku 2, 2014).

Tindakan keperawatan untuk mendukung proses ini adalah dengan menghentikan asupan makanan iritatif seperti rokok, alcohol, kopi, dan sejenisnya. Bila ada perdarahan sebaiknya pasien dipuaskan. Obat-obat untuk menetralkan asam lambung seperti alumunium hidroksida atau antacid dibutuhkan bila penyebab gastritis sangat iritatif. Terapi suportif seperti pemasangan *Naso Gastric Tube* (NGT) analgetik sedative, antacid dan terapi intravena jika perlu dilakukan bila ada indikasi terjadi kondisi yang lebih buruk seperti dehidrasi, perdarahan hebat, dan syok (Dinoyo, 2013).

Pada klien yang mengalami mual dan muntah anjurkan untuk beristirahat, status NPO (*Nothing Peroral*), pemberian antiemetik dan pasang infus untuk mempertahankan cairan tubuh klien. Bila muntah berlanjut perlu dipertimbangkan pemasangan NGT (*Naso Gastric Tube*). Antasida diberikan untuk mengatasi perasaan begah (penuh) dan tidak enak di abdomen dan menetralkan asam lambung dengan meningkatkan pH lambung sekitar 6. Antagonis H₂ (seperti ranitidin atau ranitidine, simetidin) dan inhibitor pompa proton (seperti omeprazole atau lansoprazole) mampu menurunkan sekresi asam lambung. Antibiotik diberikan jika dicurigai adanya infeksi oleh *helicobacter pylori*. Kombinasi dua atau tiga antibiotik dapat diberikan untuk mengeradikasi *helicobacter pylori* (seperti clarithromycin dan amoksisilin).

Bila terjadi perdarahan akibat mukosa lambung maka perlu dilakukan transfusi darah untuk mengganti cairan yang keluar dari tubuh dan dilakukan lavage (bilas) lambung. Bila tidak dapat dikoreksi maka pembedahan dapat menjadi alternatif. Pembedahan yang dapat dilakukan pada klien dengan gastritis adalah gastrectomi parsial, vagotomi atau pyloroplasti. Injeksi intravena cobalamin dilakukan bila terdapat anemia pernisiiosa. Fokus intravena keperawatan adalah bagaimana mengevaluasi dan mengeliminasi faktor penyebab gastritis antara lain anjurkan klien untuk tidak mengonsumsi alkohol, kafein, teh panas, atau zat iritan bagi lambung serta merubah gaya hidup dengan pola hidup sehat dan meminimalisasi stress.

2.1.9 Komplikasi

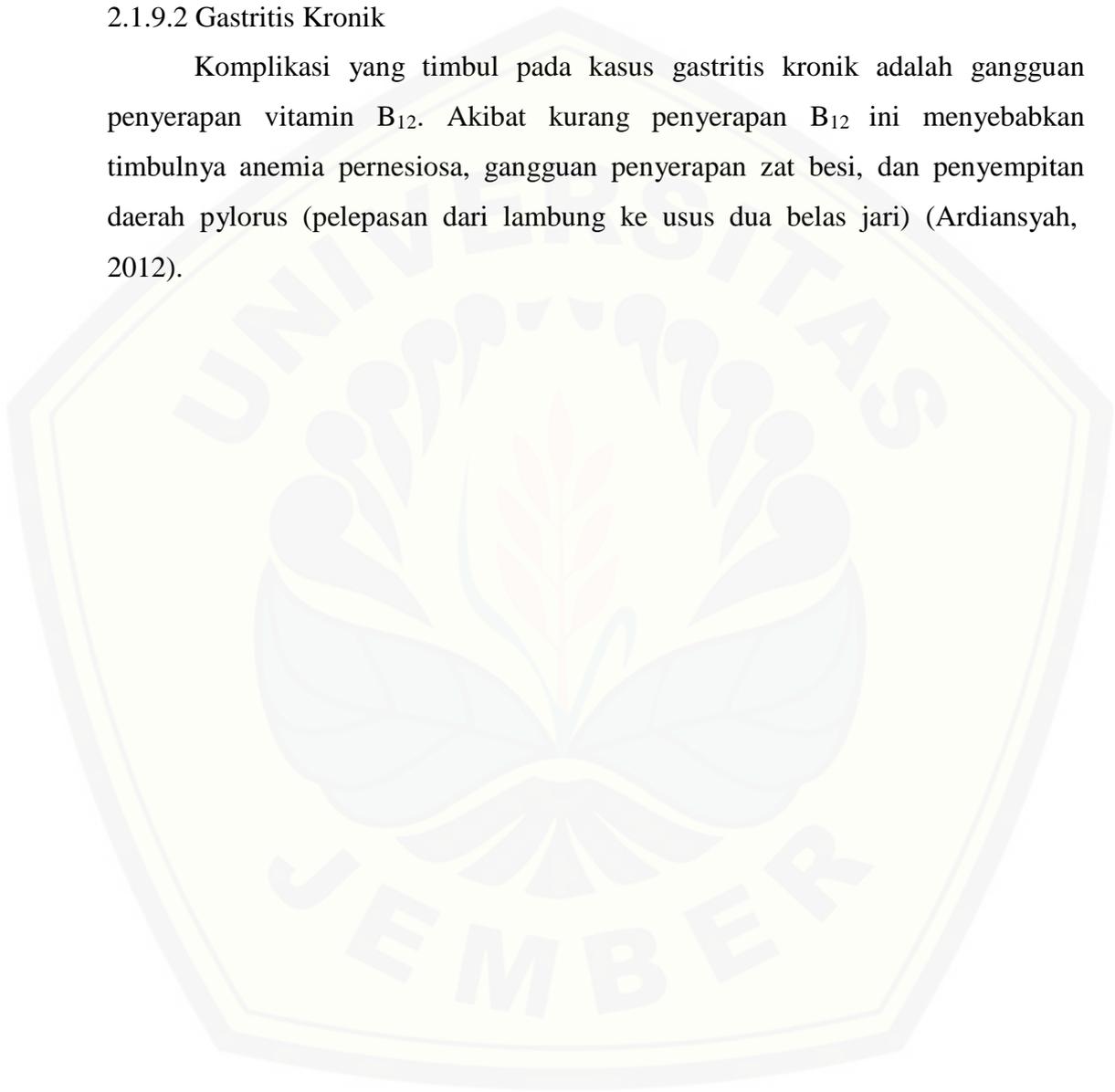
Komplikasi pada gastritis akut yaitu perdarahan saluran cerna atas yang berupa hematemesis dan melena. Kadang-kadang perdarahannya cukup banyak sehingga dapat menyebabkan syok hemoragik yang bisa mengakibatkan kematian. Pada gastritis kronik, komplikasinya yaitu atrofi lambung yang dapat menyebabkan gangguan penyerapan terhadap vitamin, anemia pernisiiosa yang mempunyai antibodi terhadap faktor intrinsic dalam serum atau cairan gasternya akibat gangguan penyerapan terhadap vitamin B12, dan gangguan penyerapan zat besi (Mansjoer, 2001 dalam Hadi Hartono, 2012). Komplikasi pada gastritis yaitu:

2.1.9.1 Gastritis Akut

Komplikasi yang timbul pada gastritis akut adalah perdarahan saluran cerna bagian atas (SCBA), berupa hematemesis dan melena, yang berakhir dengan *shock* hemoragik.

2.1.9.2 Gastritis Kronik

Komplikasi yang timbul pada kasus gastritis kronik adalah gangguan penyerapan vitamin B₁₂. Akibat kurang penyerapan B₁₂ ini menyebabkan timbulnya anemia pernesiosa, gangguan penyerapan zat besi, dan penyempitan daerah pylorus (pelepasan dari lambung ke usus dua belas jari) (Ardiansyah, 2012).



2.2 Konsep Keluarga

2.2.1 Pengertian Keluarga

Pengertian keluarga sangat variatif sesuai dengan orientasi teori yang menjadi dasar pendefinisinya. Keluarga berasal dari bahasa Sanskerta (*kula* dan *warga*) *kulawarga* yang berarti anggota kelompok kerabat.

Banyak ahli menguraikan pengertian keluarga sesuai dengan perkembangan sosial masyarakat. Berikut akan dikemukakan beberapa pengertian keluarga :

2.2.1.1.1 Pendapat yang menganut teori interaksional, memandang keluarga sebagai suatu arena berlangsungnya interaksi kepribadian. Sedangkan mereka yang bereorientasi pada perspektif sistem sosial memandang keluarga sebagai bagian sosial terkecil yang terdiri dari seperangkat komponen yang sangat tergantung dan dipengaruhi oleh struktur internal dan sistem-sistem lain.

2.2.1.1.2 Wall (1986) dalam (Padila, 2012) mengemukakan keluarga sebagai dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan kebersamaan dan ikatan emosional serta mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga.

2.2.1.2 Spradley dan Allender (1996) dalam (Padila, 2012) mengemukakan satu atau lebih individu yang tinggal bersama, sehingga mempunyai ikatan emosional dan mengembangkan dalam ikatan sosial, peran dan tugas.

2.2.1.3 Dari beberapa pengertian di atas, tampak begitu luas dan variatif dalam membuat definisi keluarga, selanjutnya kita dapat melihat keluarga dari ciri- cirinya sebagaimana yang dikemukakan oleh Burgess (1963 dalam Friedman, 1998) dalam (Padila, 2012) bahwa ciri-ciri keluarga berdasarkan orientasi tradisional, adalah :

2.2.1.3.1 Keluarga terdiri dari individu-individu yang disatukan oleh ikatan perkawinan darah dan adopsi.

2.2.1.3.2 Anggota keluarga biasanya hidup bersama dalam satu rumah tangga atau jika mereka terpisah, tetap menganggap rumah tangga tersebut sebagai rumah mereka.

2.2.1.3.3 Anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran social keluarga seperti suami-istri, ayah-ibu, anak laki-laki dan anak perempuan dan lain sebagainya

2.2.1.3.4 Keluarga menggunakan budaya yang sama yang diambil dari masyarakat dengan ciri tersendiri.

Depkes RI (19981) dalam (Padila, 2012) mengemukakan alasan keluarga sebagai salah satu unit dalam pelayanan kesehatan adalah :

- 1) Keluarga merupakan unit terkecil dari komunitas / masyarakat, keluarga merupakan lembaga yang menyangkut kehidupan masyarakat. Dari keluarga yang sehat akan tercipta komunitas yang sehat, demikian sebaliknya.
- 2) Keluarga sebagai kelompok yang dapat menimbulkan, mencegah, mengabaikan atau memperbaiki masalah kesehatan yang ada. Jika salah satu anggota keluarga sakit atau mengalami masalah kesehatan, maka akan mempengaruhi kesehatan anggota keluarga secara keseluruhan, hal tersebut lebih nampak pada kasus-kasus dimana salah satu anggota keluarga ada yang mengalami penyakit menular, maka seluruh anggota keluarga memiliki potensi untuk mengalami hal yang sama.
- 3) Masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan. Misalnya ibu hamil mengalami kurang gizi, akan mengalami penurunan daya tahan tubuh sehingga mudah terserang penyakit, pada akhirnya akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin yang dikandungnya dan seterusnya.
- 4) Dalam penyelesaian masalah kesehatan, keluarga sebagai pengambil keputusan. Keluarga sebagai pengambil keputusan. Keluarga pada akhirnya yang menentukan apakah masalah kesehatan akan dihilangkan, dibiarkan atau bahkan mendatangkan masalah kesehatan lain, sehingga dalam hal ini kita penting untuk mempengaruhi keluarga untuk mengambil keputusan yang tepat terhadap masalah kesehatan yang dialami.
- 5) Keluarga merupakan perantara yang efektif dan mudah untuk mengatasi berbagai masalah kesehatan masyarakat.

Dari beberapa pengertian di atas maka dapat disimpulkan secara umum bahwa keluarga itu terjadi jikalau ada :

- (1) Ikatan atau persekutuan (perkawinan / kesepakatan)
- (2) Hubungan (darah / adopsi / kesepakatan)
- (3) Ikatan emosional

- (4) Tinggal bersama dalam satu atap (serumah) dan jika terpisah mereka tetap memperhatikan satu sama lain.
- (5) Ada peran masing-masing anggota keluarga
- (6) Anggota keluarga berinteraksi satu sama lain
- (7) Mempunyai tujuan : Menciptakan dan mempertahankan budaya, serta meningkatkan perkembangan fisik, psikologis, sosial anggota.

2.2.2 Tujuan Dasar Keluarga

Karena keluarga merupakan unit dasar dari masyarakat. Unit dasar ini memiliki pengaruh yang begitu kuat terhadap perkembangan individu-individu yang dapat menentukan keberhasilan kehidupan individu tersebut. Keluarga berfungsi sebagai *buffer* atau sebagai perantara antara masyarakat dan individu, yakni mewujudkan semua harapan dan kewajiban masyarakat dengan memenuhi kebutuhan setiap anggota keluarga serta menyiapkan peran anggotanya menerima peran di masyarakat.

Keluarga juga merupakan sistem terbuka sehingga dipengaruhi oleh supra sistemnya yaitu lingkungannya, lingkungannya disini adalah masyarakat dan sebaliknya sebagai subsistem dari lingkungan (masyarakat). Oleh karena itu betapa pentingnya peran dan fungsi keluarga membentuk manusia sebagai anggota masyarakat yang sehat biopsikososial spiritual.

Hal itu tidak terlepas bahwa setiap anggota keluarga memiliki kebutuhan dasar baik yang menyangkut kebutuhan fisik, psikologis maupun sosial. Sebuah keluarga diharapkan dapat bertanggung jawab untuk memenuhi kebutuhan anggotanya yang beraneka ragam, pada saat bersamaan masyarakat mengharapkan setiap anggota memenuhi kewajiban-kewajiban sebagai anggota masyarakat.

Saat ini banyak kelompok-kelompok yang memiliki fungsi perantara, namun keluarga tetap menjadi yang paling penting, karena anggota keluarga adalah yang memperhatikan secara total segi-segi kehidupan anggotanya. Prioritas tertinggi yang menjadi perhatian keluarga adalah kesejahteraan anggotanya, kelompok lain seperti teman kerja, teman sekolah, majelis dan LSM (Lembaga Swadaya masyarakat) tidak menaruh perhatian secara keseluruhan hidup individu,

mereka sebatas satu segi seperti kerjasama, persahabatan, keterlibatan dalam urusan sekolah atau pengajian atau produktivitas dan prestasi sekolah.

Keluarga telah lama dipandang sebagai konteks yang paling vital bagi pertumbuhan dan perkembangan yang sehat. Keluarga memiliki pengaruh penting terhadap pembentukan identitas dan konsep diri individu-individu yang menjadi anggotanya. (Padila, 2012)

2.2.3 Struktur Keluarga

Struktur keluarga menggambarkan bagaimana keluarga melaksanakan fungsi keluarga dimasyarakat. Ada beberapa Struktur keluarga yang ada di Indonesia yang terdiri dari bermacam-macam, diantaranya adalah :

2.2.3.1 Patrilineal

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

2.2.3.2 Matrilineal

Adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi dimana hubungan itu disusun melalui jalur ibu.

2.2.3.3 Matrilokal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ibu.

2.2.3.4 Patrilokal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ayah.

2.2.3.5 Keluarga Kawin

Adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri (Padila, 2012).

2.2.4 Jenis Anggota Keluarga

2.2.4.1 Keluarga inti (Nuclear Family) yaitu keluarga yang terdiri atas ayah, ibu dan anak-anak.

2.2.4.2 Keluarga besar (Extended Family) yaitu keluarga inti ditambahkan dengan sanak saudara seperti kakak, nenek, keponakan dan lain-lain.

2.2.4.3 Keluarga berantai (Serial Family), terdiri dari wanita dan menikah lebih dari satu kali dan merupakan satu keluarga inti.

2.2.4.4 Keluarga duda/ janda (Single Family), adalah keluarga yang terjadi karena kematian.

2.2.4.5 Keluarga berkomposisi (Composite), adalah keluarga yang perkawinannya berpoligami dan hidup secara bersama.

2.2.4.6 Keluarga kabitas (Cohabitation), adalah dua orang menjadi satu tanpa pernikahan tetapi membentuk suatu keluarga (Padila,2012).

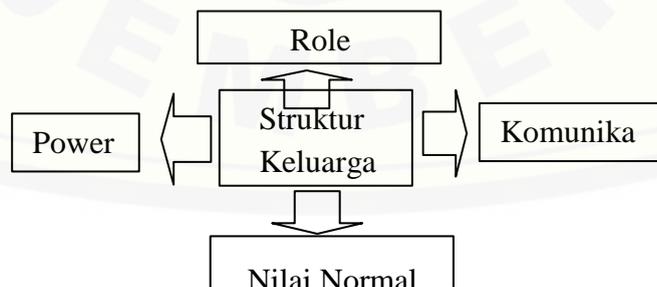
2.2.5 Ciri-Ciri Struktur Keluarga

2.2.5.1 Terorganisasi : saling berhubungan, saling ketergantungan antara anggota keluarga.

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

2.2.5.3 Ada perbedaan dan kekhususan : setiap anggota keluarga mempunyai peranan dan fungsinya masing-masing.

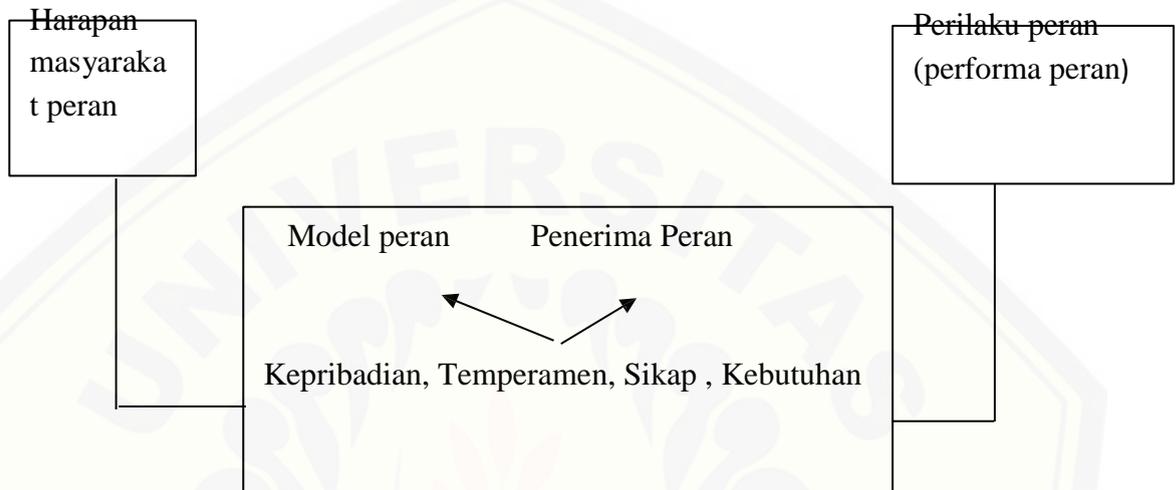
Salah satu pendekatan dalam asuhan keperawatan keluarga adalah pendekatan struktural fungsional. Struktur keluarga menyatakan bagaimana keluarga disusun atau bagaimana unit-unit ditata dan saling terkait satu sama lain. Beberapa ahli meletakkan struktur pada bentuk atau tipe keluarga, namun ada juga yang memandang struktur keluarga yang menggambarkan subsistem-subsistemnya sebagai dimensi struktural. Struktural dimaksud adalah :



Bagan 2.1 : Dimensi struktural keluarga (Padila, 2012).

2.2.6 Struktur peran (role)

Peran menunjukkan pada beberapa set perilaku yang bersifat homogen dalam situasi sosial tertentu. Peran lahir dari hasil imteraksi social, peran biasanya menyangkut posisi dan posisi mengidentifikasi status atau tempat seseorang dalam suatu system social tertentu.



Bagan 2.2: Perkembangan perilaku peran (Padila, 2012).

2.2.6.1 Peran – peran formal keluarga

Peran adalah sesuatu yang diharapkan secara normatif dari seorang dalam situasi sosial tertentu agar dapat memenuhi harapan-harapan. Peran keluarga adalah tingkah laku spesifik yang diharapkan oleh seseorang dalam konteks keluarga. Jadi peranan keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peranan individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat.

Peran formal berkaitan dengan posisi formal keluarga, bersifat homogeny. Peran formal yang standar dalam keluarga seperti pencairan nafkah, ibu rumah tangga, pengasuh anak, sopir, tukang perbaiki rumah, tukang masak, dan lain-lain. Jika dalam keluarganya terdapat sedikit orang untuk memenuhi peran tersebut, maka anggota keluarga berkesempatan untuk memerankan beberapa peran pada waktu yang berbeda.

2.2.6.1.1 Peran parental dan perkawinan

Terdapat enam peran dasar yang membentuk posisi social sebagai suami (ayah) dan istri (ibu), yakni peran :

- 1) Sebagai provider (penyedia)
- 2) Sebagai pengatur rumah tangga
- 3) Perawatan anak
- 4) Rekreasi
- 5) Persaudaraan (kinship)
- 6) Terapeutik (memenuhi kebutuhan efektif pasangan)
- 7) Seksual

2.2.6.1.2 Peran-peran dalam keluarga

Pada saat ini peran-peran dalam keluarga banyak mengalami perubahan seiring dengan adanya emansipasi. Wanita saat ini tidak lagi semata-mata sebagai ibu rumah tangga atau pengasuh anak, melainkan mereka juga bekerja atau mencari nafkah, hal yang sama juga terjadi pada pria.

2.2.6.1.3 Peran seksual perkawinan

Dimasa lalu pria memiliki hak untuk menentukan kegiatan seksual dengan istrinya, tapi tidak merasa punya kewajiban memberi kepuasan pada istri. Tetapi sekarang wanita juga berhak mendapat kenikmatan hubungan seksual sehingga sifat peran seksual bagi keduanya berubah.

2.2.6.1.4 Peran ikatan keluarga atau *kinkeeping*

Sampai saat ini wanita berperan sebagai penerus keturunan (*kinkeeping*) dan peran sebagai pengikat hubungan keluarga dengan memelihara komunikasi dan memantau perkembangan keluarga. Jika orang tua mereka sudah tua, maka mereka akan kembali pada anak wanita. Peran tersebut membuat wanita menjadi *generasi terjepit* dan *jenis kelamin terjepit*, karena dia terperangkap antara memenuhi kebutuhan orang tua dan anak- anaknya dalam jangka waktu yang lama.

2.2.6.1.5 Peran kakek atau nenek

Belum ada kesepakatan menyangkut apakah keterlibatan kakek/nenek mempunyai efek langsung positif terhadap perilaku cucu. Namun Bengston (1985) dalam (Padila, 2012) membagi fungsi – fungsi simbolis kakek/nenek adalah :

- 1) Semata-mata hanya hadir dalam keluarga
- 2) Bertindak sebagai pengawal keluarga
- 3) Menjadi hakim / negoisator antara anak dan orang tua
- 4) Menjadi partisipan dalam sejarah keluarga

2.2.6.1.6 Peran – peran informal keluarga

Peran – peran informal (peran tertutup) biasanya bersifat implisit, tidak tampak ke permukaan dan dimainkan hanya untuk memenuhi kebutuhan emosional atau untuk menjaga keseimbangan keluarga. Peran-peran informal tidak mutlak membuat stabil keluarga, ada yang bersifat adaptif bahkan ada yang dapat merusak kesejahteraan keluarga. Peran tersebut diantaranya adalah : pendorong, pengharmonis, inisiator-kontributor, pendamai, penghalang, dominator, penyalah, pengikut, pencari-pengakuan, matrik, keras hati, sahabat, kambing hitam keluarga, penghibur, perawat keluarga, distraktor dan tidak relevan, koordinator keluarga, penghubung keluarga dan saksi.

2.2.6.1.7 Struktur nilai (value)

Nilai adalah system ide-ide, sikap dan keyakinan yang mengikat anggota keluarga dalam budaya tertentu, sedangkan norma adalah pola perilaku yang diterima pada lingkungan social tertentu. System nilai keluarga dianggap sangat mempengaruhi nilai-nilai masyarakat. Sebuah nilai dari keluarga akan membentuk pola tingkah laku dalam menghadapi masalah yang dialami keluarga. Keyakinan dan nilai-nilai akan menentukan bagaimana keluarga mengatasi masalah kesehatan dan stressor- stressor lain.

1) Proses komunikasi

Komunikasi keluarga merupakan suatu proses simbolik, transaksional untuk menciptakan dan mengungkapkan pengertian dalam keluarga. Komunikasi

yang jelas dan fungsional dalam keluarga merupakan sarana penting untuk mengembangkan makna diri.

(1) Komunikasi fungsional dalam keluarga

Komunikasi fungsional di pandang sebagai kunci keberhasilan keluarga. Komunikasi dalam keluarga yang sehat merupakan proses dua arah yang dinamis, sehingga tercipta interaksi fungsional. Interaksi fungsional dibagi menjadi pengirim fungsional dan penerima fungsional meliputi :

tegas menyatakan masalahnya/kasus, menjelaskan dan mengubah pernyataan, meminta umpan balik, menerima umpan balik, mendengar secara efektif, memberi umpan balik, dan melakukan validasi

(2) Komunikasi disfungsional dalam keluarga

Komunikasi disfungsional diartikan sebagai pengiriman dan penerimaan isi dari pesan yang tidak jelas, tidak langsung atau tidak sepadan. Factor utama sebagai penyebabnya adalah harga diri keluarga, khususnya orang tua rendah. Penyebab rendah diri itu sendiri adalah pemusatan pada diri sendiri, perlu persetujuan total dan kurangnya empati, seperti :

Menggunakan asumsi-asumsi, ekspresi tidak jelas, menghakimi, tidak mampu mengungkapkan kebutuhan, gagal mendengar, diskualifikasi, kurang eksplorasi, kurang validasi

(3) Struktur kekuasaan (power)

Kekuasaan keluarga adalah kemampuan (potensial atau aktual) individu untuk mengontrol, mempengaruhi dan merubah tingkah laku anggota keluarga. Komponen utama dari kekuasaan keluarga adalah pengaruh dan pengambilan keputusan. Pengaruh sinonim dengan kekuasaan yaitu tingkat penggunaan tekanan oleh anggota keluarga dan berhasil dalam memaksakan pandangannya, sedangkan pengambilan keputusan menunjukkan pada proses pencapaian kesepakatan dan persetujuan anggota keluarga untuk melakukan serangkaian tindakan atau menjaga *status quo*.

Bentuk-bentuk kekuasaan yang lazim terjadi dalam keluarga adalah kekuasaan yang sah (*legitimate power*), kekuasaan tak berdaya atau putus asa, kekuasaan referen, kekuasaan sumber / ahli (*expert power*), kekuasaan

penghargaan (*reward power*), kekuasaan memaksa (*coercive power*), kekuasaan efektif, dan kekuasaan manajemen ketegangan.

Dalam perkembangannya kekuasaan dipengaruhi oleh : hirarki kekuasaan keluarga, tipe keluarga, koalisi, jaringan komunikasi, kelas social, tahap perkembangan keluarga, latar belakang budaya dan agama, variable individu dan ketergantungan emosi.

2.2.7 Fungsi Keluarga

Berkaitan dengan peran keluarga yang bersifat ganda, yakni satu sisi keluarga berperan sebagai matriks bagi anggotanya, disisi lain keluarga harus memenuhi tuntutan dan harapan masyarakat, maka selanjutnya akan dibahas tentang fungsi keluarga sebagai berikut:

Friedman (1998) dalam (Padila, 2012) mengidentifikasi lima fungsi dasar keluarga, yakni :

2.2.7.1 Fungsi Afektif

Fungsi afektif berhubungan dengan fungsi internal keluarga yang merupakan basis kekuatan dari keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan fungsi afektif tampak melalui keluarga yang bahagia. Anggota keluarga mengembangkan konsep diri yang positif, rasa dimiliki dan memiliki, rasa berarti serta merupakan sumber kasih sayang. *Reinforcement* dan *support* dipelajari dan dikembangkan melalui interaksi dalam keluarga.

2.2.7.1.1 Saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, saling menerima dan mendukung. Setiap anggota keluarga yang *mendapat* kasih sayang dan dukungan, maka kemampuannya untuk member akan meningkat sehingga tercipta hubungan yang hangat dan saling mendukung. Hubungan yang baik dalam keluarga tersebut akan menjadi dasar dalam membina hubungan dengan orang lain diluar keluarga.

2.2.7.1.2 Saling menghargai, dengan mempertahankan iklim yang positif dimana setiap anggota keluarga baik orang tua maupun anak diakui dan dihargai keberadaan dan haknya.

2.2.7.1.3 Ikatan dan identifikasi, ikatan ini mulai sejak pasangan sepakat hidup baru. Kemudian dikembangkan dan disesuaikan dengan berbagai aspek kehidupan

dan keinginan yang tidak dapat dicapai sendiri. Misalnya mempunyai anak. Hubungan selanjutnya akan dikembangkan menjadi hubungan orang tua anak dan antar anak melalui proses identifikasi. Proses identifikasi merupakan inti ikatan kasih sayang, oleh karena itu perlu diciptakan proses identifikasi yang positif dimana anak meniru perilaku orang tua melalui hubungan interaksi mereka.

Fungsi afektif merupakan sumber energi yang menentukan kebahagiaan keluarga. Sering perceraian, kenalan anak atau masalah keluarga lainnya timbul akibat fungsi afektif keluarga yang tidak terpenuhi.

2.2.7.2 Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi adalah proses perkembangan dan perubahan yang dialami individu yang menghasilkan interaksi social dan belajar berperan dalam lingkungan social (Gegas, 1979 dan Friedman, 1998), sedangkan Soekanto (2000) mengemukakan bahwa sosialisasi adalah suatu proses dimana anggota masyarakat yang baru mempelajari norma-norma masyarakat dimana dia menjadi anggota.

Sosialisasi dimulai sejak individu dilahirkan dan berakhir setelah meninggal. Keluarga merupakan tempat dimana individu melakukan sosialisasi. Tahap perkembangan individu dan keluarga akan dicapai melalui interaksi atau hubungan yang diwujudkan dalam sosialisasi. Anggota keluarga belajar disiplin, memiliki nilai/norma, budaya dan perilaku melalui interaksi dalam keluarga sehingga individu mampu berperan di masyarakat.

2.2.7.3 Fungsi Reproduksi

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

2.2.7.4 Fungsi Ekonomi

Untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti makanan, pakaian dan rumah, maka keluarga memerlukan sumber keuangan. Fungsi ini sulit dipenuhi oleh keluarga dibawah garis kemiskinan (*Gakin* atau *pra keluarga sejahtera*). Perawat berkontribusi untuk mencari sumber-sumber di masyarakat yang dapat digunakan keluarga meningkatkan status kesehatan mereka.

2.2.7.5 Fungsi Perawatan Kesehatan

Fungsi lain keluarga adalah fungsi perawatan kesehatan. Selain keluarga menyediakan makanan, pakaian dan rumah, keluarga juga berfungsi melakukan asuhan kesehatan terhadap anggotanya baik untuk mencegah terjadinya gangguan maupun merawat anggota yang sakit. Keluarga juga menentukan kapan anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan memerlukan bantuan atau pertolongan tenaga professional. Kemampuan ini sangat mempengaruhi status kesehatan individu dan keluarga.

2.2.8 Tugas Keluarga

Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan terhadap anggotanya dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Tugas kesehatan keluarga tersebut adalah (Frieman, 1998) dalam (Padila, 2012) :

2.2.8.1.1 Mengetahui masalah kesehatan

2.2.8.1.2 Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat

2.2.8.1.3 Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit

2.2.8.1.4 Mempertahankan suasana rumah yang sehat

2.2.8.1.5 Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat

Kelima tugas kesehatan tersebut saling terkait dan perlu dilakukan oleh keluarga. Perawat perlu melakukan pengkajian untuk mengetahui sejauh mana keluarga dapat melaksanakan kelima tugas tersebut dengan baik, selanjutnya memberikan bantuan atau pembinaan terhadap keluarga untuk memenuhi tugas kesehatan keluarga tersebut.

Pada dasarnya tugas keluarga ada delapan tugas pokok sebagai berikut :

- 2.2.8.1.1 Pemeliharaan fisik keluarga dan para anggotanya.
 - 2.2.8.1.2 Pemeliharaan sumber-sumber daya yang ada dalam keluarga.
 - 2.2.8.1.3 Pembagian tugas masing-masing anggotanya sesuai dengan kedudukannya masing masing.
 - 2.2.8.1.4 Sosialisasi antar anggota keluarga.
 - 2.2.8.1.5 Pengaturan jumlah anggota keluarga.
 - 2.2.8.1.6 Pemeliharaan ketertiban anggota keluarga
 - 2.2.8.1.7 Membangkitkan dorongan dan semangat para anggotanya.
- 2.2.9 Ciri-Ciri Keluarga
- 2.2.9.1 Menurut Robert Mac Iver dan Charles Horton
 - 2.2.9.2 Keluarga merupakan hubungan perkawinan
 - 2.2.9.3 Keluarga berbentuk suatu kelembagaan yang berkaitan dengan hubungan perkawinan yang sengaja dibentuk atau dipelihara.
 - 2.2.9.4 Keluarga mempunyai suatu system tata nama (*Nomen clatur*) termasuk perhitungan garis keturunan.
 - 2.2.9.5 Keluarga mempunyai fungsi ekonomi yang dibentuk oleh anggota-anggotanya berkaitan dengan kemampuan untuk mempunyai keturunan dan membesarkan anak.
 - 2.2.9.6 Keluarga merupakan tempat tinggal bersama, rumah atau rumah tangga.
- 2.2.10 Ciri Keluarga Indonesia
- 2.2.10.1 Mempunyai ikatan yang sangat erat dengan dilandasi semangat gotong royong.
 - 2.2.10.2 Dijiwai oleh nilai kebudayaan ketimuran.
 - 2.2.10.3 Umumnya dipimpin oleh suami meskipun poses pemutusan dilakukan secara musyawarah.
 - 2.2.10.4 Berbentuk monogram.
 - 2.2.10.5 Bertanggung jawab.
 - 2.2.10.6 Mempunyai semangat gotong royong.

2.1.11 Tipe Keluarga

Keluarga yang memerlukan pelayanan kesehatan berasal dari berbagai macam pola kehidupan. Sesuai dengan perkembangan social maka tipe keluarga berkembang mengikutinya agar dapat mengupayakan peran serta keluarga dalam meningkatkan derajat kesehatan maka perawat perlu mengetahui berbagai tipe keluarga.

Dalam sosiologi keluarga berbagai bentuk keluarga digolongkan sebagai tipe keluarga tradisional dan non tradisional atau bentuk normative atau non normative. Sussan (1974), Micklin (1988) menjelaskan tipe-tipe keluarga sebagai berikut :

2.1.11.1 Keluarga Tradisional

2.1.11.1.1 Keluarga inti, yaitu terdiri dari suami, istri dan anak. Biasanya keluarga yang melakukan perkawinan pertama atau keluarga dengan orangtua campuran atau orang tua tiri.

2.1.11.1.2 Pasangan istri, terdiri dari suami istri dan istri saja tanpa anak atau tidak ada anak yang tinggal bersama mereka. Biasanya keluarga dengan karier tunggal atau karier keduanya.

2.1.11.1.3 Keluarga dengan orang tua tunggal, biasanya sebagai konsekuensi dari perceraian.

2.1.11.1.4 Bujangan dewasa sendiri.

2.1.11.1.5 Keluarga besar, terdiri keluarga inti dan orang-orang yang berhubungan.

2.1.11.1.6 Pasangan usia lanjut, keluarga inti dimana suami istri sudah tua anak-anaknya sudah pisah.

2.1.11.2 Keluarga Non Tradisional

2.1.11.2.1 Keluarga dengan orangtua beranak tanpa menikah, biasanya ibu dan anak.

2.1.11.2.2 Pasangan yang memiliki anak tapi tidak menikah, didasarkan pada hukum tertentu.

2.1.11.2.3 Pasangan kumpul kebo, kumpul bersama tanpa menikah.

2.1.11.2.4 Keluarga gay atau lesbian, orang-orang berjenis kelamin yang sama hidup bersama sebagai pasangan yang menikah.

2.1.11.2.5 Keluarga komuni, keluarga yang terdiri dari lebih dari satu pasangan *monogamy* dengan anak-anak secara bersama menggunakan fasilitas, sumber yang sama.

Gambaran tentang bentuk atau tipe keluarga tersebut menggambarkan banyaknya bentuk struktur yang menonjol dalam keluarga. Implikasi bagi keperawatan bahwa tidak ada bentuk keluarga yang benar atau salah, layak atau tidak layak, melainkan keluarga harus dipahami dalam konteksnya, tipe tersebut hanya sebuah referensi bagi penataan kehidupan keluarga dan berbagai kerangka kelompok kerja primer dengan memperhatikan setiap upaya keperawatan dilandasi pemahaman akan keunikan dari setiap keluarga.

2.2.12 Tahapan Keluarga Sejahtera

Berasarkan kemampuan keluarga untuk pemenuhan kebutuhan dasar, kebutuhan psikososial, kemampuan memenuhi ekonominya, dan aktualisasi keluarga di masyarakat, serta memperhatikan perkembangan Negara Indonesia menuju negara industry, Indonesia menginginkan terwujudnya keluarga sejahtera. Menurut Mubarak, Chayatin & Satoso (dalam (Christensen, 2009)), di Indonesia tahapan keluarga sejahtera dikelompokkan menjadi lima tahap adalah sebagai berikut:

2.2.12.1 Keluarga Prasejahtera

Keluarga prasejahtera adalah keluarga yang belum dapat memenuhi kebutuhandasarnya secara minimal, yaitu kebutuhan pengajar agama, pangan, sandang, papan, dan kesehatan, atau keluarga yang belum dapat memenuhi salah satu atau lebih indicator keluarga sejahtera tahap 1.

2.2.12.2 Keluarga Sejahtera Tahap 1

Keluarga sejahtera tahap 1 adalah keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan dasarnya secara minimal, tetapi belum dapat memenuhi kebutuhan social psikologinya, kebutuhan psikologis keluarga meliputi:

Kebutuhan pendidikan, keluarga berencana (KB), interaksi dalam keluarga, interaksi dengan lingkungan tempat tinggal, dan transportasi. Pada keluarga sejahtera 1 kebutuhan dasar 1 sampai dengan 5 telah terpenuhi, yaitu:

Indikator Keluarga Sejahtera Tahap 1

- 2.2.12.2.1 Melaksanakan ibadah menurut agama masing-masing yang dianut.
- 2.2.12.2.2 Seluruh anggota keluarga makan dua kali sehari atau lebih.
- 2.2.12.2.3 Pakaian yang berbeda untuk berbagai keperluan.
- 2.2.12.2.4 Lantai rumah bukan dari tanah.
- 2.2.12.2.5 Kesehatan (anak sakit atau pasangan usia subur (PUS) ingin ber-KB di bawah ke sarana/petugas kesehatan).

2.2.12.3 Keluarga Sejahtera Tahap II

Keluarga sejahtera tahap II adalah keluarga yang di samping telah dapat memenuhi kebutuhan dasarnya secara minimal serta telah dapat memenuhi kebutuhan social psikologisnya, tetapi belum dapat memenuhi kebutuhan pengembangannya, seperti kebutuhan untuk menabung dan memperoleh informasi. Pada keluarga sejahtera II kebutuhan fisik, social dan psikologis telah terpenuhi.

Indikatornya adalah sebagai berikut:

Indikator Keluarga Sejahtera Tahap II

- 2.2.12.3.1 Melaksanakan ibadah menurut masing-masing agama yang dianut.
- 2.2.12.3.2 Seluruh anggota keluarga makan dua kali sehari atau lebih.
- 2.2.12.3.3 Pakaian yang berbeda untuk berbagai keperluan.
- 2.2.12.3.4 Lantai rumah bukan dari tanah.
- 2.2.12.3.5 Kesehatan (anak sakit atau pasangan usia subur (PUS) ingin ber-KB di bawa ke sarana /petugas kesehatan).
- 2.2.12.3.6 Anggota keluarga melaksanakan ibadah secara teratur menurut agama masing-masing yang dianut.
- 2.2.12.3.7 Paling kurang sekali dalam seminggu, keluarga menyediakan daging / ikan / telur.
- 2.2.12.3.8 Memperoleh pakaian baru dalam satu tahun terakhir.
- 2.2.12.3.9 Luas lantai rumah paling kurang 8m untuk tiap penghuni rumah.

2.2.12.3.10 Anggota keluarga sehat dalam tiga bulan terakhir sehingga dapat melaksanakan fungsi masing-masing.

2.2.12.3.11 Keluarga yang berumur 15 tahun ke atas mempunyai penghasilan tetap.

2.2.12.3.12 Seluruh anggota keluarga yang berumur 10-60 tahun bisa baca tulis huruf latin.

2.2.12.3.13 Anak usia sekolah (7-15 tahun) bersekolah.

2.2.12.3.14 Bila anak hidup sebanyak 2 atau lebih, keluarga yang masih pasangan usia subur memakai kontrasepsi (kecuali sedang hamil).

2.2.12.4 Keluarga Sejahtera Tahap III

Keluarga sejahtera tahap III adalah keluarga yang telah dapat memenuhi seluruh kebutuhan dasar, social, psikologis, dan pengembangan keluarganya, tetapi belum dapat memberikan sumbangan (kontribusi) yang maksimal terhadap masyarakat secara teratur (dalam waktu tertentu) dalam bentuk material, keuangan untuk social kemasyarakatan, dan belum berperan aktif dalam kegiatan kemasyarakatan. Pada keluarga sejahtera III kebutuhan fisik, social, psikologis, dan pengembangan telah terpenuhi. Indikator keluarga sejahtera II ditambah dengan komponen-komponen berikut ini:

Indikator Keluarga Sejahtera Tahap III

2.2.12.4.1 Mempunyai upaya untuk meningkatkan pengetahuan agama.

2.2.12.4.2 Keluarga mempunyai tabungan .

2.2.12.4.3 Makan bersama paling kurang sekali sehari dan kesempatan ini dapat dimanfaatkan untuk berkomunikasi antar anggota keluarga.

2.2.12.4.4 Ikut serta dalam kegiatan masyarakat di lingkungan tempat tinggalnya.

2.2.12.4.5 Mengadakan rekreasi bersama di luar rumah sekurang-kurangnya sekali dalam 6 bulan.

2.2.12.4.6 Dapat memperoleh berita dari surat kabar/radio/TV/ majalah.

2.2.12.4.7 Anggota keluarga mampu menggunakan sarana transportasi sesuai kondisi daerah.

2.1.12.5 Keluarga Sejahtera Tahap III Plus

Keluarga sejahtera tahap III plus adalah keluarga yang telah dapat memenuhi seluruh kebutuhan dasar, social, psikologis, dan pengembangannya telah terpenuhi, serta memiliki, kepedulian social yang tinggi pada masyarakat. Indikator keluarga sejahtera tahap III ditambah dengan komponen-komponen berikut ini:

Indikator Keluarga Sejahtera Tahap III plus

2.1.12.5.1 Mempunyai upaya untuk meningkatkan pengetahuan agama.

2.1.12.5.2 Keluarga mempunyai tabungan.

2.1.12.5.3 Makan bersama paling kurang sekali sehari dan kesempatan ini dapat dimanfaatkan untuk berkomunikasi antar anggota keluarga.

2.1.12.5.4 Ikut serta dalam kegiatan masyarakat di lingkungan tempat tinggalnya.

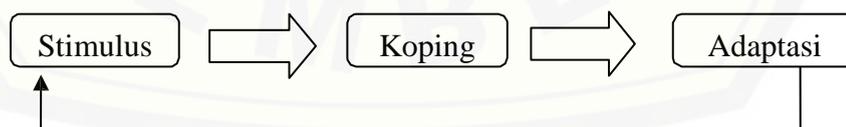
2.1.12.5.5 Mengadakan rekreasi bersama di luar rumah sekurang-sekurang sekali dalam 6 bulan.

2.1.12.5.6 Dapat memperoleh berita dari surat kabar/radio/TV/Majalah.

2.1.12.5.7 Anggota keluarga mampu menggunakan sarana transportasi (Christensen, 2009).

2.2.13 Stress Dan Koping Keluarga

Keluarga secara terus menerus dihadapkan pada perubahan. Stimulus untuk perubahan ini datang dari luar dan dalam. Supaya dapat berlangsung hidup dan terus berkembang, maka strategi dan proses koping keluarga sangat penting bagi keluarga dalam menghadapi tuntutan yang ada.



Bagan 2.3 Stress dan koping keluarga (Padila, 2012).

2.2.13.1 Sumber Stressor Keluarga (Stimulus)

Stressor merupakan agen-agen pencetus atau menyebabkan stress. Dalam keluarga stressor biasanya berkaitan dengan kejadian-kejadian dalam hidup yang cukup serius yang menimbulkan perubahan dalam system keluarga, dapat berupa kejadian atau pengalaman antar pribadi (dalam atau luar keluarga), lingkungan ekonomi serta social budaya dan persepsi keluarga terhadap kejadian.

Sedangkan stress adalah keadaan tegang akibat stressor atau oleh tuntutan yang belum tertangani. Stress dalam keluarga sulit diukur. Adaptasi adalah proses penyesuaian terhadap perubahan, adaptasi bisa positif bisa negative yang dapat meningkatkan atau menurunkan keadaan kesehatan keluarga.

White (1974, dalam Friedman, 1989) dalam (Padila, 2012) mengidentifikasi tiga strategi untuk adaptasi individu yang juga dapat digunakan pada keluarga, yaitu mekanisme pertahanan, merupakan cara-cara yang dipelajari, kebiasaan dan otomatis untuk berespon, taktik untuk menghindari masalah dan biasanya merupakan perilaku menghindari sehingga cenderung disfungsi, strategi koping, yaitu upaya-upaya pemecahan masalah, biasanya merupakan strategi adaptasi positif dan penguasaan, yaitu merupakan mode adaptasi yang paling positif sebagai hasil dari penggunaan strategi koping yang efektif dan sangat berhubungan dengan kompetensi keluarga.

2.2.13.2 Koping Keluarga

Koping keluarga menunjuk pada analisa kelompok (analisa interaksi). Koping keluarga didefinisikan sebagai respon positif yang digunakan keluarga untuk memecahkan masalah (mengendali stress). Berkembang dan berubah sesuai tuntutan/stressor yang dialami. Sumber koping keluarga bisa internal yaitu dari anggota keluarga sendiri dan eksternal yaitu dari luar keluarga.

Demikian halnya dengan koping keluarga dapat berupa koping internal berupa kemampuan keluarga yang kohesif dan terintegrasi yang dicirikan dimana anggota keluarga memiliki tanggung jawab kuat terhadap keluarga, mampu memodifikasi peran keluarga bila dibutuhkan (fleksibel) dan pola komunikasi dalam keluarga yang baik, mengandalkan kelompok keluarga, penggunaan humor, pengungkapan bersama yang semakin meningkat, mengontrol arti/ makna masalah

dan pemecahan masalah bersama. Sedangkan koping eksternal berhubungan dengan penggunaan *social support system* oleh keluarga dapat berupa mencari informasi, memelihara hubungan aktif dengan komunitas, mencari dukungan social dan mencari dukungan spiritual.

Strategi adaptif disfungsional dapat berupa penyangkalan dan eksploitasi terhadap anggota keluarga seperti kekerasan terhadap keluarga, kekerasan terhadap pasangan, penyiksaan anak, penyiksaan usia lanjut, penyiksaan orang tua, proses mengkambing hitamkan dan penggunaan ancaman. Penyangkalan masalah keluarga dengan menggunakan mitos keluarga, triangling (pihak ketiga) dan pseudomutualitas, pisah / hilangnya anggota keluarga dan Otoritariansme.

2.2.13.3 Sumber Dasar Stress Keluarga

Begitu banyak perubahan dan stressor yang dihadapi oleh keluarga dari waktu ke waktu. Minuchin (1974) melihat sumber dasar stress dari empat sumber yaitu kontak penuh stress anggota keluarga dengan kekuatan diluar keluarga, kontak penuh stress seluruh keluarga dengan kekuatan diluar keluarga, stressor tradisional seperti lahirnya bayi, tumbuh remaja, perkawinan *single parent*, masuknya kakek/nenek, keluarnya anak dewasa muda dan hilangnya pasangan, serta stressor tradisional.

Dalam perjalanannya stress dan koping mengalami tiga periode, yaitu periode *antestress*, yaitu masa sebelum melakukan konfrontasi yang sebenarnya terhadap stressor. Periode stress actual, yakni strategi adaptif selama masa stress dan periode pasca stress, yaitu strategi koping yang digunakan setelah periode stress, yakni strategi untuk mengembalikan keluarga dalam keadaan homeostatis. Dampak stressor pada keluarga dapat berupa rusaknya keluarga, perceraian atau kematian.

2.2.13.3 Krisis Keluarga

Sebuah krisis timbul karena sumber-sumber dan strategis adaptif tidak secara efektif mengatasi stressor. Krisis keluarga diartikan sebagai suatu keadaan atau kekacauan dalam keluarga yang penuh dengan stress tanpa ada penyelesaian masalah. Paterson mengemukakan krisis keluarga sebagai akibat ketidakseimbangan antara permintaan dan sumber-sumber atau upaya koping.

Keadaan krisis keluarga dicirikan oleh ketidak stabilan atau kesemrautan keluarga, keluarga menjadi tidak nyaman, perlu bantuan lebih dari normal dan anggota keluarga bersifat reseptif terhadap informasi.

Terdapat dua tipe krisis dalam keluarga yaitu krisis perkembangan dan krisis situasi. Krisis perkembangan (maturasional) merupakan krisis yang berasal dari kejadian dalam proses perkembangan psikososial anggota keluarga. Krisis ini merupakan bagian dari tahap siklus normal dan krisis situasi yaitu kejadian atau stress yang tidak bisa (tidak diharapkan) seperti sakit, kematian, dan lain-lain. Berikut disajikan skala urutan penyesuaian dari Holmes dan Rahe (1976) dalam (Padila, 2012).

Tabel 2.1 Skala penyesuaian diri

No	Kejadian hidup	Nilai	No	Kejadian hidup	Nilai
1	Kematian pasangan	100	22	Perbandingan tanggung jawab di tempat kerja	29
2	Perceraian	73	23	Anak meninggalkan rumah	29
3	Perpisahan perkawinan	65	24	Cekcok dengan ipar	29
4	Lamanya dipenjara	63	25	Pencapaian pribadi belum selesai	28
5	Kematian keluarga dekat	63	26	Istri mulai kerja atau berhenti	26
6	Cidera atau sakit pribadi	53	27	Mulai atau selesai sekolah	26
7	Perkawinan	50	28	Perubahan kondisi hidup	25
8	Dipecat dari tempat kerja	47	29	Perbaikan kebiasaan hidup	24
10	Pensiun	45	31	Perubahan ja kerja	20
9	Rekonsiliasi perkawinan	45	30	Cekcok dengan atasan	23
11	Perubahan kes, anggota keluarga	44	32	Pindah tempat tinggal	20
12	Kehamilan	40	33	Pindah sekolah	20
13	Kesulitan seks	39	34	Perubahan rekreasi	19
14	Penambahan anggota keluarga baru	39	35	Perubahan kegiatan keagamaan	19
15	Penyesuaian bisnis	39	36	Perubahan kegiatan sosial	18
16	Perubahan keadaan keuangan	38	37	Pinjaman < \$ 10.000	17
17	Kematian teman dekat	37	38	Perubahan kebiasaan tidur	16
18	Perubahan jajaran kerja yang berbeda	36	39	Perubahan jumlah pertemuan keluarga	15
19	Perubahan banyaknya argument pasangan	35	40	Perubahan kebiasaan makan	15
20	Penghipnotisan > \$ 10.000	31	41	Liburan	13
21	Pembatalan pinjaman	30	42	Natal/lebaran/dll	12
			43	Kekerasan kecil melawan hukum	11

(Padila, 2012).

Dalam kehidupan sehari-hari kejadian yang perlu penyesuaian diri sering kali muncul secara bersamaan, maka perawat perlu menilai serta menjumlahkan urutan kejadian-kejadian hidup yang dialami dalam dua tahun.

0 – 154 : tidak ada masalah yang signifikan

155 – 199 : krisis hidup ringan dan memungkinkan sakit 33%

200 – 299 : krisis hidup sedang dan memungkinkan sakit 80 %

300 – lebih : krisis hidup dan memungkinkan sakit > 80

(Padila, 2012).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Asuhan Keperawatan Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga merupakan suatu rangkaian kegiatan dalam praktek keperawatan keperawatan yang diberikan pada klien sebagai anggota keluarga pada tatanan komunitas dengan menggunakan proses keperawatan, berpedoman pada standar keperawatan dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan.

Asuhan Keperawatan Keluarga adalah suatu rangkaian yang diberikan melalui praktik keperawatan dengan sasaran keluarga. Asuhan ini bertujuan untuk menyelesaikan masalah kesehatan yang dialami keluarga dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan, yaitu sebagai berikut:

2.3.2 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dimana seorang perawat mulai mengumpulkan informasi tentang keluarga yang dibinanya. Tahap pengkajian ini merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan keluarga.

Dasar pemikiran dari pengkajian adalah suatu perbandingan, ukuran atau penilaian mengenai keadaan keluarga dengan menggunakan norma, nilai, prinsip, aturan, harapan, teori dan konsep yang berkaitan dengan permasalahan.

Cara pengumpulan data tentang keluarga dapat dilakukan antara lain dengan:

2.3.2.1 Wawancara

Wawancara yaitu menanyakan atau Tanya jawab yang berhubungan dengan masalah yang dihadapi keluarga dan merupakan suatu komunikasi/ wawancara disini adalah :

2.3.2.1.1 Mendapatkan informasi yang diperlukan.

2.3.2.1.2 Meningkatkan hubungan perawat-keluarga dalam komunikasi.

2.3.2.1.3 Membantu keluarga untuk memperoleh informasi yang diutuhkan.

2.3.2.1.4 Wawancara dengan keluarga dikaitkan dalam hubungannya dengan kejadian-kejadian pada waktu lalu dan sekarang, (Setiadi, 2008).

2.3.2.2 Pengamatan

Pengamatan dilakukan yang berkaitan dengan hal-hal yang tidak perlu di tanyakan (ventilasi, penerangan, kebersihan), (Setiadi, 2008).

2.3.2.2 Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi yang bisa dijadikan acuan oleh perawat antara lain adalah KMS, kartu keluarga dan catatan kesehatan lainnya misalnya informasi-informasi tertulis maupun lisan dari rujukan dari berbagai lembaga yang menangani keluarga dan dari anggota lembaga yang menangani keluarga dan dari anggota tim kesehatan lainnya, (Setiadi, 2008).

2.3.2.4 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan hanya pada anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan.

Pada awal pengkajian perawat harus membina hubungan yang baik dengan keluarga dengan cara :

- (1) Diawali perawat memperkenalkan diri dengan sopan dan ramah.
- (2) Menjelaskan tujuan kunjungan.
- (3) Meyakinkan keluarga bahwa kehadiran perawat adalah untuk membantu keluarga menyelesaikan masalah kesehatan yang ada dikeluarga.
- (4) Menjelaskan luas kesanggupan bantuan perawat yang dapat dilakukan.
- (5) Menjelaskan kepada keluarga siapa tim kesehatan lain yang menjadi jaringan perawat, (Setiadi, 2008).

Pemeriksaan fisik pada pasien gastritis meliputi:

- 2.3.2.4.1 Kesadaran: pada awal CM (*compos mentis*)
- 2.3.2.4.2 Respirasi: tidak mengalami gangguan.
- 2.3.2.4.3 Kardiovaskuler: hipotensi, takikardi, disritmia, nadi perifer lemah, pengisian kapiler lambat (vasokonstriksi), warna kulit / membran mukosa berkeringat (status *shock*, nyeri akut).
- 2.3.2.4.4 Persarafan: sakit kepala, kelemahan, tingkat kesadaran dapat terganggu, disorientasi / bingung, dan nyeri epigastrium. Pencernaan: anoreksia, mual, muntah oleh karena luka duodenal, nyeri pada ulu hati, tidak toleran terhadap makanan (coklat dan makanan pedas), dan membrane mukosa tinggi (Ardiansyah, 2012).

1.3.3 Diagnosa Asuhan Keperawatan Keluarga

Diagnosa keperawatan adalah keputusan tentang respon keluarga tentang masalah kesehatan actual potensial, atau resiko sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan keluarga sesuai dengan kewenangan perawat. Diagnosa keperawatan keluarga pada penderita gastritis yang mungkin muncul antara lain:

a. Problem atau masalah

Adalah: suatu pernyataan tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yang dialami oleh keluarga atau anggota keluarga.

b. Etiologi atau penyebab

Adalah: suatu pernyataan yang dapat menyebabkan masalah dengan mengacu kepada lima tugas keluarga, yaitu:

- 1) Mengenal masalah kesehatan keluarga.
- 2) Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat
- 3) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit.
- 4) Mempertahankan suasana rumah yang sehat.
- 5) Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat.

Secara umum factor-faktor yang berhubungan atau etiologi dari diagnose keperawatan keluarga adalah adanya:

- 1) Ketidaktahuan (kurangnya pengetahuan, pemahaman, kesalahan persepsi)

2) Ketidakmampuan (sikap dan motivasi)

3) Dan ketidakmampuan (kurangnya keterampilan terhadap suatu prosedur atau tindakan, kurangnya sumber daya keluarga baik finansial, fasilitas, system pendukung, lingkungan fisik dan psikologis)

c. Tanda dan Gejala

Adalah: sekumpulan data subjektif dan objektif yang diperoleh dari keluarga secara langsung atau tidak langsung (Gusti, 2013)

Diagnosis keperawatan keluarga dapat bersifat actual, risiko, maupun sejahtera (potensial) tergantung dari garis pertahanan dalam keluarga yang terdapat stressor baik sehat maupun sakit. Tipologi diagnose keperawatan keluarga dalam (Susanto, 2012) adalah:

- a. Actual berarti terjadi defisit atau gangguan kesehatan dalam keluarga dan dari hasil pengkajian didapatkan data mengenai tanda dan gejala dari gangguan kesehatan.
- b. Risiko (ancaman kesehatan) berarti sudah ada data penunjang namun belum terjadi gangguan.
- c. Keadaan sejahtera (potensial) merupakan suatu keadaan dimana keluarga dalam keadaan sejahtera, sehingga kesehatan perlu ditingkatkan.

Diagnosa keperawatan keluarga pada penderita gastritis yang mungkin muncul antara lain:

1. Nyeri akut berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.
2. Mual berhubungan dengan ketidakpatuhan keluarga merawat keluarga yang sakit.
3. Risiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidaktahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.
4. Kecemasan berhubungan dengan ketidaktahuan keluarga mengenal masalah kesehatan.
5. Potensial peningkatan kesejahteraan dalam keluarga berhubungan dengan mempertahankan suasana rumah yang sehat.

6. Potensial peningkatan pemenuhan gizi berhubungan dengan memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit.
7. Potensial peningkatan status kesehatan pada anggota keluarga yang saki berhubungan dengan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat.

2.3.4 Perencanaan Keperawatan Keluarga

Perencanaan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan keluarga yang meliputi penentuan tujuan perawatan, penetapan standart dan criteria serta menentukan perencanaan untuk mengatasi masalah keluarga, (Setiadi, 2008).

2.3.4.1 Penetapan Tujuan

Adalah hasilyang ingin dicapai untuk mengatasi masalah diagnose keperawatan keluarga. Bila dilihat dari sudut jangka waktu, maka tujuan perawatan keluarga dapat dibagi menjadi :

1.3.4.1.1 Tujuan jangka panjang

Menekankan pada perubahan perilaku dan mengarah kepada kemampuan mandiri. Dan lebih baik ada batas waktunya.

2.3.4.1.2 Tujuan jangka pendek

Ditekankan pada keadaan yang bisa dicapai setiap harinya yang dihubungkan dengan keadaan yang mengancam kehidupan.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam merumuskan tujuan keperawatan adalah-Berdasarkan masalah yang telah dirumuskan.

- 1) Merupakan hasil akhir yang ingin dicapai.
- 2) Harus objektif atau merupakan tujuan operasional langsung dari kedua belah pihak (keluarga dan perawat).
- 3) Mencakup criteria keberhasilan sebagai dasar evaluasi, (Setiadi, 2008).

2.3.4.2 Penetapan Kriteria dan Standart

Merupakan standart evaluasi yang merupakan gambaran tentang faktor-faktor yang dapat member petunjuk bahwa tujuan telah tercapai dan digunakan dalam membuat pertimbangan.

Bentuk dari standart dan criteria ini adalah pernyataan verbal (pengetahuan), sikap dan psikomotor.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam membuat standart adalah :

2.3.4.2.1 Berfokus pada keluarga, outcome harus ditunjukkan kepada keadaan keluarga : “Apa yang harus ditunjukkan keluarga, kapan, dan sejauh mana tindakan akan dilaksanakan.

2.3.4.2.2 Singkat dan jelas, untuk memudahkan perawat dalam mengidentifikasi tujuan dan rencana tindakan. Perawat harus menghindari kata-kata yang terlalu panjang dan bermakna ganda.

2.3.4.2.3 Dapat diobservasi dan diukur, tanpa hasil yang dapat diukur proses keperawatan tidak dapat diselesaikan. Perawat harus menghindari penggunaan istilah memahami dan mengerti, karena istilah tersebut sulit untuk diukur.

Contohnya : Keluarga dapat mendemonstrasikan tehnik perawatan keluarga gastritis dengan benar.

2.3.5.2.4 Realistik, ini harus disesuaikan dengan sarana dan prasarana yang tersedia dirumah.

2.3.5.2.5 Ditentukan oleh perawat dan keluarga, mulai pengkajian perawat seharusnya melibatkan keluarga dalam intervensi, (Setiadi, 2008).

2.3.5 Penilaian (skoring) Diagnosa Keperawatan

Skoring dilakukan bila perawat merumuskan diagnisa keperawatan lebih dari satu. Proses skoringnya dilakukan untuk setiap diagnosis keperawatan.

Tabel 2.2 Skoring Masalah Keperawatan Keluarga

No	Kriteria	Nilai	Bobot	Skoring	Pembenaran
1.	Sifat masalah Aktual (tidak/kurang sehat) Ancaman kesehatan Keadaan sejahtera	3 2 1	1		
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah Mudah Sebagian Tidak dapat	2 1 0	2		
3.	Potensi masalah untuk dicegah Tinggi	3	1		

	Sedang	2			
	Rendah	1			
4.	Menonjolnya masalah				
	Masalah berat harus segera ditangani	2			
	Ada masalah tetapi tidak perlu segera ditangani	1	1		
	Masalah tidak dirasakan	0			

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

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

- 3) Jumlahkan skor untuk semua kriteria (skor maksimum sama dengan jumlah bobot, yaitu 5). (Suprajitno, 2004).

Tabel 2.3 Faktor Penentuan Prioritas

Kriteria 1	Sifat masalah: bobot yang lebih berat diberikan pada tidak/kurang sehat karena yang pertama memerlukan tindakan segera dan biasanya disadari dan dirasakan oleh keluarga
Kriteria 2	Kemungkinan keberhasilan yang dicapai dalam meminimalkan, mengurangi atau mengatasi masalah melalui intervensi. Perawat perlu memperhatikan terjangkanya faktor-faktor sebagai berikut. <ol style="list-style-type: none"> 1) Pengetahuan yang ada sekarang, teknologi dan tindakan untuk menangani masalah 2) Sumber daya keluarga dalam bentuk fisik, keuangan dan tenaga 3) Sumber daya perawat dalam bentuk pengetahuan, ketrampilan dan waktu 4) Sumber daya masyarakat dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam masyarakat dan dukungan masyarakat.
Kriteria 3	Sifat dan besarnya masalah di masa depan yang dapat diminimalkan atau benar-benar dicegah jika intervensi dilakukan pada masalah yang sedang dipertimbangkan, faktor-faktor yang perlu diperhatikan: <ol style="list-style-type: none"> 1) Kepelikan dari masalah yang berhubungan dengan penyakit atau masalah 2) Lamanya masalah, yang berhubungan dengan jangka waktu masalah itu ada 3) Tindakan yang sedang dijalankan adalah tindakan-tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah 4) Adanya kelompok "high risk" atau kelompok yang sangat peka menambah potensi untuk mencegah masalah
Kriteria 4	Persepsi keluarga dan evaluasi masalah dalam hal keseriusan dan urgensi perhatian yang tidak dibutuhkan (menonjolnya masalah). Nilai skor tertinggi yang lebih dahulu dilakukan intervensi keperawatan keluarga

2.3.6 Pembuatan Rencana Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah suatu tindakan langsung kepada keluarga yang dilaksanakan oleh perawat, yang ditunjukkan kepada kegiatan yang berhubungan dengan promosi, mempertahankan kesehatan keluarga.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menentukan rencana tindakan adalah :

2.3.6.1 Sebelum menulis cek sumber informasi data.

2.3.6.2 Buat rencana keperawatan yang mudah dimengerti.

2.3.6.3 Tulisan harus jelas, spesifik, dapat diukur dan criteria hasil sesuai dengan identifikasi masalah.

2.3.6.4 Memulai instruksi keperawatan harus menggunakan kata kerja.

2.3.6.5 Gunakan pena tinta dalam menulis untuk mencegah penghapusan tulisan atau tidak jelasnya tulisan.

2.3.6.6 Menggukon kata kerja, rencana kegiatan harus secara jelas menjabarkan setiap kegiatan sehingga perlu menggunakan kata kerja yang mudah, misalnya “ajarkan cara mengurangi rasa nyeri”.

2.3.6.7 Menetapkan teknik dan prosedur keperawatan yang akan digunakan.

2.3.6.8 Melibatkan keluarga dalam menyusun rencana tindakan.

2.3.6.9 Mempertimbangkan latar belakang budaya dan agama, lingkungan, sumber daya dan fasilitas yang tersedia.

2.3.6.10 Memperhatikan kebijaksanaan dan peraturan yang berlaku.

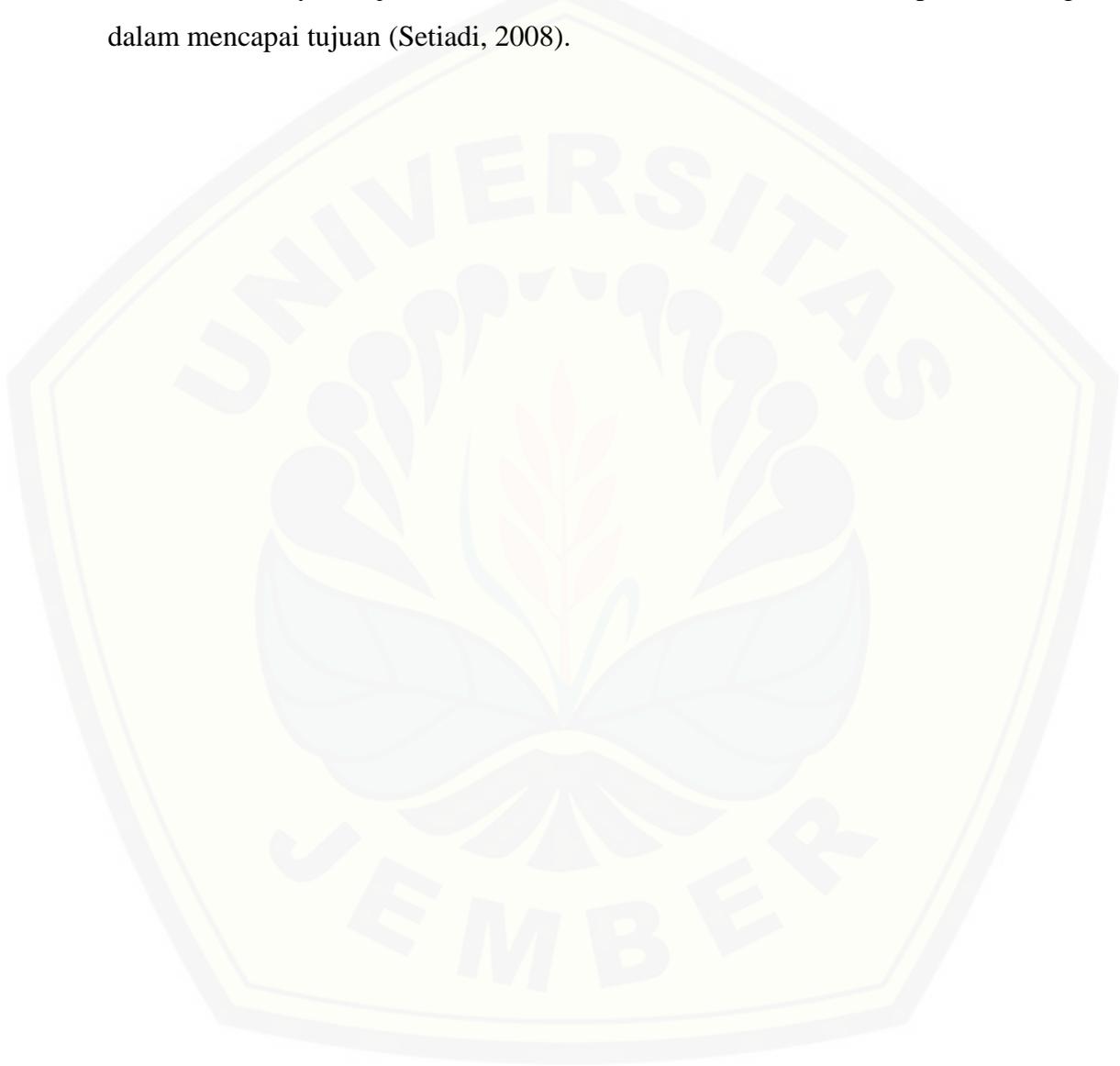
2.3.6.11 Rencana tindakan disesuaikan dengan seberapa daya dan dana yang dimiliki oleh keluarga dan mengarah kemandirian sehingga tingkat ketergantungan dapat diminimalisasikan, (Setiadi, 2008).

2.3.7 Pelaksanaan Rencana Keperawatan .

Implementasi atau tindakan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada tahap ini, perawat yang mengasuh keluarga sebaiknya tidak bekerja sendiri, tetapi perlu melibatkan secara integrasi semua profesi kesehatan yang menjadi tim perawatan kesehatan dirumah, (Setiadi, 2008)

2.3.8 Melakukan Evaluasi

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistimatis dan terencana tentang kesehatan keluarga dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan keluarga dalam mencapai tujuan (Setiadi, 2008).



BAB 3. METODE PENULISAN

3.1 Desain Penulisan

Desain penelitian yang digunakan adalah metode kualitatif laporan kasus. Metode kualitatif adalah salah satu metode untuk mendapatkan kebenaran dan tergolong sebagai penelitian ilmiah yang dibangun atas dasar teori-teori yang berkembang dari penelitian dan terkontrol atas dasar empirik. Jadi dalam penelitian kualitatif ini bukan hanya menyajikan data apa adanya melainkan juga berusaha menginterpretasikan korelasi sebagai faktor yang ada yang berlaku meliputi sudut pandang atau proses yang sedang berlangsung.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah dalam studi kasus ini adalah asuhan keperawatan keluarga gastritis akut pada keluarga tn. s dan tn. j dengan masalah keperawatan nyeri akut di wilayah kerja puskesmas rogotrunan lumajang tahun 2018

- a. Asuhan keperawatan keluarga merupakan proses pengumpulan data yang dimulai dari pengkajian, perumusan diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi yang diberikan secara langsung ke pasien dan keluarganya guna mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal.
- b. Klien Gastritis yang mengalami masalah keperawatan nyeri akut

Klien gastritis dalam studi kasus ini adalah 2 klien pada 2 keluarga yang salah satu anggota keluarganya menderita gastritis yang memiliki masalah keperawatan nyeri akut dan memenuhi batasan karakteristik berikut: mengungkapkan secara verbal atau melaporkan nyeri dengan isyarat, posisi untuk menghindari nyeri, perubahan tonus otot (dengan rentang lemas tidak bertenaga sampai kaku), respons autonomic (misalnya, diaphoresis: perubahan tekanan darah, pernapasan, nadi, dan dilatasi pupil), perubahan selera makan, perilaku distraksi (misalnya, mondar mandir, tidak beraktivitas, atau beraktivitas berulang), perilaku ekspresif (misalnya, gelisah, merintih, menangis, peka terhadap rangsang, dan menghela napas panjang), ekspresi wajah menyeringai, bukti nyeri dapat diamati, berfokus pada diri sendiri. Alat observasi yang digunakan antara lain yaitu tensi meter, stetoskop, termometer, buli-buli untuk kompres hangat.

3.3 Partisipan

Partisipan dalam menyusun studi kasus adalah 2 klien pada 2 keluarga yang salah satu anggota keluarganya menderita gastritis yang memiliki masalah keperawatan nyeri akut, setuju dan menandatangani informed consent setelah diberikan penjelasan tentang manfaat penelitian.

3.4 Lokasi dan Waktu

3.4.1 Lokasi

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan.

3.4.2 Waktu

Total waktu yang digunakan 3 kali kunjungan selama 2 minggu.

3.5 Pengumpulan Data

Pengumpulan data yaitu mengumpulkan data di lokasi penelitian dengan melakukan observasi, wawancara, dan dokumentasi dengan menentukan strategi pengumpulan data yang dipandang tepat dan untuk menentukan fokus serta pendalaman data pada proses pengumpulan data berikutnya.

Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

3.5.1 Observasi

Pengumpulan data dengan observasi langsung atau dengan pengamatan langsung adalah cara pengambilan data dengan menggunakan mata tanpa ada pertolongan alat standar lain untuk keperluan tersebut. Pengamatan yang dilakukan antara lain observasi peningkatan rasa nyeri menggunakan skala kozier, observasi nyeri menggunakan PQRST, observasi keadaan klinis pasien, observasi keadaan umum pasien, observasi tanda-tanda vital, observasi pola hidup pasien sehari-hari, observasi keadaan lingkungan sekitar pasien.

3.5.2. Wawancara (interview)

Proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab, sambil bertatap muka antara pewawancara dengan responden. Data yang didapat dari wawancara adalah semua ungkapan dari klien maupun dari keluarga klien. Tujuan dari metode wawancara ini adalah untuk menggali informasi tentang

identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, serta riwayat penyakit keluarga.

3.6 Keabsahan Data

Keabsahan data dilakukan untuk terjaminnya keakuratan data, Data yang salah akan menghasilkan penarikan kesimpulan yang salah, demikian pula sebaliknya, data yang valid akan menghasilkan kesimpulan hasil penelitian yang benar, untuk menentukan keabsahan data yakni dengan cara:

2.6.1 Membandingkan hasil wawancara dan pengamatan dengan data hasilwawancara.

2.6.2 Membandingkan hasil wawancara dengan isi suatu dokumen yang berkaitan.

2.6.3 Membandingkan apa yang dikatakan orang secara umum dengan apa yang dikatakan secara pribadi.

3.7 Analisis Data

analisa data adalah tahap yang paling penting dan menentukan dalam suatu penelitian. Data yang diperoleh selanjutnya dianalisa dengan tujuan menyederhanakan data ke dalam bentuk yang lebih mudah dibaca dandiinterpretasikan. Selain itu data diterjunkan dan dimanfaatkan agar dapat dipakaiuntuk menjawab masalah yang diajukan dalam penelitian.

3.8 Etika Penulisan

3.8.1 Lembar Persetujuan

Informed consent atau lembar persetujuan merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Informed consent tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan informed consent adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian dan mengetahui dampaknya. Beberapa informasi yang harus ada dalam informed consent tersebut antara lain : partisipasi pasien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, poensial masalah

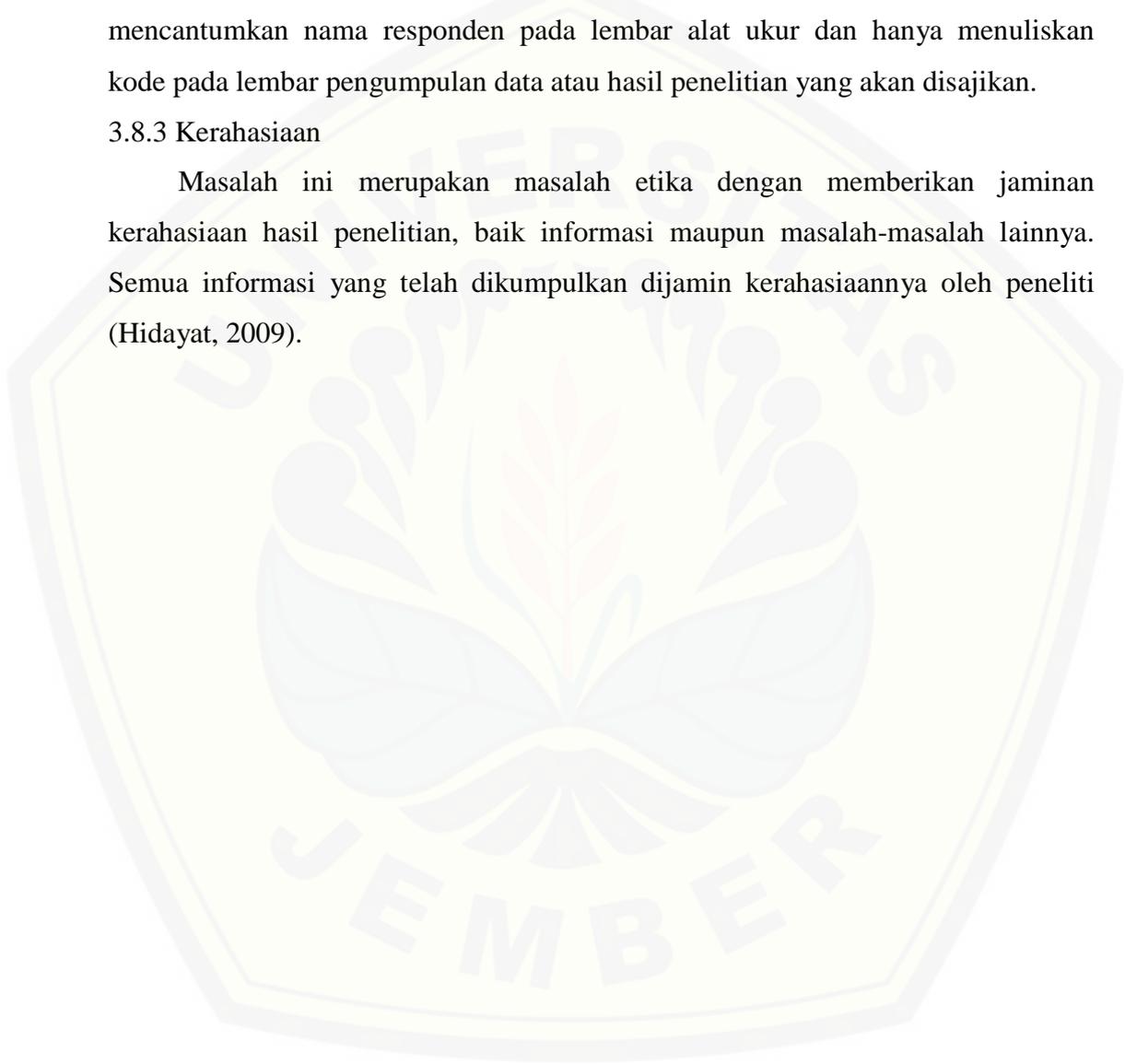
yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dan lain-lain.

3.8.2 Tanpa Nama

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3.8.3 Kerahasiaan

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti (Hidayat, 2009).



BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian Keperawatan

Hasil dari pengkajian keperawatan didapatkan pada pasien 1 berjenis kelamin laki-laki dan pasien 2 berjenis kelamin perempuan. Pada pasien 1 Tn. S berusia 55 tahun mempunyai riwayat penyakit gastritis mengalami keluhan utama nyeri perut dibagian uluh hati, nyeri seperti tertusuk-tusuk, perut terasa sebah, mual dan muntah sedangkan pada pasien 2 Ny. S umur 30 tahun mempunyai riwayat penyakit gastritis dengan keluhan utama nyeri perut bagian kiri menjalar ke perut bagian kanan, nyeri seperti tertusuk-tusuk, jika telat makan pasien merasa mual.

5.1.2 Diagnosis Keperawatan

Pada diagnosis keperawatan pasien 1 dan pasien 2 yaitu asuhan keperawatan keluarga yang anggota keluarganya mengalami gastritis dengan masalah keperawatan ketidakpatuhan. Sedangkan diagnosis lain yang muncul pada pasien 1 dan pasien 2 sama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agens-agens cedera fisik.

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Berdasarkan intervensi yang dilakukan pada pasien gastritis akut dengan masalah keperawatan nyeri akut meliputi melakukan kompres hangat pada lokasi nyeri dan mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam serta pemberian health education tentang konsep penyakit gastritis, pemberian contoh makanan yang dianjurkan serta makanan pantangan bagi penderita gastritis.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada klien gastritis akut dengan masalah keperawatan nyeri akut adalah mengeksplorasi kemampuan klien dan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit dengan cara pemberian kompres hangat pada lokasi nyeri serta mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri dan pemberian diet yang sehat sesuai dengan makanan pantangan bagi penderita gastritis untuk mencegah terjadinya komplikasi.

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Kriteria hasil yang dicapai setelah 3 kali kunjungan terhadap keluarga dengan gastritis akut dengan masalah keperawatan nyeri akut yaitu mampu melakukan kompres hangat, melakukan teknik relaksasi nafas dalam, serta mampu menyebutkan macam-macam makanan yang dianjurkan bagi penderita gastritis, klien dan keluarga menjauhi makanan pantangan bagi penderita gastritis guna mengurangi komplikasi.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Perawat

Tindakan keperawatan pada pasien gastritis akut dengan masalah keperawatan nyeri akut membutuhkan lebih dari 3 kali kunjungan untuk mencapai kriteria hasil.

5.2.2 Bagi Keluarga

Dengan adanya anggota keluarga yang sakit diharapkan keluarga mampu melakukan 5 tugas keluarga secara optimal. 5 tugas keluarga antara lain :

- 1) Mengenal masalah kesehatan keluarga.
- 2) Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat
- 3) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit.
- 4) Mempertahankan suasana rumah yang sehat.
- 5) Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat.

Dan keluarga dapat mencegah anggota keluarga yang menderita gastritis tidak kambuh lagi dengan cara melaksanakan 5 tugas keluarga.

5.2.3 Bagi Puskesmas Rogotrunan

Bagi Puskesmas Rogotrunan untuk dapat menjadi referensi untuk waktu durasi kunjungan keluarga dengan gastritis akut dengan masalah keperawatan nyeri akut.

5.2.4 Bagi Penulis Selanjutnya

Bagi penulis selanjutnya untuk bisa lebih spesifik dalam menentukan kriteria hasil dan intervensi untuk keluarga dengan gastritis akut dengan masalah keperawatan nyeri akut.

DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti, Y., & Rachmawati, I. N. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Anisa Mardella, E. (2013). *Handbook For Brunner & Suddarth's Textbook Of Medical Surgical*. Jakarta: EGC.
- Ardiansyah, M. (2012). *Medikal Bedah untuk Mahasiswa*. Jogjakarta: DIVA Press.
- Christensen, P. (2009). *Aplikasi Modal Konseptual. Ed. 4*. Jakarta: EGC.
- Dinoyo, d. S. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah: Sistem Pencernaan (Dilengkapi Contoh Studi Kasus dengan Aplikasi Nanda NIC NOC)*. Jakarta: Prenada Media Group.
- Gusti, Salvari . (2013). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga* . Jakarta:TIM
- Hartono, H. (2012). *Asuhan Keperawatan pada Ny. M dengan Gastritis di Ruang Flamboyan RSUD Dr. H. Soewandono Kendal*. Semarang: Tesis Tidak Diterbitkan: Program Pascasarjana Magister Keperawatan.
- Heather, T. H. (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi Edisi 10 2015-2017*. Jakarta : EGC.
- Hirlan. (2001). *Penyakit Maag dan Gangguan Pencernaan*. Yogyakarta: Kanisius.
- LeMone, P. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Lusianah, S. .: (2010). *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Gastrointestinal*. Jakarta: TIM.
- Murjayanah, H. (2010). *Faktor-faktor Resiko yang Berhubungan Dengan Kejadian Gastritis*. Semarang: Universitas Negeri Semarang.
- Muttaqin, A. d. (2011). *Gangguan Gastrointestinal Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Muttaqin, A. d. (2013). *Gangguan Gastrointestinal: Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nuari, N. A. (2015). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan pada Gangguan Sistem Gastrointestinal*. Jakarta: CV. Trans Info Media.

- Oktavianti, R. R. (2015). *Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan GAstritis di Ruang Interna RSUD dr. Haryoto Lumajang.* . Lumajang: KTI Tidak Diterbitkan: D3 Keperawatan.
- Padila. (2012). *Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Nuha Medika.
- Prio, A. Z. (2009). *Pengaruh Teknik Relaksasi Progresif Terhadap Respon Nyeri dan Responsi Kekambuhan Nyeri Lansia dengan Gastritis di Wilayah Kerja Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok*. Depok: Tesis Tidak Diterbitkan : Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan.
- Priyanto. (2008). *Farmakologi Dasar untuk Mahasiswa Farmasi dan Keperawatan Edisi 11*. Jakarta: Leskonfi.
- Sari, A. M. (2013). *Gangguan Gastrointestinal: Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Setiadi. (2008). *Konsep Dan Proses Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Setiadi. (2013). *Konsep Dan Praktik Penulisan Riset Keperawatan Edisi 2*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sri Hartanti. (2014). *Pemberian Guide Imagery Relaxation Terhadap Penurunan Nyeri Abdomen Pada Asuhan Keperawatan Ny. S Dengan Dyspepsia Di Ruang IGD RSUD Karanganyar*. Surakarta: Stikes Kusuma Husada
- Suhari. & R. Endro Sulistyono. (2016). *Modul Perkuliahan Keperawatan Keluarga Cetakan 2*. Lumajang: KSU Mulia Husada
- Sulia.Aklia. (n.d.). *Keperawatan Medikal Beda: Manajemen Klinis Untuk Hasil Yang Diharapkan, Edisi 8-Buku 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Suratun, d. L. (2010). *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Gastrointestinal*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Suryono, & Meilani, R. D. (2016). *Pengetahuan Pasien Dengan Gastritis Tentang Pencegahan Kekambuhan Gastritis*. *Jurnal Akp Vol.7, No. 2, 38*
- Wahyuni, U. (2013). *Studi Kasus Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada An.Rr Denga Gastritis Akut Diruang Anggrek RSUD. Dr. Soehadi Prijonegoro Sragen*. Sragen.
- Wilkinson, J. M. (2014). *Diagnosis NANDA, Intervensi NIC, Kriteria Hasil NOC, Ed. 9*. Jakarta: EGC.

Wilkinson, J. M., & Ahern, N. R. (2011). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan
Diagnosis NANDA, Intervensi NIC, Kriteria Hasil NOC. Ed.9.* Jakarta: EGC.



Lampiran 1

JADWAL PENYELENGGARAAN PROPOSAL DAN KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS

KETERANGAN	TAHUN AKADEMIK 2017/2018																																											
	FEB				MAR				APR				MEI				JUNI				JULI				AGU				SEP				OKT				NOV				DES			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Informasi Penelitian	■	■	■	■																																								
Konfirmasi Penelitian	■	■	■	■																																								
Konfirmasi Judul		■	■	■	■																																							
Penyusunan Proposal Laporan Kasus					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■												
Sidang Proposal																													■															
Revisi																																	■											
Pengumpulan Data																																												
Analisa Data																																												
Konsul Penyusunan Data																																												
Ujian Sidang																																												
Revisi																																												
Pengumpulan Laporan Kasus																																												

Lampiran 2

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang
--

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ny. K
 Umur : 45 Tahun
 Jiskelamin : Perempuan
 Alamat : Rogotrunan RT-03 RW-12
 Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga.....

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Keluarga Yang Anggota Keluarganya Mengalami Gastritis Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Wilayah Puskesmas Rogotrunan Tahun 2018”

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Lumajang, 11 - 3 - 2018.....

Mengetahui,

Yang Menyetujui,

Penanggung Jawab Penelitian

Peserta Penelitian



(Adinda Nur Amalia)



(Khusnul Khotima)

Lampiran 2

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang
--

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ny. S

Umur : 30 Th

Jeniskelamin : P

Alamat : Dicotrunan RT.02 RW.02

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Keluarga Yang Anggota keluarganya Mengalami Gastritis Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Wilayah Puskesmas Rogotrunan Tahun 2018”

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Lumajang, 11 - 3 - 2018

Mengetahui,

Yang Menyetujui,

Penanggung Jawab Penelitian

Peserta Penelitian



(Adinda Nur Amalia



.....)

**SATUAN ACARA PENYULUHAN
“CARA PENCEGAHAN GASTRITIS”**



Disusun oleh :

Adinda Nur Amalia
NIM 152303101076

**PROGRAM STUDI D 3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Topik	: Gangguan Pencernaan (Gastritis)
Hari/Tanggal	: Jumat, 18 Agustus 2017
Waktu	: ± 15 menit
Tempat	: Rumah Pasien
Sasaran	: Pasien dan keluarga pasien
Penyuluh	: Mahasiswa Program Studi D 3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember

A. ANALISA SITUASIONAL

1. Peserta
Pasien dan keluarga pasien
2. Ruangan
Agak sempit dengan jumlah pasien dua orang
Ventilasi baik dan disertai kipas angin
3. Penyuluh
Mahasiswa Program Studi D 3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember
Mampu mengkomunikasikan materi penyuluhan dengan baik dan menggunakan metode yang sesuai

B. TUJUAN INSTRUKSIONAL

1. Tujuan Instruksional Umum
Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan diharapkan pasien dan keluarga dapat memahami dan mengerti tentang konsep gastritis.
2. Tujuan Instruksional Khusus
Setelah mengikuti penyuluhan kesehatan tentang gastritis, keluarga pasien diharapkan dapat :
 - a. Menjelaskan pengertian gastritis
 - b. Menjelaskan penyebab gastritis

- c. Menjelaskan tanda dan gejala gastritis
- d. Menjelaskan cara pencegahan gastritis
- e. Menjelaskan penatalaksanaan gastritis
- f. Menjelaskan jenis-jenis makanan yang di anjurkan dan tidak dianjurkan bagi penderita gastritis

C. MATERI PENYULUHAN

1. Pengertian penyakit gastritis
2. Penyebab penyakit gastritis
3. Tanda dan gejala penyakit gastritis
4. Cara pencegahan penyakit gastritis
5. Cara penatalaksanaan penyakit gastritis
6. Jenis-jenis makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan bagi penderita gastritis

D. KEGIATAN PENYULUHAN

No	Tahap Pengkajian	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Sasaran
1	Pembukaan	2 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membuka acara dengan pembacaan do'a, mengucapkan salam dan perkenalan. 2. Menyampaikan topik dan tujuan penyuluhan kepada sasaran. 3. Kontrak waktu untuk kesepakatan penyuluhan dengan sasaran 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab salam dan mendengarkan perkenalan. 2. Mendengarkan penyampaian topik dan tujuan. 3. Menyetujui kesepakatan pelaksanaan pendidikan kesehatan.
2	Kegiatan Inti	10 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji ulang tingkat pengetahuan sasaran. 2. Memberikan reinforcement positif. 3. Menjelaskan pengertian Gastritis. 4. Menanyakan sasaran apakah mengerti atau tidak. 5. Memberikan kesempatan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab pertanyaan dari penyuluh 2. Mendengarkan materi yang disampaikan 3. Menanyakan hal-hal yang belum dipahami

			<p>kepada sasaran untuk bertanya.</p> <p>6. Menjelaskan tentang hal-hal yang belum dipahami sasaran.</p> <p>7. Menjelaskan penyebab Gastritis.</p> <p>8. Menjelaskan tanda dan gejala Gastritis.</p> <p>9. Menanyakan sasaran apakah mengerti atau tidak.</p> <p>10. Memberikan kesempatan kepada sasaran untuk bertanya.</p> <p>11. Menjelaskan tentang hal-hal yang belum dipahami sasaran.</p> <p>12. Menjelaskan tentang hal-hal yang belum dipahami sasaran.</p> <p>13. Menjelaskan cara penatalaksanaan Gastritis.</p> <p>14. Menjelaskan makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan bagi pasien dengan penyakit Gastritis.</p> <p>15. Menanyakan sasaran apakah mengerti atau tidak.</p> <p>16. Memberikan kesempatan kepada sasaran untuk menanyakan hal-hal yang belum dipahami.</p> <p>17. Menjelaskan tentang hal-hal yang belum dipahami.</p>	
3	Evaluasi/ Penutup	3 menit	<p>1. Memberikan pertanyaan kepada sasaran tentang materi yang telah disampaikan oleh penyuluh.</p> <p>2. Memberikan reinforcement positif</p> <p>3. Menyimpulkan materi</p> <p>4. Menutup acara dengan mengucapkan salam</p>	<p>1. Menjawab pertanyaan</p> <p>2. Mendengarkan kesimpulan</p> <p>3. Menjawab salam</p>

E. MEDIA DAN ALAT PENYULUHAN

1. Leaflet

F. METODE PENYULUHAN

1. Ceramah
2. Tanya jawab

G. EVALUASI

1. Apa pengertian penyakit gastritis?
2. Apa penyebab dari penyakit gastritis?
3. Apa tanda dan gejala dari penyakit gastritis?
4. Bagaimana cara pencegahan penyakit gastritis?
5. Bagaimana cara penatalaksanaan yang baik pada penyakit gastritis?
6. Jenis-jenis makanan apa saja yang dianjurkan dan tidak dianjurkan bagi penderita gastritis?

Lampiran Materi Penyuluhan

Gastritis

A. Pengertian Gastritis

Menurut (Nuari N. A., 2015), Gastritis yang biasanya orang awam mengatakannya maag adalah peradangan yang terjadi dilambung akibat meningkatnya sekresi asam lambung mengakibatkan iritasi/perluakan pada lambung.

Secara alami lambung akan terus memproduksi asam lambung setiap waktu dalam jumlah yang kecil, setelah 4-6 jam sesudah makan biasanya kadar glukosa dalam darah telah banyak terserap dan terpakai sehingga tubuh akan merasakan lapar dan pada saat itu jumlah asam lambung terstimulasi. Bila seseorang telat makan sampai 2-3 jam, maka asam yang menumpuk dalam lambung akan semakin banyak dan berlebih. Hal ini dapat menyebabkan luka atau iritasi pada dinding lambung sehingga timbul rasa perih.

B. Penyebab Gastritis

Menurut (Rendi, 2012), dalam buku Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Penyakit Dalam, didapatkan penyebab dari gastritis diantaranya:

1. Stress
2. Usia
3. Pola makan yang tidak baik. Misalnya terlambat makan, makan makanan yang pedas, asam yang dapat merangsang asam lambung contoh cabe, cuka, sambal, ketan dan lain-lain. Makan terlalu banyak atau cepat, dan makanan yang terinfeksi oleh bakteri helicobakter phylory.
4. Merokok
5. Mengonsumsi alcohol atau minuman berkafein
6. Mengonsumsi obat-obatan dalam dosis yang tinggi. Contohnya aspirin dan antalgin. (aspirin dalam dosis rendah sudah dapat menyebabkan erosi mukosa lambung)
7. Keracunan makanan

C. Tanda dan Gejala

Menurut (Rendi, 2012), dalam buku Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Penyakit Dalam, didapatkan tanda dan gejala dari gastritis diantaranya:

1. Mual dan muntah
2. Kembung
3. Nyeri seperti terbakar pada perut bagian atas
4. Nafsu makan menurun secara drastis, wajah pucat, suhu badan naik, keluar keringat dingin
5. Sering sendawa terutama bila dalam keadaan lapar
6. Terkadang disertai sakit kepala
7. Bila gastritis sudah parah, makan akan terjadi luka pada lambung sehingga menyebabkan perdarahan. Gejala yang timbul saat lambung sudah terdapat luka adalah muntah darah atau terdapat darah pada feses.

D. Cara Pencegahan Penyakit Gastritis

Menurut (Muttaqin, 2011), dalam buku Gangguan Gastrointestinal, didapatkan cara pencegahan penyakit gastritis:

1. Jaga pola makan secara baik dan teratur. Hindari menunda waktu makan karena akan mengakibatkan produksi asam lambung meningkat
2. Makan makanan yang bersih, sehat dan bergizi. Hindari makanan yang merangsang kerja lambung. Contohnya makanan pedas, asam, dan kopi
3. Hindari stress yang berlebihan. Anda dapat mengalihkan rasa stress dengan berolahraga yang baik bagi tubuh
4. Tidak merokok
5. Tidak mengonsumsi alkohol
6. Hindari penggunaan obat-obatan terutama yang mengiritasi lambung misalnya aspirin

E. Penatalaksanaan Penyakit Gastritis

Menurut (Muttaqin, 2011), dalam buku Gangguan Gastrointestinal jika anda mengalami atau mempunyai riwayat gastritis, hal-hal yang dapat anda lakukan antara lain adalah:

1. Makan dengan porsi kecil tapi sering. Contoh makanan adalah snack atau makanan ringan.
2. Makan teratur dan tepat waktu
3. Dianjurkan minum air hangat jika terjadi mual dan muntah
4. Minumlah obat antasida (obat maag) jika gastritis kambuh
5. Istirahat yang cukup
6. Kalau merokok, hentikan merokok
7. Segera periksakan ke dokter jika nyeri tidak kunjung hilang

F. Jenis-jenis makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan

Menurut (Muttaqin, 2011), dalam buku Gangguan Gastrointestinal, didapatkan bahwa jenis-jenis makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan diantaranya:

Makanan yang dianjurkan:

- a. Sumber hidrat arang atau karbohidrat: bubur, kentang rebus, biscuit dan tepung-tepungan yang dibuat bubur atau pudding.
- b. Sayur yang tak berserat dan tidak menimbulkan gas: labu kuning, labu siam, wortel, brokoli
- c. Buah-buahan yang tidak asam dan tidak beralkohol : pisang, pepaya, tomat

Makanan yang tidak dianjurkan:

- a. Makanan yang secara langsung merusak dinding lambung: nasi keras, ketan, jagung, ubi talas.
- b. Sumber Protein Hewani: daging yang berlemak, ikan asin, ikan pindang.
- c. Sayuran tertentu (sawi, kol, nangka muda, nanas)
- d. Buah-buahan tertentu (nangka, pisang ambon, durian)
- e. Minuman yang mengandung soda dan alkohol: soft drink, tape, susu, anggur putih dan kopi.

- f. Makanan yang secara langsung merusak dinding lambung yaitu makanan yang mengandung cuka dan pedas, merica.
- g. Makanan yang sulit dicerna yang dapat memperlambat pengosongan lambung. Karena hal ini dapat menyebabkan peningkatan peregangan di lambung yang akhirnya dapat meningkatkan asam lambung antara lain makanan berlemak, kue tart, coklat dan keju.

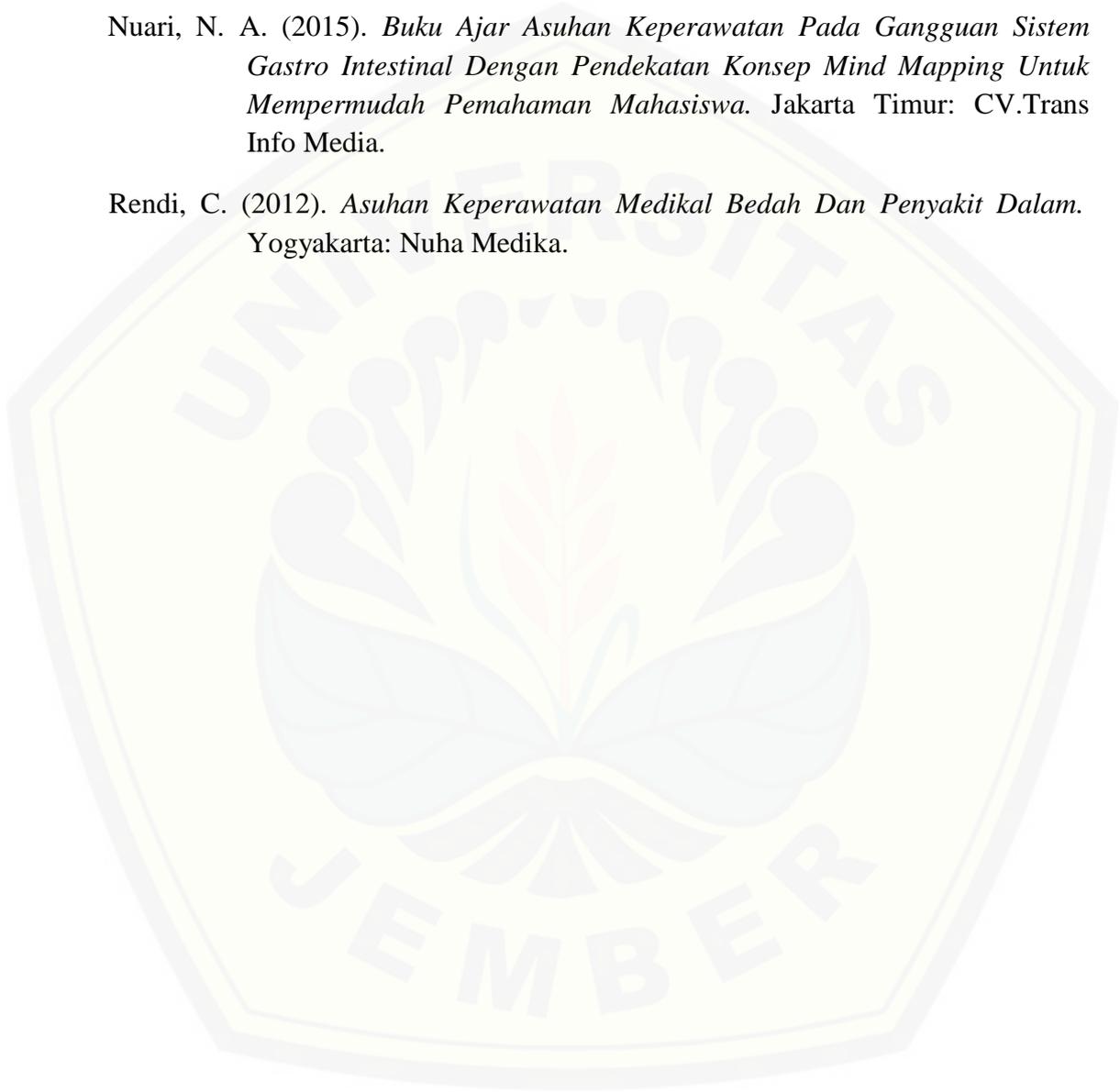


DAFTAR PUSTAKA

Muttaqin, A. (2011). *Gangguan Gastrointestinal*. Jakarta: Salemba Medika.

Nuari, N. A. (2015). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Gastro Intestinal Dengan Pendekatan Konsep Mind Mapping Untuk Mempermudah Pemahaman Mahasiswa*. Jakarta Timur: CV.Trans Info Media.

Rendi, C. (2012). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Dan Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.



Tanda/ Gejala Gastritis

- 1) Anoreksia
- 2) Rasa penuh
- 3) Nyeri pada epigastrium
- 4) Mual dan muntah
- 5) Sendawa
- 6) Hematemesis

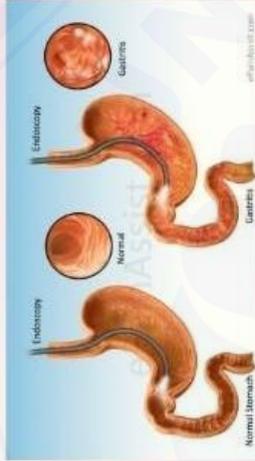


(Lusianah & Suratun, 2010)

Pencegahan Gastritis

- 1) Konsumsi makanan yang lunak/lembut.
 - 2) Hindari makanan yang mengiritasi lambung, seperti pedas, asam, alkohol, kafein, rokok, dan aspirin.
 - 3) Jangan terlambat makan atau makan berlebihan.
 - 4) Makan sedikit-sedikit tapi sering
 - 5) Usahakan buang air besar secara teratur
- (Prof. H.M. Hembing Wijayakusuma, 2011)

Pengertian Gastritis



Gastritis adalah suatu peradangan mukosa lambung yang bersifat akut, kronik difus, atau lokal dengan karakteristik anoreksia, rasa penuh, tidak enak pada epigastrium, mual dan muntah. (Lusianah & Suratun, 2010)

Penyebab Gastritis

- 1) Infeksi bakteri
 - 2) Pemakaian obat penghilang nyeri secara terus-menerus
 - 3) Penggunaan alkohol secara berlebihan
 - 4) Penggunaan kokain
 - 5) Stress fisik
 - 6) Kelainan autoimmune
 - 7) *Crohn's disease*
 - 8) Radiasi and kemoterapi
 - 9) Faktor-faktor lain
- (Nuari, 2015)

GASTRITIS



Disusun Oleh :

Adinda Nur Amalia
NIM 152303101076

PROGRAM STUDI D3
KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER**

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN KAMPUS LUMAJANG
Jl. Brigjend. Katamso Telp. (0334) 882262, Fax. (034) 882262 Lumajang 67312
Email: d3keperawatan@unej.ac.id

**KEPUTUSAN KOORDINATOR PRODI D3 KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER KAMPUS LUMAJANG**

Nomor : 128 /UN25.1.14.2/ UT /2018

TENTANG

IJIN PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH

Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang, setelah menimbang pedoman menyusun Karya Tulis Ilmiah Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Lumajang, Nomor: 188.4/472/427.35.28/2015 Tanggal 20 Agustus 2015, dengan persetujuan pembimbing tanggal 13 Februari 2018

MEMUTUSKAN

Menetapkan kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

N a m a : Adinda Nur Amalia
Nomor Induk Mahasiswa : 152303101076
Tempat, Tanggal Lahir : Probolinggo, 24 September 1996
Prodi : D3 Keperawatan
Tingkat / Semester : III/ VI
A l a m a t : Perum Asabri F/273 RT.06 RW.12 Kel. Kanigaran, Kec. Kanigaran
Kota Probolinggo

dijinkan memulai menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul : "Asuhan Keperawatan Keluarga Yang Anggota keluarganya Mengalami Gastritis Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Tahun 2018"

Dengan pembimbing :

1. Zainal Abidin, A.Md.Kep, S.Pd., M.Kes

Surat Keputusan ini mulai berlaku sejak ditetapkan dan akan ditinjau kembali jika dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan.

Ditetapkan di : Lumajang
Pada Tanggal : 13 Februari 2018

Koordinator Prodi D3 Keperawatan
Kampus Lumajang



KEP. NERS. MM
NIP. 19630629198703 2 008



**PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jalan : Arif Rahman Hakim No. 1 Telp./Fax. (0334) 881586 e-mail : kesbangpol@lumajang.go.id
LUMAJANG - 67313

SURAT PEMBERITAHUAN UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN/SURVEY/KKN/PKL/KEGIATAN

Nomor : 072/467/427.75/2018

- Dasar** : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
2. Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang Nomor 20 Tahun 2007 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lumajang.
- Menimbang** : Surat dari Koordinator Prodi D3 Keperawatan UNEJ Lumajang Nomor: 129/UN25.1.14.2/LT/2018 tanggal 13 Februari 2018 perihal Permohonan Ijin Pengambilan Data atas nama ADINDA NUR AMALIA.

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : ADINDA NUR AMALIA
2. Alamat : Perum Asabri Blok F-273 RT 6 RW 12 Kec. Kanigaran Kab. Probolinggo
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : Universitas Jember Kampus Lumajang / 152303101076
5. Kebangsaan : Indonesia

Untuk melakukan Penelitian/Survey/KKN/PKL/Kegiatan:

1. Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Keluarga Yang Anggota Keluarganya Mengalami Gastritis Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Tahun 2018
2. Tujuan : Pengambilan Data
3. Bidang Penelitian : D3 Keperawatan
4. Penanggungjawab : Nurul Hayati, S.Kep.Ners.MM
5. Anggota/Peserta : -
6. Waktu Penelitian : 13 Februari 2018 s/d 31 Mei 2018
7. Lokasi Penelitian : Puskesmas Rogotrunan Lumajang

- Dengan ketentuan** :
1. Berkewajiban menghormati dan menaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
 2. Pelaksanaan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat;
 3. Wajib melaporkan hasil penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan dan sejenisnya kepada Bupati Lumajang melalui Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Lumajang setelah melaksanakan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
 4. Surat Pemberitahuan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak syah/tidak berlaku lagi apabila ternyata pemegang Surat Pemberitahuan ini tidak mematuhi ketentuan tersebut di atas.

Lumajang, 02 Maret 2018

a.n KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK

PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG

Kepala Bidang HAL,

BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Drs. ABU HASAN

Rembina

NIP. 196208011993031001

Tembusan Yth. :

1. Plt. Bupati Lumajang (*sebagai laporan*).
2. Sdr. Ka. Polres Lumajang,
3. Sdr. Ka. BAPPEDA Kab. Lumajang,
4. Sdr. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Lumajang,
5. Sdr. Ka. PKM Rogotrunan Lumajang,
6. Sdr. Koor. Prodi Keperawatan UNEJ Kam. Lumajang,
7. Sdr. Yang Bersangkutan,

	FORMULIR	No. Dok. : Akp / F / K / 29
	LOG BOOK PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH MAHASISWA	Berlaku Sejak : 2015 Revisi :

**LOG BOOK PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH
MAHASISWA AKPER PEMKAB LUMAJANG**

NAMA MAHASISWA : ADINDA NUR AMALIA
NIM : 19-079
PROGRAM STUDI :
JUDUL KARYA TULIS ILMIAH :

TAHAP PENULISAN TUGAS AKHIR

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
1.	13/2/2017	konsultasi Judul	Judul ACC "Asuhan Keperawatan. Pada Pasien Gastric Akut dengan masalah keperawatan nyeri Akut RSUD. Dr. Harjo		
2	27/2/2017	konsul Bab I	Revisi skala dan masalah		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
3	1/17 /3	Konsultasi Bab I	Revisi masalah dan kronologis.		
4	11/17 /4	Konsultasi Bab I & II	Musalah tentang Pemas Jumlah dan masalah yg sama Dgn guru / Tutor. Konsultasi masalah dan Pemas koneksian Virus kembang Bila Virus paku / count		
5	20/17 /4	Bab IV	Konsep gestasi Konsep Baby gestasi		

tanggal 20 April

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
6	27/17 /4	Konsul Bab I & II	- Rumusan masalah diganti "Bagaimana masalah kep pada pasien gastritis akut dengan masalah kep nyeri akut." - Diagnosa kep pada bagian bab II dilengkapi. M = tensi S = tensi K = tensi		
7.	22/17 /8	Konsul Bab I dan II	S = tensi K = tensi Solusi "Tambalkan infansi" Fpg. dan f Aer		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
8	13/17/19	I	Penyusunan kuis - kuis, kuis dan test, dan presentasi		
		II	Aspek kelebihan serta kekurangan		
9	3/17/10	konsultasi Bab 1-3 setelah sidang proposal	- Revisi Bab 1 (kronologis) - Kata pengantar (saya ganti peneliti) - Penulisan / penggantian kurang teliti - Bab II : penomoran.		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
10	7 / 17 / 10	Konsultasi Bab 1 & 2			
11.	9 / 17 / 6		Bab 3 ? Atau Bab 2 ? bapina was 2		
12.	11 / 17 / 11	Konsul Bab 1 - 3	ACC		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
13	5/18/2	Konsultasi Proposal	Konsultasi akan pindah ke perumahan keluarga dari klinik.		
14	6/18/2	Konsultasi Proposal	Konsultasi Bab 11 Konsep keluarga.		
15	7/18/2	Konsultasi Proposal	Konsultasi Konsep keluarga dan ASKEP keluarga.		

	FORMULIR	No. Dok. : Berlaku Sejak : Revisi :
	LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL MAHASISWA	

**LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL KTI
MAHASISWA D3 KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER**

NAMA MAHASISWA : Adinda Nur Amalia
NIM : 122303101076
PROGRAM STUDI : D3 Keperawatan
JUDUL KARYA TULIS ILMIAH :

TAHAP PENULISAN PROPOSAL

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
16	5/18 /2	konsultasi ganti ke kep. keluarga	lebih baik jika ambil keluarga karna lebih cepet.	<i>Adinda</i>	<i>ly</i>
17	6/18 /2	konsul BAB II	Konsep keluarga	<i>Adinda</i>	<i>ly</i>

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
18	7/18 /2	Konsul BAB II	ACC, Cdk parafisan		
19	8/2, 18	Konsul BAB III	ACC, Cdk sebetulnya parafisan situ parafisan		
20	9/18 /2	Konsultasi penyusunan proposal dg konsep keluarga	Cdk kembalikan, table sampel parafisan - kepastian sampel		
21	15/18 /2	Konsultasi BAB IV	Table 1 & 2 Fiori & Bismillah prodi		
22	21/18 /2	Konsultasi BAB IV	Opini : Sejahtera. Opini lebih ditambahkan lagi. Pengetikan lebih diperhaluskan. Margins diperhaluskan.		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
3	30/18 /5	Konsul Bab IV dan V	Revisi Literatur dalam Kutipan Bab IV. Bab V diselesaikan..		
4	4/18 /6	Konsul Bab IV dan V	Penulisan sumber diperbaiki Dicantumkan		
5	7/18 /6	Konsul Bab IV	Pengetikan lebih rapi dan diselesaikan		
6	11/18 /6	Konsul Bab IV	Konsul Intervensi - Implementasi		
7	20/18 /6	Konsul Bab V	Konsul Intervensi - Implementasi		
8	25/18 /6		Maju sidang.		
9	5/18 /7	Konsul Revisi Sidang Bab 1-5	Tambahkan diagnosa potensial pada pengalif gastritis		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
	8/18 /17	Konsul KTI Pasca sidang	Revisi BAB I : Tambahkan kata penutup Revisi BAB III : Tambahkan barisan istilah & alat obs		
	9/18 /17	Konsul Bab IV	Revisi sudah di perbaiki ACC.		
	10/18 /17	Konsul Revisi Bab I dan III	ACC Revisi		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	4	5	6	7

Ketua Program Studi

NIP. _____

Pembimbing

NIP. _____

Mengetahui
Wakil Direktur I

NIP. _____