



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA NY. A DAN  
TN. M YANG SALAH SATU ANGGOTA KELUARGANYA  
MENGALAMI GASTRITIS AKUT DENGAN MASALAH  
KEPERAWATAN KETIDAKSEIMBANGAN NUTRISI  
KURANG DARI KEBUTUHAN TUBUH DI  
WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
SUKODONO LUMAJANG  
TAHUN 2018**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

Oleh

**Khairun Nisa'  
NIM 152303101027**

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



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA NY. A DAN  
TN. M YANG SALAH SATU ANGGOTA KELUARGANYA  
MENGALAMI GASTRITIS AKUT DENGAN MASALAH  
KEPERAWATAN KETIDAKSEIMBANGAN NUTRISI  
KURANG DARI KEBUTUHAN TUBUH DI  
WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
SUKODONO 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

**Khairun Nisa'**  
**NIM 152303101027**

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

## PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan syukur kehadirat Allah SWT, Karya Tulis ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orang tuaku (Suraji dan N Tuti Astiami) yang saya cintai selalu memberikan kasih sayang, dukungan, motivasi dan doa serta menjadi sumber kekuatan dalam menyelesaikan tugas akhir ini.
2. Adikku (Nurin Dwi Rohma Dianti) yang selalu memberikan dukungan, doa dan semangat serta kakek dan nenekku yang ingin melihat kesuksesanku.
3. Teman terkasihku yang selama ini banyak membantu dan memberi ku banyak support dari awal perkuliahan hingga akhir penulisan ini, terimakasih Thoyib.
4. Ns. Eko Prasetya, M.Kep selaku dosen pembimbing akademik saya yang selalu memberikan semangat, motivasi dan selalu mengingatkan untuk selalu berbakti kepada orangtua dan selalu beribadah.
5. Sahabat tercintaku (Velly Sepbrina, Dewi Nurjannah, Divi Azham Barka, Faradita Tria, Sisca Nur Rohima, Aryula, Inike Sulviana) yang selalu membantu dan memberikan semangat serta Rosalia Bella Anjani dan Yesi Meita yang sudah membantu saya dan memberikan dorongan di akhir penulisan tugas akhir ini.
6. Seluruh teman-teman Mahasiswa D3 keperawatan Unej Kampus Lumajang yang telah bersama-sama saling membantu selama 3 tahun dalam menyelesaikan semua tugas yang di berikan.
7. Serta seluruh dosen dan staff yang telah memberikan dukungan serta fasilitas yang ada, serta kepada petugas perpustakaan yang telah menyediakan referensi untuk menyelesaikan tugas akhir

## MOTTO

“Dan janganlah kamu (merasa) lemah, dan jangan (pula) bersedih hati, sebab kamu paling tinggi (derajatnya), jika kamu orang yang beriman”

(Q.S. Ali-Imran : 139)\*)

“(mereka berdoa), “Ya Tuhan kami, janganlah Engkau condongkan hati kami kepada kesesatan setelah Engkau berikan petunjuk kepada kami, dan karuniakanlah kepada kami rahmat dari sisiMu, sesungguhnya Engkau Maha Pemberi”

(Q.S. Ali-Imran : 8) \*\*)

“Allah hendak memberikan keringanan kepadamu, karena manusia diciptakan (bersifat) lemah”

(Q.S. An-Nisa' : 28) \*\*\*)

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Khairun Nisa'

NIM : 152303101027

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa laporan tugas akhir yang berjudul "Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Ny. A dan Tn. M yang Salah Satu Anggota Keluarganya Mengalami Gastritis Akut dengan Masalah Keperawatan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh Di Wilayah Kerja Puskesmas Sukodono Lumajang Tahun 2018" adalah benar-benar hasil karya saya sendiri, kecuali kutipan yang sudah disebutkan sumbernya dan belum pernah diajukan pada institusi manapun serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika dikemudian hari tidak benar.

Lumajang, 23 Mei 2018

Yang menyatakan,



Khairun Nisa'  
NIM 152303101027

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA NY. A DAN  
TN. M YANG SALAH SATU ANGGOTA KELUARGANYA  
MENGALAMI GASTRITIS AKUT DENGAN MASALAH  
KEPERAWATAN KETIDAKSEIMBANGAN NUTRISI  
KURANG DARI KEBUTUHAN TUBUH DI  
WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
SUKODONO LUMAJANG  
TAHUN 2018**

Oleh

Khairun Nisa'  
NIM 152303101027

Pembimbing:

Dosen Pembimbing : Zainal Abidin, S.Pd., M.Kes



PENGESAHAN

Laporan tugas akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Ny. A dan Tn. M yang Salah Satu Anggota keluarganya Mengalami Gastritis Akut dengan Masalah Keperawatan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh Di Wilayah Kerja Puskesmas Sukodono Lumajang Tahun 2018” ini telah diuji dan disahkan oleh Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang pada:

Hari : Rabu

Tanggal : 04 Juli 2018

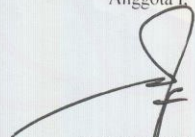
Tempat : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Ketua Penguji:



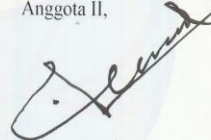
Achlish Abdillah, S.ST, M.Kes.  
NIP 19720323 200003 1 003

Anggota I,



Dwi Ocha P. S.KM  
NRP 760017245

Anggota II,



Zainal Abidin, S.Pd., M.Kes.  
NIP 19800131 200801 1 007

Mengesahkan,

Koordinator Prodi

D3 Keperawatan Universitas Jember

Kampus Lumajang



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

## RINGKASAN

**“Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Ny. A dan Tn. M yang Salah Satu Anggota keluarganya Mengalami Gastritis Akut dengan Masalah Keperawatan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh Di Wilayah Kerja Puskesmas Sukodono Lumajang Tahun 2018”**. Khairun Nisa', 152303101027; 2018: 120 halaman; Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Pasien dan keluarga dengan penyakit gastritis membutuhkan pengawasan makanan setelah pulang dari rumah sakit dan sangat mudah terkena gastritis bila tidak mematuhi penatalaksanaan diet 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). Gastritis biasanya disebabkan karena pola makan yang kurang tepat, makanan yang mengiritasi lambung dan makanan yang terkontaminasi mikroorganisme, serta penggunaan analgesic yang berlebihan. Penyakit ini sering ditandai dengan nyeri ulu hati, mual, muntah, cepat kenyang dan anoreksia sehingga menimbulkan berbagai masalah keperawatan pada pasien. Kerangnya pengetahuan pasien dan keluarga dalam mengatasi gejalanya sehingga mengakibatkan intake nutrisi tidak adekuat dan menyebabkan pasien mengalami ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (Muttaqin & Sari, 2013).

Penelitian ini menggunakan metode laporan kasus terhadap 2 klien pada dua keluarga yang salah satu anggota keluarganya menderita gastritis akut dengan masalah keperawatan ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan menjalani rawat jalan di wilayah kerja Puskesmas Sukodono. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan wawancara meliputi identitas keluarga, identitas klien, riwayat kesehatan keluarga, tahap perkembangan keluarga, fungsi perawatan kesehatan keluarga, observasi meliputi pemeriksaan fisik (tekanan darah, suhu, nadi, status pernafasan), antropometri dan penimbangan berat badan, pemeriksaan Hb klien.

Hasil penelitian yang dilakukan penulis di Puskesmas Sukodono Lumajang terdapat dua batasan karakteristik yaitu ungkapan klien 1 dan klien 2 bahwa nafsu makan menurun dan data objektif yang menunjukkan bahwa klien mengalami penurunan berat badan. Intervensi dan implementasi keperawatan dilakukan manajemen nutrisi, monitor nutrisi, konseling nutrisi, monitor tanda-tanda vital, manajemen berat badan, dan pengajaran peresepan diet. Pada tahap evaluasi keperawatan yaitu dari 4 kriteria hasil yang muncul pada pasien yaitu pemberian diet yang sehat, memodifikasi menu makanan, perilaku patuh pada makanan yang dianjurkan, manajemen berat badan tercapai dengan 3 kali kunjungan.

Tindakan keperawatan pada pasien gastritis akut dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh membutuhkan lebih dari 3 kali kunjungan untuk mencapai kriteria hasil. Bagi keluarga untuk menangani anggota keluarga yang mengalami gastritis diperlukan



pamahaman keluarga dalam memahami penyakit gastritis, untuk merawat anggota keluarga yang sakit, keluarga diharapkan dapat memutuskan tindakan yang tepat seperti pemberian diet sesuai indikasi, menghindari makanan yang mengandung gas dan makanan yang iritan terhadap lambung, serta klien dan keluarga dapat menerapkan pola makan yang teratur.



## SUMMARY

**“The Family Nursing Care on Ny. A and Tn. M whose One of Family Member Suffering Acute Gastritis with the Problem of Nursing of Nutrition Imbalance: Less than Body Needs at Working Area of Sukodono Health Center in 2018”**. Khairun Nisa’, 152303101027; 2018: 120 pages; Study Program of Diploma of Faculty of Nursing Universitas Jember.

The gastritis patients and their family need supervision of food after returning home from the hospital. They are very vulnerable infected gastritis if the rule of diet management is not followed such as eating regular meals and avoiding foods that can irritate the stomach. Furthermore, the family has an important role in treating and preventing the recurrence of gastritis because they are the closest subject to the patient (Purwanti, 2016). Gastritis is usually caused by a poor diet, foods irritating the stomach and contaminated by microorganisms, and excessive of analgesics use. This disease is often jiggled by heartburn, nausea, vomiting, full satiety and anorexia, resulting in various nursing problems to patients. Lack of knowledge of patients and families in overcoming the symptoms that result in inadequate nutrition intake cause the patient experience nutritional imbalance that is less than the needs of the body (Muttuqin & Sari, 2013).

This research applied case report method to 2 clients on 2 families whose one of the member suffering acute gastritis with the problem of nursing of nutrition imbalance: less than body needs and underwent outpatient at working area of Sukodono Health Center. Data collection was conducted by doing interview such as identity of the clients and their family, family health history, stage of family development, family health care function, observation includes physical examination (blood pressure, temperature, pulse, respiratory status), anthropometry and weighing, client Hb examination.

The result of the research conducted by the author informed that there were two characteristic limits namely client 1 and 2 got decreased appetite and objective data showing that clients are having weight loss. Intervention and implementation of nursing carried out such as nutrition management, nutrition monitoring, nutrition counseling, vital signs monitoring, weight management, and teaching of prescribing diets. At the nursing evaluation, from the four results that emerged in the patients including healthy diet, modified food menu, obedient behavior on recommended food and weight management those were achieved in 3 visits.

The nursing actions on acute gastritis patients with the problem above need more than 3 visits to achieve the results. Families need an understanding information or knowledge about gastritis to treat the family member as the patient.

Families are also expected to decide on appropriate measures such as dieting as indicated, avoiding foods that contain gas and irritant foods, and both of clients and families could apply a regular diet.

## PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, dan hidayah-Nya kepada penulis sehingga karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Ny. A dan Tn. M yang Salah Satu Anggota Keluarganya Mengalami Gastritis Akut dengan Masalah Keperawatan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh Di Wilayah Kerja Puskesmas Sukodono Lumajang Tahun 2018” ini dapat terselesaikan dengan baik. Laporan Tugas Akhir ini disusun untuk menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Keperawatan di Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember. Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini tidak lepas dari segala bimbingan dan bantuan berbagai pihak, maka dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Drs. Moh. Hasan, M.Sc., Ph.D., selaku Rektor Universitas Jember
2. Ns. Lantin 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.
4. Bapak Zainal Abidin, S.Pd., M.Kes. selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada peneliti.
5. Bapak Achlish Abdillah, S.ST, M.Kes. selaku penguji I yang telah memberikan masukan untuk perbaikan Laporan Tugas Akhir
6. Ibu Dwi Ochta P. S.KM selaku penguji II yang telah memberikan masukan untuk perbaikan Laporan Tugas Akhir.
7. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun demi perbaikan di masa mendatang.

Lumajang, 23 Mei 2018

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul .....	i
Persembahan .....	iii
Moto .....	iv
Pernyataan .....	v
Halaman Pengesahan .....	vii
Ringkasan .....	viii
Summary .....	x
Prakata .....	xi
Daftar Isi .....	xii
Daftar Tabel .....	xiv
Daftar Gambar .....	xv
Daftar Lampiran .....	xvi
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penulisan .....	4
1.4 Manfaat Penulisan .....	5
<b>BAB 2 TINJAUAN TEORI .....</b>	<b>6</b>
2.1 Konsep Teori .....	6
2.1.1 Definisi Gastritis .....	6
2.1.2 Klasifikasi Gastritis .....	6
2.1.3 Etiologi Gastritis .....	7
2.1.4 Manifestasi Klinis .....	9
2.1.5 Patofisiologi .....	10
2.1.6 Komplikasi .....	13
2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik .....	13
2.1.8 Penatalaksanaan Medis .....	14
2.1.9 Pencegahan Gastritis .....	16
2.1.10 Pola Makan Penderita Gastritis .....	17
2.1.11 Jenis Makanan yang Dianjurkan .....	18
2.1.12 Masalah Nutrisi .....	19
2.1.13 Tabel Pemenuhan Nutrisi .....	20
<b>2.2 Konsep Keluarga .....</b>	<b>21</b>
2.2.1 Pengertian Keluarga .....	21
2.2.2 Fungsi Keluarga .....	21
2.2.3 Ciri-Ciri Keluarga .....	23
2.2.4 Tugas Keluarga .....	23
2.2.5 Tahap Perkembangan Keluarga .....	24
2.2.6 Tingkat Kemandirian Keluarga .....	26

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga.....	27
2.3.1 Pengkajian .....	27
2.3.2 Konsep Masalah Keperawatan .....	37
2.4 Diagnosa Asuhan Keperawatan Keluarga.....	39
2.5 Intervensi Keperawatan Keluarga .....	41
2.3 Implementasi Keperawatan Keluarga .....	43
2.3 Evaluasi Keperawatan Keluarga .....	44
<b>BAB 3 METODE KEPERAWATAN .....</b>	<b>46</b>
3.1 Desain Penulisan .....	46
3.2 Batasan Istilah .....	46
3.3 Partisipan.....	47
3.4 Lokasi dan Waktu .....	47
3.5 Pengumpulan Data .....	48
3.6 Analisa Data .....	49
3.8 Etika Penelitian .....	50
<b>BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>52</b>
4.1 Lokasi Pengambilan Data .....	52
4.2 Pengkajian Keluarga .....	53
4.3 Analisa Data .....	75
4.4 Intervensi Keperawatan Keluarga .....	83
4.5 Implementasi dan Catatan Perkembangan Klien .....	87
<b>BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>96</b>
<b>5.1 Kesimpulan .....</b>	<b>96</b>
5.1.1 Pengkajian Keperawatan.....	96
5.1.2 Diagnosa Keperawatan.....	96
5.1.3 Intervensi Keperawatan.....	96
5.1.4 Implementasi Keperawatan.....	96
5.1.5 Evaluasi Keperawatan.....	96
<b>5.2 Saran.....</b>	<b>97</b>
5.2.1 Bagi Perawat .....	97
5.2.2 Bagi Keluarga.....	97
5.2.3 Bagi Puskesmas Sukodono .....	97
5.2.4 Bagi Penulis Selanjutnya.....	97
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>99</b>
<b>LAMPIRAN</b>	

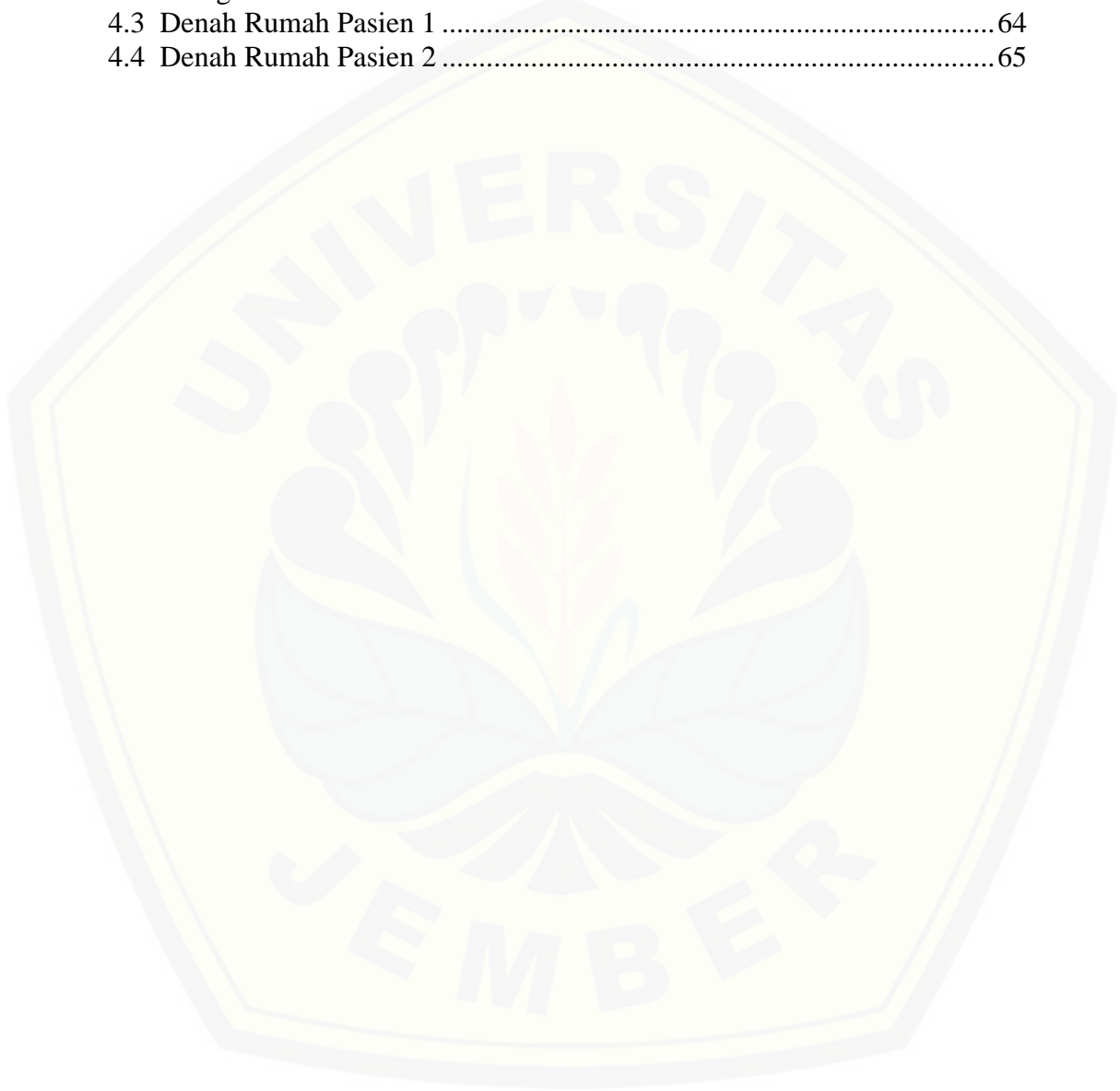


**DAFTAR TABEL**

4.1 Identitas Umum Klien.....	55
4.2 Komposisi Keluarga.....	55
4.3 Type Keluarga.....	57
4.4 Suku Bangsa.....	57
4.5 Agama dan Kepercayaan yang Mempengaruhi Kesehatan.....	57
4.6 Status Sosial Ekonomi Keluarga.....	57
4.7 Aktivitas Rekreasi.....	58
4.8 Tahap Perkembangan Keluarga.....	59
4.9 Riwayat Masing-masing Anggota Keluarga.....	61
4.10 Pengkajian Lingkungan dan Karakteristik Rumah.....	62
4.11 Struktur Keluarga.....	65
4.12 Fungsi Keluarga.....	66
4.13 Stress dan Koping Keluarga.....	69
4.14 Keadaan Gizi Keluarga.....	70
4.15 Pemeriksaan Fisik.....	70
4.16 Harapan Keluarga.....	72
4.17 Pemeriksaan Head to Toe.....	72
4.18 Analisa Data.....	77
4.19 Analisa Data Lain yang Muncul.....	78
4.20 Scoring Klien 1.....	79
4.21 Scoring Klien 2.....	81
4.22 Intervensi Keperawatan Keluarga.....	85
4.23 Catatan Perkembangan Klien 1.....	89
4.24 Catatan Perkembangan Klien 2.....	95

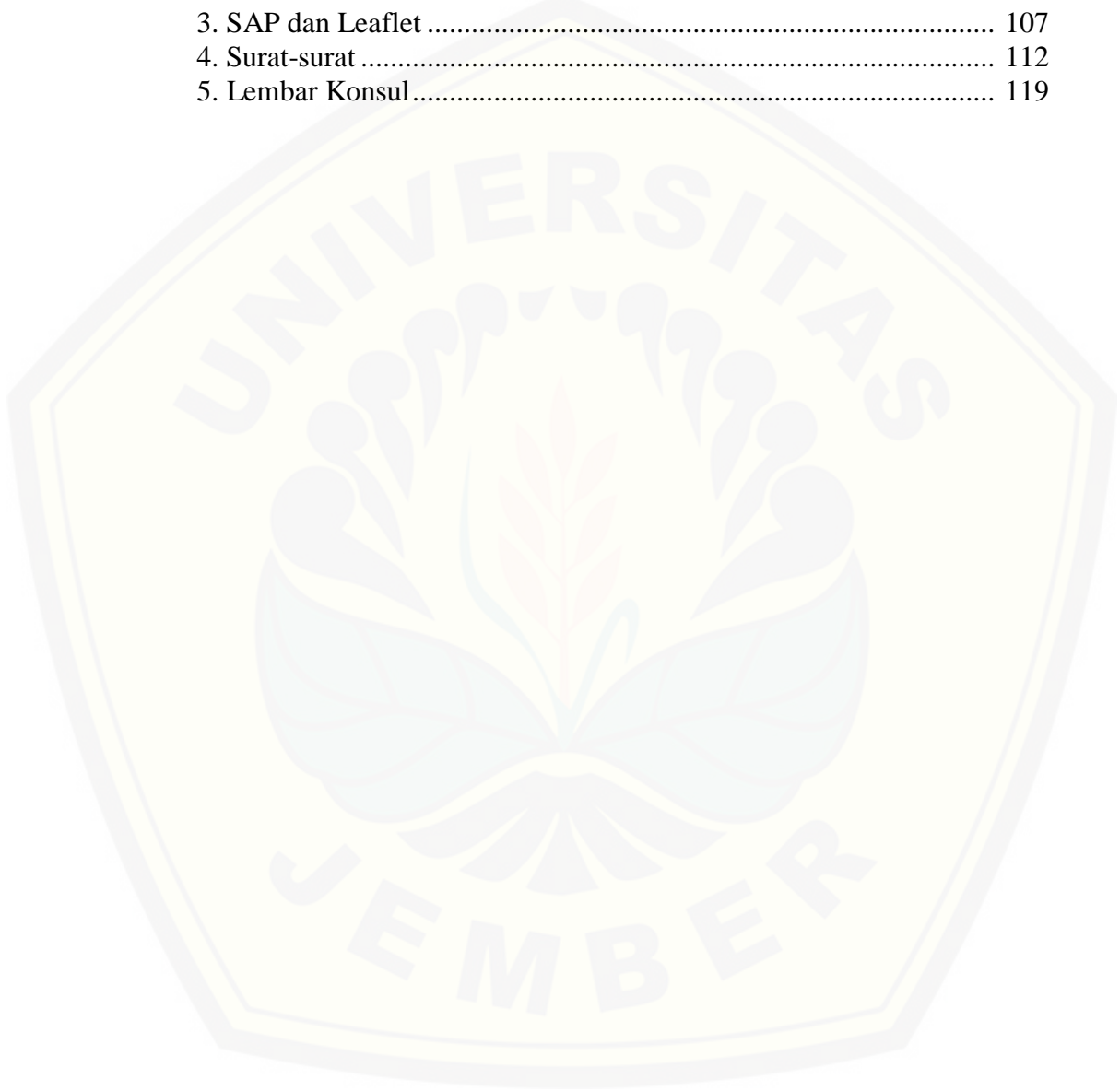
**DAFTAR GAMBAR**

4.1 Genogram Pasien 1 .....	56
4.2 Genogram Pasien 2 .....	56
4.3 Denah Rumah Pasien 1 .....	64
4.4 Denah Rumah Pasien 2 .....	65



**DAFTAR LAMPIRAN**

1. Jadwal Penyelenggaran KTI .....	104
2. Informed consent.....	105
3. SAP dan Leaflet .....	107
4. Surat-surat .....	112
5. Lembar Konsul.....	119



## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar belakang

Makanan sangat penting bagi tubuh kita. Tubuh kita membutuhkan asupan nutrisi berupa karbohidrat, lemak, protein dan senyawa-senyawa lainnya. Asupan makanan ini harus didukung dengan pola makan yang sesuai dan teratur. Pola makan yang teratur sangat penting bagi kesehatan tubuh kita, sedangkan pola makan yang tidak teratur dapat menyebabkan gangguan di sistem pencernaan. Permasalahan dalam sistem pencernaan tidak boleh dibiarkan. Ada berbagai gangguan pada sistem pencernaan atau penyakit yang mungkin terjadi dan sering dibiarkan oleh banyak orang, salah satunya adalah penyakit gastritis atau biasa kita sebut penyakit maag. Penyakit gastritis ini jika dibiarkan akan semakin parah, terlebih jika tidak ada pengaturan pola makan yang baik dan benar, maka akan menimbulkan kekambuhan yang akan mengganggu aktifitas penderita (Wahyu, Supono, & Hidayah, 2015)

Pasien dan keluarga dengan penyakit gastritis membutuhkan pengawasan makanan setelah pulang dari rumah sakit dan sangat mudah terkena gastritis bila tidak mematuhi penatalaksanaan diet 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).

Insiden terjadinya gastritis di Asia Tenggara sekitar 583.635 dari jumlah penduduk setiap tahunnya menurut WHO (2011) dalam (Kusumaningtyas, 2015), sedangkan di Indonesia menurut WHO (2012) angka kejadian gastritis mencapai 40,8%. Menurut data Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur (2012) gastritis menduduki peringkat ke 6 dalam sepuluh penyakit terbanyak pasien rawat jalan dengan jumlah 822 pasien, gastritis juga menduduki peringkat ke 7 dari sepuluh penyakit terbanyak pasien rawat inap dengan jumlah 172 pasien (Dinkes, 2012). Dalam Daftar Tabulasi Dasar Profil Kesehatan Indonesia (2009) dengan total kasus 30.154 yang meliputi penderita laki-laki dengan jumlah 12.758, pada perempuan dengan jumlah 17.396, dan penderita yang meninggal sebanyak 235

jiwa (Hasnawati, Sitohang, & Brahim, 2010). Di wilayah kerja Puskesmas Sukodono yang mengalami gastritis sebanyak 938 jiwa di tahun 2016-2017.

Gastritis akut biasanya disebabkan karena pola makan yang kurang tepat, baik dalam frekuensi maupun waktu yang tidak teratur selain karena faktor isi atau jenis makanan yang iritatif terhadap mukosa lambung. Makanan yang terkontaminasi dengan mikroorganisme juga dapat menyebabkan kondisi ini, selain itu gastritis akut juga dapat disebabkan karena penggunaan obat analgetik seperti aspirin termasuk obat anti-inflamasi nonsteroid (*Non Steroid Anti Inflammation Drug/NSAID*). Kebiasaan mengkonsumsi alkohol, kafein, refluk bilier, dan terapi radiasi juga dapat menyebabkan gastritis (Diyono & Mulyanti, 2013). Gastritis akut juga dapat dipicu oleh peningkatan sekresi asam lambung. peningkatan sekresi asam lambung dapat memicu rangsangan serabut aferen nervus vagus yang menuju medulla oblongata melalui kemoreseptor yang banyak mengandung neurotransmitter epinefrin dan serotonin, sehingga lambung teraktivasi oleh rasa mual dan muntah (Puspitasari, 2014).

Dari terjadinya gastritis akut pasien akan mengalami gejala mual, muntah, dan anoreksia sehingga dapat menimbulkan berbagai masalah keperawatan pada pasien, salah satunya yaitu akibat dari kurangnya pengetahuan pasien untuk mengatasi gejalanya sehingga mengakibatkan intake nutrisi tidak adekuat dan menyebabkan pasien mengalami ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (Muttaqin & Sari, 2013).

Pada penderita gastritis rencana asuhan keperawatan yang dapat dilakukan seperti kaji pengetahuan pasien tentang intake nutrisi, mulai memberikan diet dengan makanan kecil dan tingkatkan sesuai dengan toleransi pasien serta catat tanda kekenyamanan gaster, perawat juga dapat memberikan diet nutrisi seimbang (misal makanan semi kental atau makanan halus) atau makanan selang (makanan dihancurkan atau sediaan yang dijual) sesuai indikasi. Peran serta perawat agar keluarga dapat mengenal penyakit gastritis yaitu dengan melakukan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga tentang penyakit gastritis yang meliputi pengertian, penyebab, dan tanda gejala, agar keluarga dapat memutuskan tindakan dalam pengobatan gastritis, serta diet untuk memenuhi nutrisi pasien. Perawat



dapat membantu keluarga dalam melakukan perawatan gastritis (Yektiningsih, 2014). Karena tingginya angka kejadian gastritis diakibatkan oleh pola makan yang tidak teratur dan tidak sesuai, maka petugas kesehatan hendaknya menjelaskan tentang bagaimana jumlah makanan, frekuensi makanan dan jenis makanan yang baik dan tepat bagi penderita gastritis agar pasien dapat merubah perilaku pola makannya menjadi lebih baik sehingga tidak terjadi kekambuhan pada penderita gastritis dan penderita gastritis tidak semakin parah (Wahyu, Supono, & Hidayah, 2015).

Perawat juga dapat memberikan edukasi kepada keluarga terkait dengan diet nutrisi seimbang (misal makanan semi kental atau makanan halus) sesuai indikasi, agar keluarga dapat mengenali penyakit gastritis perawat berperan dalam melakukan pendidikan kesehatan pada keluarga tentang penyakit gastritis yang meliputi pengertian, penyebab, tanda dan gejala, sehingga keluarga dapat memutuskan tindakan dan pengobatan bagi penderita gastritis, serta pemberian diet untuk pemenuhan nutrisi anggota keluarga yang mengalami gastritis.

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 mengenal masalah kesehatan yang ada pada klien gastritis, memutuskan tindakan yang tepat bagi keluarga yang mengalami gastritis, memberikan perawatan kesehatan pada keluarga yang gastritis dengan membatasi diet dan minum obat teratur, memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga dengan gastritis dan menggunakan pelayanan kesehatan yang ada jika ada kekambuhan pada keluarga yang gastritis (Purwanti, 2016).

Pembatasan diet yang dimaksud disini yaitu porsi makan sedikit tapi sering, mengkonsumsi makanan yang halus, tidak mengkonsumsi makanan yang pedas dan mengandung minyak berlebih, tidak mengkonsumsi makanan yang mengandung gas, serta minuman yang mengandung kafein. Selanjutnya yaitu memodifikasi lingkungan keluarga yaitu dengan cara menghindari konflik dalam

keluarga yang mengakibatkan keluarga stress terutama pada anggota keluarga yang mengalami gastritis, karena itu akan memacu kambuhnya penyakit gastritis.

Peran keluarga dalam fungsi pemenuhan kesehatan sangat penting, yaitu meliputi mengenal masalah kesehatan keluarga, sejauh mana keluarga mengenal gastritis akut serta tanda gejala dan penyebabnya. Keluarga mampu membuat keputusan dalam memberikan tindakan yang tepat untuk pengobatan pasien, serta keluarga mampu memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit berupa pemenuhan diet nutrisi bagi pasien dan mempertahankan suasana rumah yang sehat untuk mencegah terjadinya komplikasi, keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat.

Berdasarkan uraian di atas, penulis sangat tertarik untuk mengambil judul “Asuhan Keperawatan Keluarga pada Ny. A dan Tn. M yang Salah Satu Anggota Keluarganya Mengalami Gastritis Akut dengan Masalah Keperawatan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh Di Wilayah Kerja Puskesmas Sukodono Lumajang Tahun 2018”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas maka dapat dirumuskan masalah pada laporan kasus “Bagaimana eksplorasi asuhan keperawatan keluarga pada Ny. A dan Tn. M yang salah satu anggota keluarganya mengalami gastritis akut dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh di wilayah kerja Puskesmas Sukodono Lumajang tahun 2018?”

## **1.3 Tujuan**

Mengeksplorasi asuhan keperawatan keluarga pada Ny. A dan Tn. M yang salah satu anggota keluarganya mengalami gastritis akut dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh di wilayah kerja Puskesmas Sukodono Lumajang tahun 2018.

## 1.4 Manfaat

### 1.4.1 Bagi Peneliti

Meningkatkan pengetahuan peneliti agar dapat memberikan informasi pada keluarga yang menderita gastritis, mengenai gambaran penyakit gastritis serta mengurangi frekuensi kekambuhan dengan menjaga pola makan.

### 1.4.2 Bagi Akademik

Sebagai referensi perpustakaan dan sebagai bahan acuan bagi peneliti selanjutnya di masa yang akan datang khususnya tentang asuhan keperawatan keluarga yang menderita gastritis.

### 1.4.3 Bagi Puskesmas

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai acuan dalam melaksanakan asuhan keperawatan keluarga khususnya pada pasien dengan masalah nutrisi kurang dari kebutuhan pada gastritis akut.

### 1.4.4 Bagi Perawat Puskesmas

Agar dapat mengaplikasikan teori asuhan keperawatan keluarga dalam bekerja di pelayanan kesehatan.

### 1.4.5 Bagi Masyarakat

Diharapkan masyarakat dengan adanya penelitian ini dapat membuka pandangan untuk tidak menganggap remeh penyakit gastritis, sehingga dapat memahami 5 tugas keluarga khususnya pada pasien dengan gastritis.

### 1.4.6 Bagi Pasien dan Keluarga

Pasien dan keluarga mendapatkan informasi dan pengetahuan tentang 5 tugas keluarga dalam mengenal masalah kesehatan gastritis, dan dapat memutuskan tindakan yang tepat bagi penderita gastritis, serta keluarga dapat memodifikasi menu makanan sehari-hari dalam merawat keluarga yang menderita gastritis, serta keluarga dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan.

### 1.4.7 Bagi Penulis Lain

Sebagai informasi bagi pembaca tentang asuhan keperawatan keluarga pada pasien gastritis dan cara perawatan keluarga yang menderita gastritis dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan.

## BAB 2. TINJAUAN TEORI

### 2.1 Konsep Teori

#### 2.1.1 Definisi Gastritis

Gastritis adalah suatu peradangan lokal atau menyebar pada mukosa lambung yang berkembang bila mekanisme protektif mukosa dipenuhi oleh bakteri atau iritan. Gastritis adalah peradangan mukosa lambung yang bersifat akut, kronik, difus dan local yang disebabkan oleh makanan, obat-obatan, zat kimia, stress, dan bakteri (Afrian Nian, 2015).

Gastritis akut adalah suatu inflamasi dinding lambung, yang disebabkan oleh iritasi pada mukosa lambung. Gejala dari gastritis akut dapat berkisar dari asimtomatik sampai nyeri ulu hati ringan bahkan sampai distress lambung yang hebat, muntah, dan perdarahan disertai hematemesis (muntah darah) (Lemone, Burke, & Bauldoff, 2015).

Ketidakeimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yaitu asupan nutrisi tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan metabolik. Seseorang dikatakan mengalami gangguan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh jika BB <20% atau lebih di bawa berat badan ideal. Asupan makanan kurang dari kebutuhan metabolik, baik kalori total maupun zat gizi tertentu (Wilkinson & Ahern, 2011). Untuk memenuhi kebutuhan kalori setiap harinya, normalnya sekitar 2800 kkal/hari untuk laki-laki, dan 1800 kkal/hari untuk perempuan (Longo & Anthony, 2013).

#### 2.1.2 Klasifikasi Gastritis

Menurut Afrian Nian (2015) gastritis menurut jenisnya dibagi menjadi 2, yaitu :

##### a. Gastritis Akut

Gastritis akut adalah inflamasi mukosa lambung yang berlangsung selama beberapa jam sampai beberapa hari yang sering kali disebabkan oleh diet yang tidak bijaksana (memakan makanan yang mengiritasi dan sangat berbumbu atau makanan yang terinfeksi). Penyebab lain mencakup penggunaan aspirin secara berlebih dan penggunaan obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID) lain, asupan

alkohol yang berlebihan, refluks empedu, dan terapi radiasi. Bentuk gastritis akut yang lebih berat disebabkan oleh asam atau alkali yang kuat, yang dapat menyebabkan yang dapat menyebabkan gangren atau perforasi pada mukosa lambung (Suddarth, 2013).

#### b. Gastritis Kronis

Gastritis kronis yaitu inflamasi lambung yang berkepanjangan yang disebabkan baik oleh ulkus lambung jinak maupun ganas, oleh bakteri H.Pylori. Gastritis kronis mungkin diklasifikasikan sebagai Tipe A atau Tipe B. Tipe A ini terjadi pada fundus atau korpus lambung. Tipe B (H.Pylori) mengenai antrum dan pylorus. Mungkin berkaitan dengan bacteria H.Pylori. Faktor diit seperti minuman panas, bumbu penyedap, penggunaan obat, alkohol, merokok, atau refluks isi usus ke dalam lambung (Afrian Nian, 2015).

#### 2.1.3 Etiologi

Gastritis akut biasanya disebabkan karena pola makan yang kurang tepat, baik dalam frekuensi maupun waktu yang tidak teratur selain karena faktor isi dan jenis makanan yang iritatif terhadap mukosa lambung. Makanan yang terkontaminasi dengan mikroorganisme juga dapat menyebabkan kondisi ini. Selain itu, gastritis akut juga sering disebabkan karena penggunaan obat analgetik seperti aspirin termasuk obat anti-inflamasi nonsteroid (*Non Steroid Anti Inflammation Drug/NSAID*), kebiasaan mengkonsumsi alkohol, kafein, refluk bilier, dan terapi radiasi juga dapat menjadi penyebab gastritis (Diyono & Mulyati, 2013).

Sekresi asam lambung juga masih menjadi penyebab timbulnya gastritis, karena sel parietal mengeluarkan asam lambung (HCl) sedangkan sel peptik mengeluarkan pepsinogen yang di ubah mejadi pepsin oleh HCl, dimana pepsin dan HCl adlah faktor agresif, terutama pepsin mileu pH<4 sangat aresif terhadap mukosa lambung. Keduanya merupakan produk utama yang dapat menimbulkan kerusakan mukosa lambung sehingga disebut penyebab endogen (Aru W. Sudoyo, 2006:340-341) dalam (Murjayanah H., 2011).

Penyebab yang paling umum gastritis akut adalah infeksi patogen yang meliputi *Helicobacter pylori*, *Escherichia coli*, *Proteus*, *Haemophilus*,



*Streptokokus*, dan *Stafilokokus*. Infeksi bakteri lambung memang jarang menjadi penyebab utama tetapi dapat mengancam kehidupan. Lapisan mukosa lambung yang normalnya melindunginya dari asam lambung, sementara asam lambung melindungi lambung dari infeksi. Jika asam lambung tersebut mengalami nekrosis maka terjadilah infeksi, sehingga terdapat luka pada mukosa (Susila, Ganiajri, Puji Lestari, & Wulan Arum Sari, 2014).

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. Selanjutnya zat makanan, termasuk terlalu banyak minum teh, kopi, mustard, paprika, cengkeh, juga dapat mempercepat gastritis. Makanan yang tekstur kasar atau yang dimakan pada suhu yang sangat tinggi dapat juga merusak mukosa lambung. Menelan zat korosif seperti alkali atau pembersih saluran juga menyebabkan gastritis akut dengan merusak/menghilangkan lapisan mukosa (Susila, Ganiajri, Puji Lestari, & Wulan Arum Sari, 2014).

Menurut Afrian Nian (2015) gastritis juga dapat disebabkan karena beberapa hal sebagai berikut :

- a. Pemakaian obat penghilang nyeri yang terus menerus.

Obat analgesic anti inflamasi nonsteroid (AINS) seperti aspirin, ibuprofen dan naproxen dapat menyebabkan peradangan pada lambung dengan cara mengurangi prostaglandin yang bertugas melindungi lambung.

- b. Penggunaan alkohol secara berlebihan.

Alkohol dapat mengiritasi dan mengikis mukosa pada dinding lambung dan membuat dinding lambung lebih rentan terhadap asam lambung walaupun pada kondisi normal.

- c. Radiasi dan kemoterapi.

Perawatan terhadap kanker seperti kemoterapi dan radiasi dapat mengakibatkan peradangan pada dinding lambung yang selanjutnya dapat berkembang menjadi gastritis dan ulkus peptic. Ketika tubuh terkena sejumlah kecil radiasi, kerusakan yang terjadi biasanya sementara, tapi dalam dosis besar akan mengakibatkan kerusakan tersebut menjadi permanen dan dapat

mengikis dinding lambung serta merusak kelenjar-kelenjar pembentuk asam lambung.

d. Penyakit bile refluks

Bile (empedu) adalah cairan yang membantu mencerna lemak-lemak dalam tubuh. Cairan ini diproduksi oleh hati. Ketika dilepaskan, empedu akan melewati serangkaian saluran kecil dan menuju ke usus kecil. Dalam kondisi normal, sebuah otot spincter yang berbentuk seperti cincin akan mencegah empedu mengalir balik ke lambung. Tapi jika katup ini tidak bekerja dengan benar, maka empedu akan masuk ke dalam lambung dan mengakibatkan peradangan pada lambung dan gastritis. (Afrian Nian, 2015).

#### 2.1.4 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 (kehilangan nafsu makan), atau nyeri epigastrium ringan yang diredakan dengan sendawa atau defekasi. Manifestasi yang lebih berat meliputi nyeri abdomen, mual, dan muntah. Perdarahan lambung dapat terjadi disertai hematesis atau melena (feses gelap yang mengandung darah) (Lemone, Burke, & Bauldoff, 2015).

Keluhan-keluhan yang disampaikan oleh penderita 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, atau tetap bertambah jika setelah makan. Selain nyeri ulu hati, penderita gastritis mengeluh rasa penuh di perut bagian atas terutama sesudah makan, cepat kenyang, kembung, bersendawa, mual, muntah, rasa asam di mulut (Murjayanah H. , 2011). Kadang kala perdarahan gastrointestinal satu-satunya manifestasi, ketika makanan yang terkontaminasi penyebab gastritis, maka biasanya diare terjadi dalam 5 jam setelah mengonsumsi zat tersebut (Susila, Ganiajri, Puji Lestari, & Wulan Arum Sari, 2014).

### 2.1.5 Patofisiologi

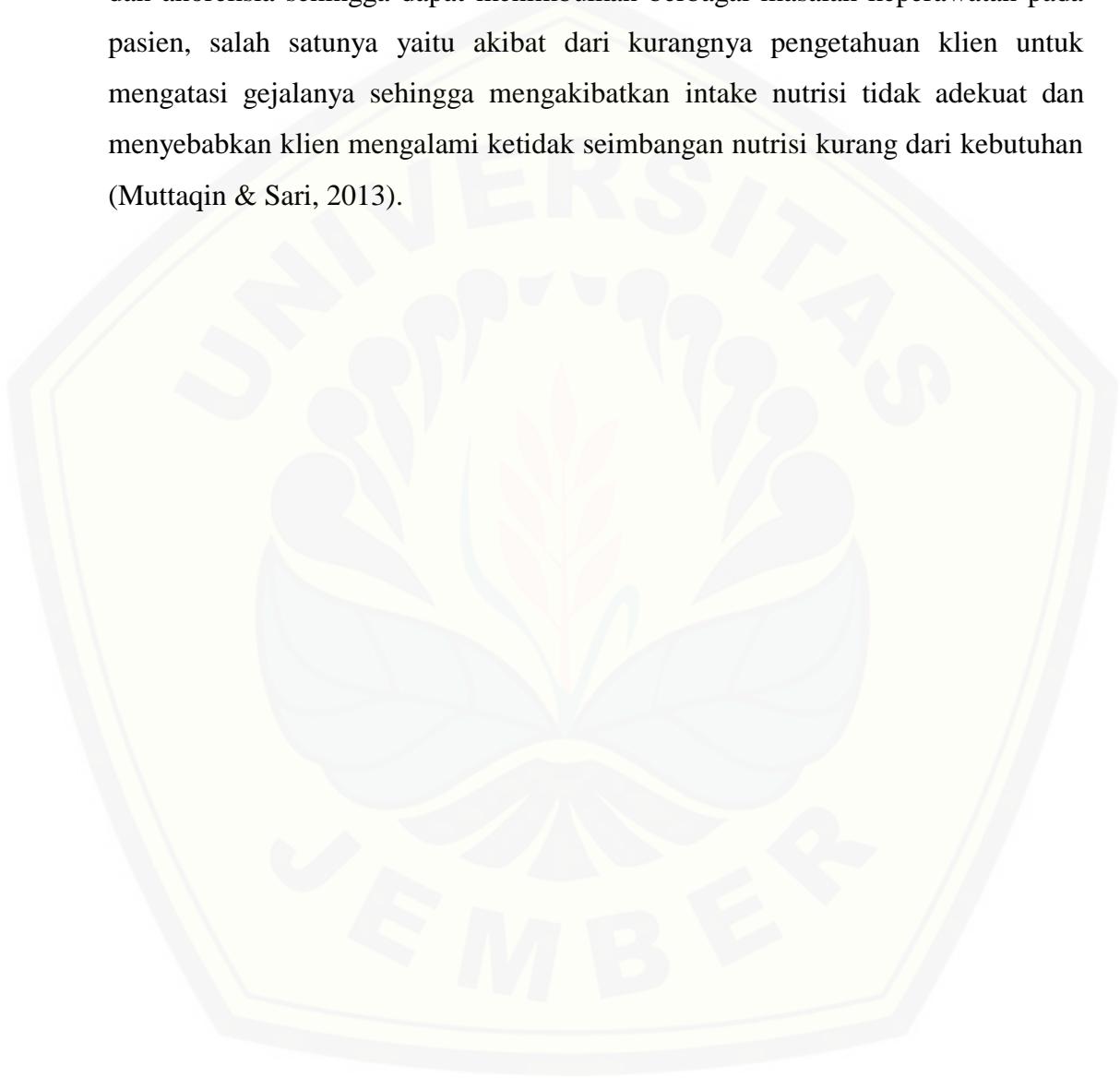
Secara patofisiologi, ada beberapa faktor yang dapat merusak mukosa lambung, meliputi kerusakan mukosal barrier yang menyebabkan difusi balik ion  $H^+$  meningkat, perfusi mukosa lambung terganggu, dan jumlah asam lambung yang tinggi. Faktor-faktor tersebut biasanya tidak berdiri sendiri, contohnya stress fisik akan menyebabkan perfusi mukosa lambung terganggu sehingga timbul daerah-daerah infark kecil, selain itu sekresi asam lambung juga terpacu. Infeksi bakteri merupakan penyebab lain yang dapat meningkatkan peradangan mukosa lambung. *Helicobacter pylori* merupakan bakteri utama yang paling sering menyebabkan gastritis akut. Beberapa studi dipercaya bahwa transmisi bakteri *H.pylori* dari individu ke individu lain dapat terjadi melalui rute oral-fekal, selain itu dapat juga karena mengonsumsi air dan makanan yang terkontaminasi.

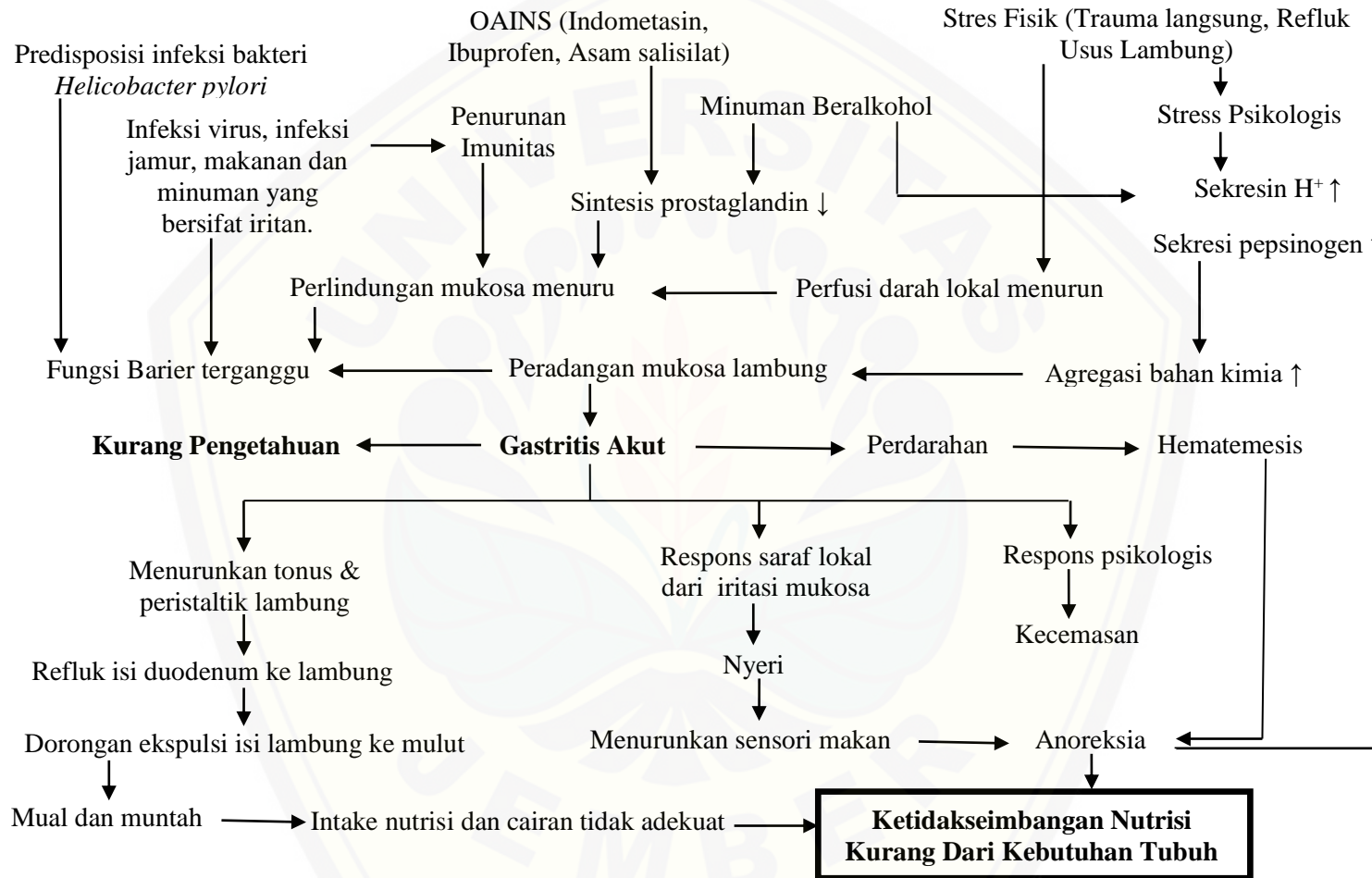
Infeksi yang diakibatkan oleh bakteri *H.pylori* bersifat asimtomatik, bakteri yang masuk akan memproteksi dirinya dengan lapisan mukus. Proteksi lapisan ini akan menutupi mukosa lambung dan melindungi dari asam lambung. Penetrasi atau daya tembus bakteri ke lapisan mukosa menyebabkan terjadinya kontak dengan sel-sel epitel lambung dan terjadi perlengketan sehingga terjadi respons peradangan. Jika lapisan lambung tersebut ditembus dengan inflamasi dan nekrosis, maka terjadilah infeksi, sehingga terdapat luka pada mukosa. Ketika asam lambung mengenai mukosa lambung akan terjadi kerusakan berupa gastritis akut (Muttaqin & Sari, 2013).

Gastritis akut juga dapat dipicu oleh peningkatan sekresi asam lambung. Ion  $H^+$  yang merupakan susunan utama asam lambung diproduksi oleh sel parietal lambung dengan bantuan enzim  $Na^+$  dan  $K^+$ . Peningkatan sekresi lambung dapat dipicu oleh peningkatan rangsangan persarafan, misalnya dalam kondisi cemas, stress, marah melalui serabut parasimpatik vagus akan terjadi peningkatan *transmitter asetilkolin, histamine, gastrin releasing peptide* yang dapat meningkatkan sekresi asam lambung. Peningkatan ion  $H^+$  yang tidak diikuti peningkatan penawarnya seperti *prostaglandin,  $HCO_3^+$* , mukus akan menjadikan lapisan mukosa lambung tergerus terjadi reaksi inflamasi. Peningkatan sekresi asam lambung dapat memicu rangsangan serabut aferen nervus vagus yang

menuju *medulla oblongata* melalui kemoreseptor yang banyak mengandung *neurotransmitter epinefrin* dan serotonin, sehingga lambung teraktivasi oleh rasa mual dan muntah (Puspitasari, 2014).

Dari terjadinya gastritis akut pasien akan mengalami gejala mual, muntah, dan anoreksia sehingga dapat menimbulkan berbagai masalah keperawatan pada pasien, salah satunya yaitu akibat dari kurangnya pengetahuan klien untuk mengatasi gejalanya sehingga mengakibatkan intake nutrisi tidak adekuat dan menyebabkan klien mengalami ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan (Muttaqin & Sari, 2013).





2.1 Bagan Pathway Gastritis (Muttaqin & Sari, 2013)



#### 2.1.6 Komplikasi

- a. Perdarahan saluran cerna bagian atas, yang merupakan kedaruratan medis, terkadang perdarahan yang terjadi cukup banyak sehingga dapat menyebabkan kematian.
- b. Ulkus, jika prosesnya hebat.
- c. Gangguan cairan dan elektrolit pada kondisi muntah hebat.

(Muttaqin & Sari, 2013).

Menurut (Hutapae, 2015) komplikasi lain yang dapat terjadi pada pasien gastritis yaitu gangguan penyerapan vitamin B12. Akibat kurangnya penyerapan vitamin B12 ini menyebabkan timbulnya anemia, gangguan penyerapan zat besi, serta gangguan penyerapan nutrisi, sehingga kondisi pasien lemas.

#### 2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

- a. Pemeriksaan Darah

Tes ini digunakan untuk memeriksa adanya antibodi *H.Pylori* 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 (Afrian Nian, 2015).

- b. Endoskopi Saluran Cerna Bagian Atas

Dengan tes ini dapat terlihat adanya ketidaknormalan 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 atas usus kecil. Tenggorokan akan terlebih dulu di anastesi (mati rasa) sebelum endoskop di masukkan untuk memastikan pasien merasa nyaman menjalani tes ini. Jika ada jaringan di dalam saluran cerna yang terlihat mencurigakan, dokter akan mengambil sedikit sampel (biopsy) dari jaringan tersebut. Sampel itu kemudian dibawa ke laboratorium untuk diperiksa lagi. Tes ini memakan waktu kurang lebih 20 sampai 30 menit. Pasien tidak boleh pulang hingga efek dari anastesi menghilang, kurang lebih satu atau dua jam. Hampir tidak ada resiko dari tes

ini. komplikasi yang sering terjadi adalah rasa tidak nyaman pada tenggorokan akibat menelan endoskop (Afrian Nian, 2015).

c. Rontgen Sauran Cerna Bagian Atas

Tes ini akan terlihat adanya tanda-tanda gastritis atau penyakit pencernaan lainnya. Biasanya akan diminta menelan cairan barium terlebih dahulu sebelum dilakukan rontgen. Cairan ini akan melapisi saluran cerna dan akan terlihat lebih jelas ketika di rontgen (Afrian Nian, 2015).

Menurut Suratun dan Lusianah (2010) pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan sebagai berikut :

- 1) Darah lengkap bertujuan untuk mengetahui adanya anemia.
- 2) Pemeriksaan serum B<sub>12</sub>, bertujuan untuk mengetahui adanya defisiensi B<sub>12</sub>.
- 3) Analisa feses, bertujuan untuk mengetahui adanya melena (darah dalam feses).
- 4) Analisis gaster, bertujuan untuk mengetahui kandungan HCI lambung. Achlorhidria menunjukkan adanya gastritis atrofi.
- 5) Test antibody serum, bertujuan untuk mengetahui adanya antibodi sel sel parietal dan faktor intrinsik lambung terhadap *Helicobacter Pylori*.
- 6) Endoscopy, biopsy dan pemeriksaan urin biasanya dilakukan bila ada kecurigaan berkembangnya ulkus peptikum.
- 7) Sitologi bertujuan untuk mengetahui adanya keganasan sel lambung.

(Suratun & Lusianah., 2010).

#### 2.1.8 Penatalaksanaan Medis

Dalam 1-3 hari pada umumnya lambung dapat memperbaiki mukosa yang rusa secara mandiri. Tindakan keperawatan untuk mendukung proses ini adalah dengan menghentikan asupan makanan iritataif seperti rokok, alkohol, kopi, dan sejenisnya. Bila ada perdarahan maka sebaiknya pasien dipuasakan. Obat-obat untuk menetralkan lambung seperti alumunium hidroksida atau antacid dibutuhkan bila penyebab gastritis sangat iritatif. Terapi suportif seperti pemasangan Naso Gastric Tube (NGT) analgetik sedatif, antacid dan terapi intravena perlu dilakukan bila ada indikasi terjadi kondisi yang lebih buruk seperti dehidrasi, perdarahan hebat, dan syok (Diyono & Mulyati, 2013).

Menurut Wehbi (2008) dalam Arif Muttaqin dan Kumala Sari (2013) apabila keluhan tetap tidak hilang dengan menghindari agen penyebab maka tindakan yang dapat dilakukan adalah dengan terapi farmakologis, meliputi terapi cairan dan terapi obat, sebagai berikut :

- a. Terapi cairan, hal ini diberikan pada fase akut untuk hidrasi pascamuntah yang berlebihan.
- b. Terapi obat. Prinsip pemberian terapi obat adalah sebagai berikut :

- 1) Tidak ada obat spesifik untuk menyembuhkan kecuali pada infeksi *H.Pylori*.

- 2) Pemberian obat farmakologis disesuaikan dengan kondisi dan toleransi pasien.

- 3) Obat-obat farmakologis, antara lain :

- a) Antasida.

Digunakan untuk profilaksis secara umum. Antasida mengandung aluminium dan magnesium yang dapat membantu penurunan keluhan gastritis dengan menetralkan asam lambung.

- b) Penghambat H<sub>2</sub>.

Agen ini mempunyai mekanisme sebagai penghambat reseptor histamine. Histamine mempunyai peran penting dalam sekresi asam lambung. Penghambat H<sub>2</sub> secara efektif akan menekan pengeluaran asam lambung dan stimulasi pengeluaran asam oleh makanan dari sistem saraf. Beberapa obat dari agen ini meliputi Cimetidin, Ranitidine, Famotidin, dan Nizatidin. Cimetidin sangat efektif bila diberikan melalui intravena, sedangkan Ranitidine lebih efektif bila digunakan peroral pada saat perut kosong dengan efek menurunkan sekresi produksi asam.

- c) Penghambat pompa proton.

Agen ini menghambat pompa proton seperti enzim, H<sup>+</sup> K<sup>+</sup> yang berlokasi didalam sekretori membran apikal dari sel-sel sekresi asam lambung (sel parietal). Agen ini mempunyai kemampuan menghambat produksi asam dengan durasi panjang. Jenis agen ini di antaranya adalah Omeprazole.

- d) Antibiotik.

Agan ini digunakan pada gastritis dengan infeksi bakteri seperti *H.Pylori*. Beberapa agen biotik yang dianjurkan adalah Amoksisilin oral, Tetrasiklin oral, atau Metronidazole oral.

(Muttaqin & Sari, 2013).

c. Terapi Nonfarmakologis

Pengobatan untuk pasien gastritis perawat bisa memberikan edukasi pendidikan kesehatan untuk pasien dan keluarga, serta untuk pencegahan kekambuhan dirumah sebagai berikut :

- 1) Usahakan dapat beristirahat cukup.
- 2) Hindari stress, dan usahakan untuk menghilangkan ketegangan ataupun kecemasan.
- 3) Diet makan yang sesuai, jangan minum alkohol, dan hentikan kebiasaan merokok.

(Murjayanah H., 2011).

2.1.9 Pencegahan Gastritis

Pencegahan penyakit gastritis harus dilakukan dengan memperhatikan diet makanan yang sesuai. Pemberian diet pada penderita gastritis bertujuan untuk menghilangkan gejala, dan menetralsir asam lambung, serta memperbaiki kebiasaan makan pasien. Adapun petunjuk untuk pemberian diet pada penderita gastritis antara lain :

a. Syarat Diet Penyakit Gastritis

Makanan yang disajikan harus mudah dicerna dan tidak marangsang asam lambung serta tetap dapat memenuhi kebutuhan energi dan zat gizi. Jumlah energipun harus sesuai dengan kebutuhan penderita. Sebaiknya asupan protein harus cukup tinggi ( $\pm 20-25\%$  dari total jumlah energi yang biasa diberikan), sedangkan lemak perlu dibatasi. Protein berperan dalam menetralsir asam lambung, lemak yang berlebih dapat menimbulkan rasa mual, rasa tidak enak di uluhati, dan muntah karena tekanan di dalam lambung meningkat. Mengonsumsi jenis makanan yang mengandung asam lemak tak jenuh secara cukup merupakan pilihan tepat, sebab lemak jenis ini lebih mudah dicerna. Porsi makan yang diberikan dalam porsi kecil, tetapi sering (Murjayanah H. , 2011).

b. Jenis dan Bentuk Makanan

Sebaiknya penderita gastritis menghindari makanan yang bersifat merangsang, diantaranya adalah makanan berserat dan penghasil gas maupun mengandung banyak bumbu dan rempah. Selain itu, penderita juga harus menghindari alkohol, kopi. Selain itu perlu memperhatikan teknik memasaknya, direbus, dikukus atau dipanggang adalah teknik memasak yang dianjurkan. Dalam pemberian diet pada pasien gastritis dikenal 4 jenis diet. Diet ini disesuaikan dengan berat ringan penyakit, sebagai berikut :

1) Diet lambung 1

Diberikan pada penderita penyakit gastritis berat yang disertai pendarahan. Jenis makanan yang diberikan meliputi susu dan bubur yang diberikan setiap 3 jam sekali.

2) Diet lambung 2

Diberikan untuk penderita penyakit gastritis akut yang sudah dalam perawatan. Makanan yang diberikan berupa makanan saring/cincang. Pemberian tiap 3 jam sekali.

3) Diet lambung 3

Menu untuk penderita gastritis yang tidak begitu berat/tukak lambung ringan. Bentuk makanan harus lunak dan diberikan tiap 6 kali sehari.

4) Diet lambung 4

Menu diet ini diberikan pada penderita penyakit gastritis ringan. Makanan dapat berbentuk lunak atau biasa (tergantung toleransi penderita).

(Murjayanah H. , 2011).

2.1.10 Pola Makan Penderita Gastritis

Pola makan yang baik dan teratur merupakan salah satu dari tindakan preventif dalam pencegahan kekambuhan gastritis. Penyembuhan gastritis membutuhkan pengaturan makanan sebagai upaya untuk memperbaiki kondisi pencernaan yaitu dengan berpuasa. Berpuasa disini adalah mengajarkan pasien untuk disiplin makan. Karena sejatinya penyebab gastritis adalah faktor psikis yang menyebabkan bertambahnya produksi asam lambung. Jadi dengan puasa, lambung akan terkondisikan dengan tidak mengeluarkan asam lambung. Bukan hanya itu dengan berpuasa makan lambung akan terbiasa dengan jam jam tertentu,



kanan lambung akan mengeluarkan asam lambung sehingga pengeluaran asam lambung akan terkontrol dengan baik. Untuk itu, maka hal-hal yang harus dilakukan adalah :

- a. Buat jadwal makan layaknya orang berpuasa, makanlah sesuai dengan jadwal yang telah dibuat
- b. Lakukan prosedur ini dengan tepat waktu dan jangan menunda jika jam makan sudah tiba
- c. Makanan tetaplah terkontrol dalam arti jangan memakan makanan yang tidak dianjurkan untuk pasien gastritis (Yuni, renowati 2010 dalam (Ulfah, 2016)).

#### 2.1.11 Jenis Makanan yang Dianjurkan

Untuk pasien gastritis makanan yang dikonsumsi harus mengandung cukup kalori dan protein (TKTP) namun tidak mengandung lemak/minyak, khususnya yang jenuh harus dikurangi. Makanan harus mudah dicerna, makanan tidak boleh mengandung bahan yang merangsang, menimbulkan gas, bersifat asam, dan yang bersifat melekat. Sebaiknya asupan protein harus cukup tinggi (sekitar 20-25% dari total jumlah energi yang biasa diberikan), protein berperan dalam menetralkan asam lambung. Sedangkan lemak perlu dibatasi, bila terpaksa menggunakan lemak, pilih jenis lemak yang tak jenuh.

Makanan yang diberikan pada pasien gastritis harus lunak dan mudah dicerna, serta sumber hidrat arang (nasi atau penggantinya) beras, seperti bubur atau tim, kentang direbus, biskuit, roti, dan bahan tepung yang dibuat bubur atau pudding. Sumber protein hewani (daging atau penggantinya) seperti ikan, hati, daging sapi empuk, daging ayam digiling atau dicincang dan direbus, ditim atau dipanggang, telur ayam direbus. Sumber protein nabati seperti tahu tempe direbus, ditim atau ditumis, kacang hijau direbus atau dihaluskan. Sayur-sayuran yang tidak banyak bahan serat dan tidak menimbulkan gas, misalnya : bayam, labu siam, wortel, tomat direbus atau ditumis. Buah-buahan pepaya, pisang rebus, sawo, dan sari buah (Ulfah, 2016).

### 2.1.12 Masalah Nutrisi

Nutrisi adalah ikatan kimia yang diperlukan tubuh untuk melakukan fungsinya, yaitu menghasilkan energi, membangun dan memelihara jaringan serta mengatur proses-proses kehidupan (Irianto, 2014).

Keadaan nutrisi merupakan akibat dari keseimbangan antara konsumsi dan penyerapan zat gizi dan penggunaan zat-zat gizi tersebut, atau keadaan fisiologis akibat dari tersedianya zat gizi dalam seluler tubuh. Status gizi merupakan ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu, atau perwujudan dari nutrisi dalam bentuk variabel tertentu. Status gizi merupakan hasil akhir dari keseimbangan antara makanan yang masuk ke dalam tubuh (*nutrient input*) dengan kebutuhan tubuh (*nutrient output*) akan zat nutrisi tersebut (Supariasa, Bakri, & Fajar, 2016).

Masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh merupakan asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik yang ditandai dengan berat badan menurun 20% atau lebih di bawah rentang berat badan ideal, penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat, membrane mukosa pucat, serta terasa cepat kenyang, yang dapat disebabkan oleh beberapa faktor meliputi faktor ekonomi, faktor biologis, dan dapat pula disebabkan karena ketidakmampuan mencerna makanan, kurangnya asupan makanan, serta ketidakmampuan tubuh menyerap nutrien (Herdman & Kamitsuru, 2015).

Jumlah nutrien esensial yang diperlukan berbeda sesuai dengan usia dan status fisiologik. Agar berat badan tetap stabil maka asupan energi harus setara dengan pengeluaran energi. Komponen utama pengeluaran energi adalah *Resting Energy Expenditure* (REE, pengeluaran energi saat tidur). Asupan energi rerata adalah sekitar 2800 kkal/hari untuk laki-laki dan 1800 kkal untuk perempuan, meskipun ini bervariasi sesuai dengan ukuran tubuh dan tingkat aktivitas. Rumus untuk perkiraan REE yaitu  $REE=900+10 \times BB/kg$  pada laki-laki dan  $REE= 700 + 7 \times BB/kg$  untuk perempuan.

## 2.1.13 Tabel Pemenuhan Nutrisi

Menurut (Longo & Anthony, 2013) berikut adalah pemenuhan energi yang dibutuhkan dalam sehari-hari, yaitu:

Tabel 2.1

No	Pemenuhan	Kebutuhan
1	Protein	0,6 g/kgBB/hari
2	Karbohidrat	55% kal
3	Lemak	10% kla
4	Glukosa	150g/hari
5	Mineral	1,0-1,5 mL/kkal/hari
6	Energi	1800-2800 kkal/hari

Tabel 2.2

Porsi Standar	Bawah: 1600 kkal	Sedang: 2200 kkal	Tinggi: 2800 kkal
Buah, mangkuk	1,5	2	2,5
Sayuran, mangkuk	2	3	3,5
Padi-padian (1 potong roti, 1 cangkir sereal, 0,5 nasi, sereal matang)	5	7	10
Daging dan kacang-kacangan (1 oz daging tanpa lemak, ayam, atau ikan; 1 telur, 1 sdm selai kacang)	5	6	7
Susu, cangkir (1 cangkir susu atau yogurt, 1,5 oz keju olahan atau 2 oz keju alami)	3	3	3
Minyak, sendok teh	5	6	8
Asupan kalori bebas, kkal (kalori tersisa setelah menghitung semua di atas)	132	290	426

## 2.2 Konsep Keluarga

### 2.2.1 Pengertian Keluarga

Menurut Friedman (1998) dalam (Achjar, 2010) keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari individu-individu yang ada di dalamnya terlihat dari pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama.

Spradley dan Allender (2001) mengemukakan bahwa keluarga adalah satu atau lebih individu yang tinggal bersama, sehingga mempunyai ikatan emosional, dan mengembangkan dalam interelasi sosial, peran dan tugas (Susanto, 2012).

### 2.2.2 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 (2011) mengidentifikasi lima fungsi dasar keluarga, yakni:

#### a. 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.

Komponen yang perlu dipenuhi oleh keluarga untuk memenuhi fungsi afektif adalah:

- 1) Saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, saling menerima dan mendukung. Setiap anggota keluarga yang mendapat kasih sayang dan dukungan, maka kemampuannya untuk memberi 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) Saling menghargai, dengan mempertahankan iklim yang positif dimana setiap anggota keluarga baik orang tua maupun anak diakui dan dihargai keberadaan dan haknya.
- 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, kenakalan anak atau masalah keluarga lainnya timbul akibat fungsi afektif keluarga yang tidak terpenuhi.

#### b. Fungsi sosialisasi

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.

#### c. 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*).



d. 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. Perawat berkontribusi untuk mencari sumber-sumber di masyarakat yang dapat digunakan keluarga meningkatkan status kesehatan mereka

e. 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.

### 2.2.3 Ciri-ciri Keluarga

- a. Keluarga merupakan hubungan perkawinan
- b. Keluarga berbentuk suatu kelembagaan yang berkaitan dengan hubungan perkawinan yang sengaja dibentuk atau dipelihara
- c. Keluarga mempunyai suatu sistem tata nama (*nomenclatur*), termasuk perhitungan garis keturunan
- d. Keluarga mempunyai fungsi ekonomi yang dibentuk oleh anggota-anggotanya berkaitan dengan kemampuan untuk mempunyai keturunan dan membesarkan anak
- e. Keluarga mempunyai tempat tinggal bersama, rumah, atau rumah tangga

(Padila, 2011).

### 2.2.4 Tugas Keluarga

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

- a. Mengenal masalah kesehatan keluarga
- b. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat
- c. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit

- d. Mempertahankan suasana rumah yang sehat
- e. Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat  
(Gusti, 2013).

#### 2.2.5 Tahap Perkembangan Keluarga

##### a. Tahap keluarga pemula (beginning family)

Keluarga baru/pasangan yang belum memiliki anak. Tugas perkembangan keluarga:

- 1) Membangun perwakinan yang saling memuaskan
- 2) Menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis
- 3) Keluarga berencana (keputusan tentang kedudukan sebagai orang tua)
- 4) Menetapkan tujuan bersama
- 5) Persiapan menjadi orang tua
- 6) Memahami prenatal care (pengertian kehamilan, persalinan dan menjadi orang tua).

##### b. Tahap keluarga sedang mengasuh anak (Child bearing)

Keluarga dengan anak pertama berusia kurang dari 30 bulan. Tugas perkembangan keluarga tahap ini adalah:

- 1) Membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap (integrasi bayi dan keluarga)
- 2) Rekonsiliasi tugas-tugas perkembangan yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga
- 3) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan
- 4) Memperluas persahabatan keluarga besar dengan menambah peran orangtua, kakek dan nenek
- 5) Bimbingan orang tua tentang pertumbuhan dan perkembangan anak
- 6) Konseling KB post partum 6 minggu
- 7) Menata ruang untuk anak
- 8) Menyiapkan biaya *Child bearing*
- 9) Memfasilitasi *role learning* anggota keluarga
- 10) Mengadakan kebiasaan keagamaan secara rutin.

c. Tahap keluarga dengan anak usia prasekolah

Keluarga dengan anak pertama berusia 30 bulan-6 tahun. Tugas perkembangan keluarga:

- 1) Pemenuhan kebutuhan anggota keluarga seperti rumah, ruang bermain, privasi dan keamanan
- 2) Mensosialisasi anak
- 3) Mengintegrasikan anak yang baru dan memenuhi kebutuhan anak yang lain
- 4) Mempertahankan hubungan yang sehat (hubungan perkawinan dan hubungan orang tua-anak) serta hubungan di luar keluarga (keluarga besar dan komunitas)
- 5) Pembagian waktu, individu, pasangan dan anak
- 6) Pembagian tanggung jawab
- 7) Merencanakan kegiatan dan waktu stimulasi tumbuh dan kembang anak.

d. Tahap keluarga dengan anak usia sekolah

Keluarga dengan anak pertama berusia 6-13 tahun. Tugas perkembangan keluarga:

- 1) Mensosialisasikan anak-anak, termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sehat
- 2) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan
- 3) Memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga
- 4) Mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual
- 5) Menyediakan aktivitas untuk anak.

e. Tahap keluarga dengan anak remaja

Keluarga dengan anak pertama berusia 13-20 tahun. Tugas perkembangan keluarga:

- 1) Memberikan keseimbangan antara kebebasan dan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri.
- 2) Memfokuskan kembali hubungan intim perkawinan .
- 3) Berkomunikasi secara terbuka antara orangtua dan anak-anak
- 4) Mempersiapkan perubahan untuk memenuhi kebutuhan tumbuh dan kembang anggota keluarga

f. Tahap keluarga dengan anak dewasa

Keluarga dengan anak pertama meninggalkan rumah. Tugas perkembangan keluarga:

- 1) Memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru dari perkawinan anak-anaknya
- 2) Melanjutkan dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan
- 3) Membantu orangtua lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami atau istri
- 4) Membantu anak untuk mandiri sebagai keluarga baru di masyarakat
- 5) Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya
- 6) Menciptakan lingkungan rumah yang dapat menjadi contoh bagi anak-anaknya.

g. Tahap keluarga usia pertengahan (middle age family)

Tugas perkembangan keluarga:

- 1) Menyediakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan
- 2) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para orangtua (lansia) dan anak-anak
- 3) Memperkokoh hubungan perkawinan
- 4) Persiapan masa tua/pension

h. Tahap keluarga lanjut usia

Tugas perkembangan keluarga:

- 1) Penyesuaian tahap masa pensiun dengan cara merubah cara hidup
- 2) Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan
- 3) Menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun
- 4) Mempertahankan hubungan perkawinan
- 5) Menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan
- 6) Mempertahankan ikatan keluarga antar generasi
- 7) Melakukan *life review* masa lalu (Padila, 2011)

### 2.2.6 Tingkat Kemandirian Kelarga

Keberhasilan asuhan keperawatan keluarga yang dilakukan perawat keluarga, dapat dinilai dari seberapa tingkat kemandirian keluarga dengan mengetahui criteria atau cirri-ciri yang menjadi ketentuan tingkat mulai dari

tingkat kemandirian I sampai tingkat kemandirian IV, menurut Dep-Kes (2006) sebagai berikut:

**Tabel 2.3** Penilaian Peningkatan Kemandirian Keluarga

No	Kriteria	Tingkat Kemandirian			
		1	2	3	4
1	Menerima petugas perawat kesehatan masyarakat	✓	✓	✓	✓
2	Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana yang diberikan	✓	✓	✓	✓
3	Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar		✓	✓	✓
4	Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai yang dianjurkan		✓	✓	✓
5	Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif		✓	✓	✓
6	Melaksanakan tindakan pencegahan sesuai anjuran			✓	✓
7	Melakukan tindakan promotif secara aktif				✓

(Achjar, 2010).

## 2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

### 2.3.1 Pengkajian

#### a. Data Umum:

##### 1) Identitas Kepala Keluarga

Nama atau inisial kepala keluarga, umur, alamat, dan telepon jika ada, pekerjaan dan pendidikan kepala keluarga, komposisi keluarga yang terdiri atas nama atau inisial, jenis kelamin, umur, hubungan dengan kepala keluarga, agama, pendidikan, status imunisasi, dan genogram dalam tiga generasi.

Menurut Hartini, Utomo & Jumaini (2014) dimana jenis kelamin terbanyak menderita gastritis adalah perempuan, jenis kelamin memiliki hubungan dengan persepsi gangguan lambung dimana perempuan 3 kali lebih beresiko mengalami gangguan lambung dibandingkan pria, hal ini bisa dikarenakan laki-laki lebih toleran terhadap rasa sakit dan gejala gastritis dari pada perempuan, selain itu juga karena hormone perempuan lebih reaktif dari laki-laki. Pada teori Suryono & Meilani (2016) faktor internal yang melatar belakangi terjadinya gastritis seperti pekerjaan, pendidikan, usia, dan sumber informasi, sedangkan faktor eksternal yaitu lingkungan dan budaya.



Pengetahuan dipengaruhi oleh tingkat pendidikan. Pendidikan dapat mempengaruhi cara pandang seseorang terhadap informasi yang diterimanya, dengan sebagian berpendidikan rendah akan mempengaruhi kemampuan dalam menerima informasi.

2) Tipe Keluarga

Menjelaskan jenis tipe keluarga (tipe keluarga tradisional atau tipe keluarga non tradisional)

3) Suku Bangsa

Mengkaji asal suku bangsa keluarga serta mengidentifikasi budaya suku bangsa atau kebiasaan-kebiasaan terkait dengan kesehatan.

4) Agama

Mengkaji agama dan kepercayaan yang dianut oleh keluarga yang dapat mempengaruhi kesehatan.

5) Status Sosial Ekonomi Keluarga

Status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan seluruh anggota keluarga baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga yang lainnya. Selain itu sosial ekonomi keluarga ditentukan pula oleh kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga.

Status sosial ekonomi keluarga juga berpengaruh terhadap pengobatan gastritis. Menurut teori (Suryono & Meilani, 2016) bahwa pendapatan keluarga merupakan salah satu indikator kesejahteraan keluarga yang berimplikasi terhadap kemampuan pemenuhan kebutuhan pangan dan non pangan anggota keluarga. Keluarga dengan pendapatan terbatas, besar kemungkinan kurang dapat memenuhi kebutuhan makanannya sesuai yang diperlukan tubuh.

6) Aktivitas Rekreasi

Rekreasi keluarga tidak hanya dilihat kapan keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi, tetapi juga penggunaan waktu luang atau senggang keluarga (Gusti, 2013).

b. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

1) Tahap Perkembangan Keluarga Saat Ini

Menurut Duvall, tahap perkembangan keluarga ditentukan dengan anak tertua dari keluarga inti dan mengkaji sejauh mana keluarga melaksanakan tugas tahap perkembangan keluarga.

2) Tahap Perkembangan Keluarga yang Belum Terpenuhi

Menjelaskan bagaimana tugas perkembangan yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendalanya.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga Inti

Menjelaskan riwayat kesehatan masing-masing anggota pada keluarga inti, upaya pencegahan dan pengobatan pada anggota keluarga yang sakit, serta pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga Sebelumnya

Menjelaskan kesehatan keluarga asal kedua orang tua (Gusti, 2013).

c. Data Lingkungan

1) Karakteristik dan Denah Rumah

Menjelaskan gambaran tipe rumah, luas bangunan, pembagian dan pemanfaatan ruang, ventilasi, kondisi rumah, tata perabotan, kebersihan dan sanitasi lingkungan, ada atau tidak sarana air bersih dan sistem pembuangan limbah.

2) Karakteristik Tetangga dan Komunitasnya

Menjelaskan tipe dan kondisi lingkungan tempat tinggal, nilai dan norma atau aturan penduduk setempat serta budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan.

3) Mobilitas keluarga

Ditentukan dengan apakah keluarga hidup menetap dalam satu tempat atau mempunyai kebiasaan berpindah-pindah tempat tinggal

4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Menjelaskan waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul atau berinteraksi dengan masyarakat lingkungan tempat tinggal

5) Sistem pendukung keluarga

Sumber dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan masyarakat setempat serta jaminan pemeliharaan kesehatan yang dimiliki keluarga untuk meningkatkan upaya kesehatan (Gusti, 2013).

d. Struktur Keluarga

1) Pola Komunikasi Keluarga

Menjelaskan cara berkomunikasi antar anggota keluarga menggunakan sistem tertutup atau terbuka, kualitas dan frekuensi komunikasi yang berlangsung serta isi pesan yang disampaikan.

2) Struktur kekuatan keluarga

Mengkaji model kekuatan atau kekuasaan yang digunakan keluarga dalam membuat keputusan.

3) Struktur dan peran keluarga

Menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal.

4) Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan nilai norma yang dianut keluarga dengan kelompok atau komunitas serta bagaimana nilai dan norma tersebut mempengaruhi status kesehatan keluarga (Gusti, 2013).

e. Fungsi Keluarga

1) Fungsi Afektif

Mengkaji gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan anggota keluarga, hubungan psikososial dalam keluarga, dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai.

2) Fungsi Sosial

Menjelaskan tentang hubungan anggota keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, nilai, norma, dan budaya serta perilaku yang berlaku di keluarga dan masyarakat.

### 3) Fungsi Pemenuhan (Perawatan/Pemeliharaan) Kesehatan

Sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian dan perlindungan terhadap anggota keluarga yang sakit. Pengetahuan keluarga mengenai sehat-sakit, kesanggupan keluarga melakukan pemenuhan kebutuhan tugas perawatan keluarga, yaitu:

#### a) Mengetahui Masalah Kesehatan Keluarga

Sejauh mana keluarga mengenai fakta-fakta dari masalah kesehatan meliputi pengertian, tanda dan gejala, penyebab dan yang mempengaruhi serta persepsi keluarga terhadap masalah

#### b) Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat

Sejauh mana keluarga mengenai sifat dan luasnya masalah, apakah masalah dirasakan, menyerah terhadap masalah yang dialami, takut akan akibat dari tindakan penyakit, mempunyai sifat negatif terhadap masalah kesehatan, dapat menjangkau fasilitas kesehatan dan mendapat informasi yang salah terhadap tindakan dalam mengatasi masalah.

#### c) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit.

Sejauh mana keluarga mengetahui keadaan penyakitnya, mengetahui tentang sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, mengetahui sumber-sumber yang ada dalam keluarga, mengetahui keberadaan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan dan sikap keluarga terhadap yang sakit.

#### d) Mempertahankan suasana rumah yang sehat

Sejauh mana keluarga mengetahui sumber-sumber yang dimiliki keluarga, keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan, mengetahui pentingnya hygiene sanitasi dan kekompakan antar anggota keluarga.

#### e) Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga

Apakah keluarga mengetahui keberadaan fasilitas kesehatan, memahami keuntungan yang diperoleh dari fasilitas kesehatan, tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas kesehatan tersebut terjangkau oleh keluarga.

Menurut teori ada 5 tugas keluarga yang harus tercapai dalam meningkatkan kesehatan yaitu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga, memodifikasi lingkungan, memanfaatkan pelayanan kesehatan. Kelima tugas keluarga tersebut saling berkaitan dan perlu dilakukan oleh keluarga (Mubarak, 2012).

4) Fungsi Reproduksi

Mengkaji berapa jumlah anak, merencanakan jumlah anggota keluarga, metode apa yang digunakan keluarga dalam mengendalikan jumlah anggota keluarga.

5) Fungsi Ekonomi

Menjelaskan bagaimana upaya keluarga dalam pemenuhan kebutuhan sandang, pangan, dan papan serta pemanfaatan lingkungan rumah untuk meningkatkan penghasilan keluarga (Gusti, 2013).

f) Stres dan Koping Keluarga

1) Stressor jangka pendek dan panjang

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

Stressor jangka panjang yaitu stressor yang saat ini dialami yang memerlukan penyelesaian lebih dari 6 bulan.

2) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi stressor.

Mengkaji sejauh mana sekeluarga berespon terhadap situasi stressor yang ada.

3) Strategi koping yang digunakan.

Strategi koping apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.

4) Strategi adaptasi disfungsional

Menjelaskan adaptasi disfungsional (perilaku keluargayang tidak adaptif) ketika keluarga menghadapi masalah (Gusti, 2013).

Faktor stress berpengaruh pada kekambuhan gastritis dikarenakan peningkatan stress, yang berarti terjadi peningkatan rangsangan. Saraf otonom akan merangsang peningkatan sekresi gastrin dan merangsang peningkatan asam hidroklorida (HCL). Peningkatan HCL akan mengikis mukosa lambung. stress



psikologi akan meningkatkan aktifitas saraf simpatik yang dapat merangsang peningkatan produksi asam lambung. peningkatan HCL ini dirangsang oleh mediator kimia yang dikeluarkan oleh neuron simpatik seperti epinefin sehingga gastritis bisa kambuh (Ratu, 2013 dalam (Yektiningsih & Kurniyawan, 2014)).

g) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga tidak berbeda jauh dengan pemeriksaan fisik pada klien di klinik atau rumah sakit yang meliputi pemeriksaan fisik *head to toe* dan pemeriksaan penunjang.

h) Harapan Keluarga

Pada akhir pengkajian perawat menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada.

Dalam asuhan keperawatan keluarga pada gastritis akut dengan gangguan nutrisi, ada beberapa hal yang perlu dikaji oleh perawat sebagai data penunjang untuk menegakkan diagnosis ketidakseimbangan nutrisi. Pada saat anamnesis, perawat menanyakan tentang keluhan yang dirasakan. Ada beberapa penekanan penting yang perlu dilakukan perawat saat anamnesis, yaitu sebagai berikut :

- a. Pasien ditanya apakah terjadi muntah?
- b. Kapan muntah terjadi? Bila terjadi seberapa banyak?
- c. Apakah muntahan merah terang atau warna kopi?
- d. Apakah pasien mengalami defekasi disertai feses berdarah?  
(Afrian Nian, 2015).
- e. Apakah pasien megeluh tidak nafsu makan, mual atau muntah?
- f. Bagaimana keluhan terjadi? Pada waktu kapan saja? Sebelum atau sesudah makan?
- g. Setelah mengonsumsi atau mengiritasi, atau setelah mengonsumsi obat tertentu atau alkohol?
- h. Apakah keluhan yang ada berhubungan dengan ansietas, stress, terlalu banyak amakan atau makan terlalu cepat?
- i. Bagaimana riwayat diet? Apa saja makanan yang dikonsumsi selama 72 jam terakhir?
- j. Apakah sebelumnya pasien mempunyai riwayat penyakit lambung atau pembedahan lambung? (Kristianti, 2014).

Pemeriksaan fisik pada bagian abdomen juga harus diperhatikan. Urutan teknik pemeriksaan pada abdomen ialah inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi. Auskultasi dilakukan sebelum kita melakukan palpasi dan perkusi dengan tujuan agar hasil pemeriksaan auskultasi lebih akurat karena kita belum melakukan manipulasi terhadap abdomen. bila dilakukan palpasi dan perkusi terlebih dahulu, maka dapat mengubah frekuensi dan karakter bising usus. Topografi Anatomi Abdomen ada dua macam cara pembagian topografi abdomen yang umum dipakai untuk menentukan lokalisasi kelainan, yaitu:

- a. Pembagian atas empat kuadran, dengan membuat garis vertikal dan horizontal melalui umbilicus, sehingga terdapat daerah kuadran kanan atas, kiri atas, kanan bawah, dan kiri bawah.
- b. Pembagian atas sembilan daerah, dengan membuat dua garis horizontal dan dua garis vertikal. Garis horizontal pertama dibuat melalui tepi bawah tulang rawan iga kesepuluh dan yang kedua dibuat melalui titik spina iliaka anterior superior (SIAS). Garis vertikal dibuat masing-masing melalui titik pertengahan antara SIAS dan mid-line abdomen. Terbentuklah daerah hipokondrium kanan, epigastrium, hipokondrium kiri, lumbal kanan, umbilical, lumbal kanan, iliaka kanan, hipogastrium/suprapubik, dan iliaka kiri.

a. Inspeksi

Dilakukan pada pasien dengan posisi tidur terlentang dan diamati dengan seksama dinding abdomen. Yang perlu diperhatikan adalah:

- 1) Keadaan kulit: warnanya (ikterus, pucat, coklat, kehitaman), elastisitasnya (menurun pada orang tua dan dehidrasi), kering (dehidrasi), lembab (asites), dan adanya bekas-bekas garukan (penyakit ginjal kronik, ikterus obstruktif), jaringan parut (tentukan lokasinya), striae (gravidarum/ cushing syndrome), pelebaran pembuluh darah vena (obstruksi vena kava inferior & kolateral pada hipertensi portal).
- 2) Besar dan bentuk abdomen; rata, menonjol, atau scaphoid (cekung).
- 3) Simetrisitas; perhatikan adanya benjolan local (hernia, hepatomegali, splenomegali, kista ovarii, hidronefrosis). Gerakan dinding abdomen pada peritonitis terbatas.

4) Peristaltik; gerakan peristaltik usus meningkat pada obstruksi ileus, tampak pada dinding abdomen dan bentuk usus juga tampak.

b. Auskultasi

Kegunaan auskultasi ialah untuk mendengarkan suara peristaltic usus dan bising pembuluh darah. Dilakukan selama 2-3 menit. Teknik mendengarkan suara peristaltik usus yaitu diafragma stetoskop diletakkan pada dinding abdomen, lalu dipindahkan keseluruh bagian abdomen. Suara peristaltic usus terjadi akibat adanya gerakan cairan dan udara dalam usus. Frekuensi normal berkisar 5-34 kali/menit.

- 1) Bila terdapat obstruksi usus, peristaltik meningkat disertai rasa sakit (borborigmi).
- 2) Bila obstruksi makin berat, abdomen tampak membesar dan tegang, peristaltik lebih tinggi seperti dentingan keeping uang logam (metallic-sound).
- 3) Bila terjadi peritonitis, peristaltik usus akan melemah, frekuensinya lambat, bahkan sampai hilang.
- 4) Suara usus terdengar tidak ada.
- 5) Hipoaktif/sangat lambat ( misalnya sekali dalam 1 menit )

c. Palpasi

Beberapa pedoman untuk melakukan palpasi, ialah:

- 1) Pasien diusahakan tenang dan santai dalam posisi berbaring terlentang. Sebaiknya pemeriksaan dilakukan tidak buru-buru.
- 2) Palpasi dilakukan dengan menggunakan palmar jari dan telapak tangan. Sedangkan untuk menentukan batas tepi organ, digunakan ujung jari. Diusahakan agar tidak melakukan penekanan yang mendadak, agar tidak timbul tahanan pada dinding abdomen.
- 3) Palpasi dimulai dari daerah superficial, lalu ke bagian dalam. Bila ada daerah yang dikeluhkan nyeri, sebaiknya bagian ini diperiksa paling akhir.
- 4) Bila dinding abdomen tegang, untuk mempermudah palpasi maka pasien diminta untuk menekuk lututnya. Bedakan spasme volunteer & spasme sejati dengan menekan daerah muskulus rectus, minta pasien menarik napas dalam,

jika muskulus rectus relaksasi, maka itu adalah spasme volunteer. Namun jika otot kaku tegang selama siklus pernapasan, itu adalah spasme sejati.

- 5) Palpasi bimanual : palpasi dilakukan dengan kedua telapak tangan, dimana tangan kiri berada di bagian pinggang kanan atau kiri pasien sedangkan tangan kanan di bagian depan dinding abdomen.

d. Perkusi

Perkusi berguna untuk mendapatkan orientasi keadaan abdomen secara keseluruhan, menentukan besarnya hati, limpa, ada tidaknya asites, adanya massa padat atau massa berisi cairan (kista), adanya udara yang meningkat dalam lambung dan usus, serta adanya udara bebas dalam rongga abdomen. Suara perkusi abdomen yang normal adalah timpani (organ berongga yang berisi udara), kecuali di daerah hati (redup; organ yang padat).

- 1) Orientasi abdomen secara umum.

Dilakukan perkusi ringan pada seluruh dinding abdomen secara sistematis untuk mengetahui distribusi daerah timpani dan daerah redup (dullness). Pada perforasi usus, pekak hati akan menghilang.

- 2) Cairan bebas dalam rongga abdomen

Adanya cairan bebas dalam rongga abdomen (asites) akan menimbulkan suara perkusi timpani di bagian atas dan dullness dibagian samping atau suara dullness dominant. Karena cairan itu bebas dalam rongga abdomen, maka bila pasien dimiringkan akan terjadi perpindahan cairan ke sisi terendah.

(Arief, Alit, Kritiawati, & Wahyuni, 2012).

Selain pemeriksaan fisik pada umumnya dapat dilakukan pemeriksaan penilaian status nutrisi yang meliputi ABCD (Antropometri, Biokimia, Clinis, Diet).

- a. Antropometri, yaitu berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari tingkat umur dan tingkat nutrisi. Berbagai jenis ukuran tubuh antara lain: Berat Badan (BB), Tinggi Badan (TB), Lingkar Lengan Atas (LILA), dan tebal lemak di bawah kulit.
- b. Biokimia, dalam pemeriksaan ini yang sering digunakan adalah teknik pengukuran kandungan berbagai zat gizi dan substansi kimia lain dalam darah dan urin. Pemeriksaan biokimia hanya dapat diperoleh di rumah sakit atau di

pusat kesehatan. Pemeriksaan biokimia meliputi: Hemoglobin (Hb), Hematokrit (Ht),

- c. Clinis, pemeriksaan klinis harus dipadukan dengan pemeriksaan lain seperti antropometri, laboratorium, dan konsumsi makanan sehingga kesimpulan dalam penilaian status nutrisi dapat lebih tepat dan lebih baik. Pada pemeriksaan klinis kita melakukan pengamatan terhadap perubahan fisik yang berkaitan dengan kekurangan nutrisi, perubahan tersebut dapat dilihat pada kulit atau jaringan epitel, yaitu jaringan yang membungkus permukaan tubuh seperti rambut, mata, wajah, mukosa mulut, lidah, dan lain-lain.
- d. Diet, penilaian konsumsi makanan adalah salah satu metode yang digunakan dalam penentuan status nutrisi individu. Dalam metode ini dapat dilakukan dengan cara mencatat jenis dan jumlah makanan yang dikonsumsi pada periode 24 jam yang lalu. Penilaian ini digunakan untuk mengetahui frekuensi makan, frekuensi konsumsi menurut jenis bahan makanan, dan menggali informasi tentang kebiasaan makan, serta cara-cara memperoleh bahan makanan tersebut (Supariasa, Bakri, & Fajar, 2016).

### 2.3.2 Konsep Masalah Keperawatan

- a. Toksonomi NANDA-I, Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh

Domain 2 : Nutrisi

Kelas 1 : Makan

Kode Diagnosa : 00002 (diajukan tahun 1975, 2000)

- b. Definisi

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolic.

- c. Batasan Karakteristik

- 1) Berat badan <20% atau lebih di bawah rentang berat badan ideal
- 2) Bising usus hiperaktif
- 3) Cepat kenyang setelah makan
- 4) Gangguan sensasi rasa
- 5) Kehilangan rambut berlebihan
- 6) Kelemahan otot pengunyah



- 7) Kelemahan otot untuk menelan
  - 8) Ketidakmampuan memakan makanan
  - 9) Kram abdomen
  - 10) Kurang minat pada makanan
  - 11) Membran mukosa pucat
  - 12) Nyeri abdomen
  - 13) Penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat
  - 14) Sariawan rongga mulut
  - 15) Tonus otot menurun
- d. Faktor Yang Berhubungan
- 1) Faktor biologis
  - 2) Faktor ekonomi
  - 3) Gangguan psikososial
  - 4) Ketidakmampuan makan
  - 5) Ketidakmampuan mencerna makanan
  - 6) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient
  - 7) Kurang asupan makanan
- e. Kriteria Hasil (NOC)
- 1) Nafsu Makan :
    - a) Adanya peningkatan keinginan untuk makan
    - b) Adanya rasa menyenangkan makanan
    - c) Intake makanan adekuat
  - 2) Berat Badan : Massa Tubuh
    - a) Kisaran berat badan individu yang optimal
    - b) Masa indeks tubuh yang optimal
    - c) Strategi untuk mencapai berat badan optimal
  - 3) Pengetahuan : Diet yang Sehat
    - a) Intake nutrisi yang sesuai dengan kebutuhan individu
    - b) Pasien dapat mematuhi pedoman gizi yang direkomendasikan
    - c) Makanan pasien sesuai dengan pedoman gizi
    - d) Pasien dapat menyebutkan pentingnya sarapan
    - e) Strategi untuk meningkatkan kepatuhan diet

- 4) Perilaku Patuh : Diet Yang Disarankan
  - a) Memilih makanan dan cairan yang sesuai dengan diet yang ditentukan
  - b) Menghindari makanan dan minuman yang tidak diperbolehkan dalam diet, misalnya : makanan yang mengandung gas (gubis, brokoli, durian, nangka, klengkeng), minuman yang mengandung kafein (kopi, coklat, soda).
- f. NIC
  - 1) Kaji asupan makanan dan kebiasaan makan pasien
  - 2) Identifikasi diet yang disarankan
  - 3) Timbang berat badan pasien
  - 4) Hitung berat badan ideal pasien
  - 5) Lakukan pengukuran antropometrik pada komposisi tubuh (indeks massa tubuh)
  - 6) Identifikasi perubahan berat badan terakhir
  - 7) Tentukan pola makan (jenis, jumlah, frekuensi)
  - 8) Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan
  - 9) Identifikasi diet yang disarankan
  - 10) Anjurkan pasien makan sedikit tapi sering
  - 11) Anjurkan pasien untuk tidak mengonsumsi makanan yang dapat merangsang asam lambung meningkat

#### **2.4 Diagnosa Asuhan Keperawatan Keluarga**

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinik tentang respon individu, keluarga atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual dan potensial (Allen, 1998) dalam (Gusti, 2013). Diagnosa keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data yang didapatkan pada pengkajian, komponen diagnosa keperawatan meliputi:

- 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) Menenal 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 faktor-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, sistem pendukung, lingkungan fisik dan psikologis)

c. Tanda (*sign*) dan Gejala (*symptom*)

Adalah sekumpulan data subjektif dan objektif yang diperoleh dari keluarga secara langsung atau tidak langsung.

(Gusti, 2013).

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

- a. Aktual berarti terjadi defisit/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 atau *wellnes*) merupakan suatu keadaan dimana keluarga dalam keadaan sejahtera, sehingga kesehatan perlu ditingkatkan.
- d. Penentuan Prioritas Diagnosa Keperawatan Keluarga

Proses skoring menggunakan skala yang skala yang telah dirumuskan oleh Bailon dan Maglaya, 1978.

KRITERIA	SKOR	BOBOT
a. Sifat masalah :		1
1) Tidak/kurang sehat	3	
2) Ancaman kesehatan	2	
3) Krisis atau keadaan sejahtera	1	
b. Kemungkinan masalah dapat diubah :		2
1) Dengan mudah	2	
2) Hanya sebagian	1	
3) Tidak dapat	0	
c. Potensial masalah untuk dicegah :		1
1) Tinggi	3	
2) Cukup	2	
3) Rendah	1	
d. Menonjolnya masalah :		1
1) Masalah berat harus segera ditangani	2	
2) Ada masalah, tetapi tidak perlu harus segera ditangani	1	
3) Masalah tidak dirasakan	0	

Proses skoring dilakukan untuk setiap diagnosis keperawatan:

- 1) Tentukan skor untuk setiap criteria yang dibuat
- 2) Selanjutnya dibagi dengan angka yang tertinggi dan dikalikan dengan bobot
 
$$\frac{\text{Skor yang diperoleh} \times \text{Bobot}}{\text{Skor yang tertinggi}}$$
- 3) Jumlahkan skor untuk semua criteria (skor tertinggi sama dengan jumlah bobot, yaitu 5)

## 2.5 Intervensi Keperawatan Keluarga

Rencana keperawatan keluarga adalah sekumpulan tindakan yang ditentukan perawat untuk dilaksanakan dalam memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan yang telah diidentifikasi dari masalah keperawatan yang sering muncul (Gusti, 2013). Rencana keperawatan keluarga terdiri dari penetapan tujuan, yang meliputi tujuan jangka panjang (Tujuan Umum), tujuan jangka pendek (Tujuan Khusus), kriteria dan standart serta intervensi.

Langkah-langkah dalam rencana keperawatan keluarga (Gusti, 2013):

- a. Menentukan sasaran atau goal (Tujuan Umum)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan atau kunjungan rumah selama 3 kali pertemuan diharapkan kebutuhan nutrisi klien dapat terpenuhi (terdapat

indikator peningkatan berat badan atau berat badan tetap atau berat badan ideal), mual muntah berkurang atau teratasi.

b. Menentukan tujuan atau objektif (Tujuan Khusus)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien dan keluarga dapat melaksanakan 5 tugas keluarga:

- 1) Klien dan keluarga dapat mengenal masalah kesehatan tentang gastritis akut yang mengalami ketidakseimbangan nutrisi.
- 2) Klien dan keluarga dapat mengambil tindakan kesehatan yang tepat dalam mengatasi gastritis akut yang mengalami ketidakseimbangan nutrisi.
- 3) Klien dan keluarga dapat memberikan perawatan pada anggota keluarga yang mengalami gastritis akut yang mengalami ketidakseimbangan nutrisi.
- 4) Klien dan keluarga dapat menciptakan lingkungan rumah yang nyaman bagi anggota keluarga yang mengalami gastritis akut yang mengalami ketidakseimbangan nutrisi.
- 5) Klien dan keluarga dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada untuk mengatasi permasalahannya yang mengalami ketidakseimbangan nutrisi.

c. Menentukan pendekatan dan tindakan keperawatan yang akan dilakukan.

Klien dan keluarga mengetahui tindakan keperawatan yang akan dilakukan kepada anggota keluarga yang mengalami hiperemesis gravidarum yang mengalami ketidakseimbangan nutrisi.

d. Menentukan kriteria dan standart kriteria

Kriteria merupakan tanda atau indikator yang digunakan untuk mengukur pencapaian tujuan, sedangkan standart menunjukkan tingkat performance yang diinginkan untuk membandingkan bahwa perilaku yang menjadi tujuan tindakan keperawatan telah tercapai.

Standart mengacu kepada lima tugas keluarga sedangkan kriteria mengacu kepada 3 hal, yaitu:

1) Pengetahuan (kognitif)

Klien dan keluarga mengetahui tentang konsep penyakit, tanda gejala, komplikasi, penatalaksanaan, dan diet makanan pada kasus gastritis akut yang mengalami ketidakseimbangan nutrisi.



2) Sikap (afektif)

Klien dan keluarga dapat memutuskan tindakan kesehatan yang tepat dan telah memanfaatkan pelayanan kesehatan dalam mengatasi masalah gastritis akut.

3) Tindakan (psikomotor)

Klien dan keluarga dapat merawat anggota keluarga yang mengalami gastritis akut dan dapat menciptakan lingkungan rumah yang sehat.

## 2.6 Implementasi Keperawatan Keluarga

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kemampuan yang harus dimiliki perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan hubungan saling percaya dan saling membantu, kemampuan melakukan teknik psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistematis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi, dan kemampuan evaluasi (Asmadi, 2008).

Tindakan perawatan terhadap keluarga mencakup dapat berupa:

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

- d. Membantu keluarga menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi:
    - 1) Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
    - 2) Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin
  - e. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, dengan cara:
    - 1) Memperkenalkan fasilitas kesehatan yang ada dalam lingkungan keluarga
    - 2) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada
- (Padila, 2011)

## 2.7 Evaluasi Keperawatan Keluarga

Evaluasi adalah fase kelima dan fase terakhir proses keperawatan. Evaluasi adalah aspek penting proses keperawatan karena kesimpulan yang ditarik dari evaluasi menentukan apakah intervensi keperawatan harus diakhiri, dilanjutkan, atau diubah (Kozier, et al, 2010)

Metode evaluasi keperawatan yaitu:

- a. Evaluasi formatif (proses)

Adalah evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan dan bertujuan untuk menilai hasil impelentasi secara bertahap sesuai dengan kegiatan yang dilakukan, sistem penlisan evaluasi formatif ini biasanya ditulis dalam catatan kemajuan atau menggunakan sistem SOAP.

- b. Evaluasi sumatif (hasil)

Adalah evaluasi akhir yang bertujuan untuk menilai secara keseluruhan, sistem penulisan evaluasi sumatif ini dalam bentuk catatan atau laporan ringkasan. Jika terjadi kesenjangan, maka proses keperawatan dapat ditinjau kembali untuk mendapatkan data guna memodifikasi perencanaan. Format yang digunakan dalam evaluasi sumatif adalah SOAPIER (Subjektif, Objektif, Analisa/Assesment, Planing, Implementasi, Evaluasi, Reassessment).

### **BAB 3. METODE PENULISAN**

Pada bab ini membahas tentang pendekatan yang digunakan dalam penyelenggaraan laporan kasus terhadap masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh pada keluarga Ny. A dan Tn. M dengan gastritis akut di wilayah kerja Puskesmas Sukodono Lumajang Tahun 2018.

#### **3.1 Desain Penelitian**

Menguraikan desain yang dipakai pada penulisan. Desain yang digunakan adalah laporan kasus, yaitu laporan yang ditulis secara naratif untuk mendeskripsikan pengalaman medis seorang atau beberapa orang pasien secara rinci untuk tujuan peningkatan capaian pengobatan, pengembangan ilmu pengetahuan dan peningkatan pendidikan dalam bidang medis. Laporan kasus dibatasi oleh waktu dan tempat, serta kasus yang dipelajari berupa peristiwa, aktivitas atau individu (Akper Pemkab Lumajang, 2016).

Pada penyusunan laporan kasus ini untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan keluarga gastritis akut pada keluarga Ny. A dan Tn. M dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh di wilayah kerja Puskesmas Sukodono Lumajang tahun 2018.

#### **3.2 Batasan Istilah**

Batasan istilah dalam versi kualitatif disebut sebagai definisi operasional merupakan penjelasan semua variabel dan istilah yang akan digunakan dalam penelitian secara operasional, sehingga akhirnya mempermudah pembaca dalam mengartikan makna penelitian. Pada definisi operasional akan dijelaskan secara padat mengenai unsur penelitian yang meliputi bagaimana caranya menentukan variabel dan mengukur suatu variabel (Setiadi, 2013).

##### **3.2.1 Definisi Asuhan Keperawatan**

Asuhan keperawatan merupakan bentuk layanan keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan proses keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan dan memenuhi kebutuhan dasar pasien

### 3.2.2 Definisi Gastritis Akut

Gastritis akut merupakan peradangan pada mukosa lambung yang disebabkan karena meningkatnya kadar asam lambung yang dapat menyebabkan nyeri akut atau kronis.

### 3.2.3 Definisi Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh

Asupan nutrisi tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan metabolik.

### 3.2.4 Definisi Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga serta beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di satu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

## 3.3 Partisipan

Partisipan dalam penyusunan laporan kasus ini adalah 2 klien pada dua keluarga yang salah satu anggota keluarganya menderita gastritis akut dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, dengan memiliki kriteria :

- 3.3.1 Telah terdiagnosa gastritis akut dan menjalani rawat jalan di wilayah kerja Puskesmas Sukodono Lumajang.
- 3.3.2 Klien bersedia menjadi partisipan dengan menanda tangani inform consent.
- 3.3.3 Klien dan keluarga kooperatif.

## 3.4 Lokasi dan Waktu

Pada laporan kasus ini dilakukan asuhan keperawatan pasien Gastritis Akut dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang telah atau menjalani rawat jalan di wilayah kerja Puskesmas Sukodono Lumajang.

### 3.4.1 Lokasi

Penelitian ini dilaksanakan di lingkungan kerja Puskesmas Sukodono. Puskesmas ini merupakan salah satu puskesmas rujukan pertama masyarakat daerah Lumajang. Lokasi tempat tinggal klien dalam pelaksanaan laporan kasus yaitu klien 1 keluarga Ny. A di Desa Dawuhan Lor, RT/RW 004/002, Kecamatan

Sukodono. Klien 2 keluarga Tn. M di Desa Kebonagung, RT/RW 001/004, Kecamatan Sukodono.

### 3.4.2 Waktu

Waktu yang dilaksanakan untuk pengambilan data adalah tanggal 01 Maret 2018 sampai 31 Mei 2018. Pengambilan data pada klien 1 dilaksanakan pada tanggal 27 Maret sampai 02 April 2018, dan klien 2 dilaksanakan pada tanggal 28 Maret 2018 sampai 04 April 2018.

## 3.5 Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini meliputi wawancara mendalam, observasi, dan dokumentasi. Dengan menggunakan ketiga metode tersebut peneliti bisa menggali informasi lebih mendalam tentang gambaran asuhan keperawatan pada pasien gastritis akut dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh pada klien. Secara operasional penggunaan ketiga teknik pengambilan data ini dapat dijelaskan sebagai berikut :

### 3.5.1 Wawancara

Wawancara merupakan metode pengumpulan data secara langsung antara perawat dan klien. Saat wawancara berlangsung, respon dan tanggapan para partisipan yang diwawancarai terhadap pertanyaan peneliti menentukan kelancaran proses wawancara. Data yang di dapat dari wawancara adalah semua ungkapan dari klien maupun 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.

Tahap pelaksanaan wawancara perawat melakukan pengumpulan data dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan yang bersifat formal ataupun informal kepada klien maupun keluarga klien yang meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, status sosial ekonomi keluarga, stress dan coping keluarga, serta kemampuan keluarga dalam menjalankan 5 tugas keluarga dan pola kesehatan sehari-hari.



### 3.5.2 Observasi

Observasi merupakan metode pengumpulan data dengan mengamati secara langsung kepada klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan keperawatan yang terjadi pada pasien. Observasi dilakukan dengan menggunakan penglihatan dan pemeriksaan fisik pada alat indera lainnya, melalui perabaan, sentuhan, dan pendengaran. Observasi pada pasien dengan anggota keluarga yang mengalami gastritis akut dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh meliputi observasi antropometri yaitu mengukur LILA, tinggi badan, dan menimbang berat badan. Observasi biokimia yang meliputi pengukuran Hb pasien, dalam observasi ini peneliti mengobservasi dengan metode sahli. Observasi keadaan klinis pasien, observasi keadaa umum pasien, tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan pasien.

### 3.5.3 Dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan suatu metode pengumpulan data secara tidak langsung. Data yang diperoleh dari metode dokumentasi pada penelitian ini yaitu data yang berasal dari dokumen asli. Dokumen tersebut merupakan dokumen rekam medis klien di puskesmas yang berupa dokumentasi tentang pengobatan gastritis klien yang tercatat dalam rekam medis klien.

## 3.6 Analisa Data

Analisa data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan lain-lain, sehingga dapat mudah difahami, dan temuannya dapat diinformasikan kepada orang lain. Analisa data dilakukan dengan mengorganisasikan data, menjabarkannya kedalam unit-unit, menyusun kedalam pola memilih yang penting dan yang akan dipelajari, dan membuat kesimpulan yang dapat diceritakan kepada orang lain.

### 3.7.1 Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data pada studi kasus ini menggunakan metode WOD (wawancara, observasi, dan dokumentasi). Hasil pengumpulan data tersebut ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian di salin dalam bentuk transkrip atau catatan terstruktur

### 3.7.2 Mereduksi Data

Dalam tahap ini dari hasil pengumpulan data yang telah terkumpul dalam bentuk catatan lapangan yang dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi satu subjektif, dianalisa berdasarkan berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan dengan nilai normal.

### 3.7.3 Penyajian Data

Penyajian data merupakan cara bagaimana cara untuk menyajikan data sebaik-baiknya agar mudah dipahami oleh pembaca. Penyajian data hasil penelitian harus dapat disajikan dalam bentuk tabel, grafik, diagram, pictogram, dan sejenisnya. Dalam penelitian kualitatif penyajian data dapat berbentuk uraian singkat, bagan, dan hubungan antar kategori, yang paling sering digunakan dalam penelitian kualitatif yaitu dengan bentuk teks yang bersifat naratif.

### 3.7.4 Kesimpulan

Dari data yang disajikan, di tahap ini dapat diambil kesimpulan, dimana kesimpulan awal yang bersifat sementara akan berubah bila tidak ditemukan bukti-bukti yang kuat dan mendukung pada tahap pengumpulan data selanjutnya. Tetapi apabila kesimpulan di dukung oleh bukti-bukti yang valid maka saat peneliti kembali kelapangan, maka kesimpulan yang dikemukakan akan merupakan kesimpulan yang kredibel. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

## 3.7 Etika Penelitian

Menurut Afiyanti, 2014 masalah etik dapat terjadi pada semua tahap proses penelitian yang dilakukan, mulai dari menetapkan pertanyaan penelitian, mengumpulkan data, menganalisis sampai menuliskan laporan penelitian. Masalah etik yang harus diperhatikan antara lain sebagai berikut :

### 3.8.1 Informed Consent

*Informed consent* merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan kepada responden. Tujuannya adalah agar responden mengerti maksud dan tujuan penelitian. Jika responden bersedia maka mereka harus

menandatangani lembar persetujuan, jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak responden. Hal-hal yang harus ada dalam lembar *Informed consent* meliputi partisipasi responden, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dipahami, dan lain-lain.

### 3.8.2 Anonymity (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 (Confidentiality)

Masalah ini merupakan etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan pada hasil riset.

## BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

### 5.1 Kesimpulan

#### 5.2.1 Pengkajian Keperawatan

Data yang muncul pada kedua klien gastritis akut adalah ungkapan tidak nafsu makan pada kedua klien, dan terdapat data objektif pada kedua klien mengalami penurunan berat badan

#### 5.2.2 Diagnosa Keperawatan

Batasan karakteristik ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh menurut NANDA tahun 2015 berjumlah 15 batasan karakteristik. Salah satu batasan karakteristik ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang muncul pada kedua klien gastritis akut adalah ungkapan nafsu makan menurun, dan penurunan berat badan pada kedua klien.

#### 5.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi yang dilakukan pada klien gastritis akut dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh meliputi pemberian penyuluhan konsep gastritis, pemberian contoh menu makanan yang dianjurkan bagi klien, dan penyuluhan diet yang sehat bagi penderita gastritis, serta monitor berat badan klien.

#### 5.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada klien gastritis akut dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh adalah mengeksplorasi kemampuan klien dan keluarga dalam merawat keluarga yang sakit dengan cara memberikan diet yang sehat sesuai yang dianjurkan dan mebhudari pantangan untuk mencegah terjadinya komplikasi dan kekambuhan.

#### 5.2.5 Evaluasi Keperawatan

Kriteria hasil yang dicapai dalam 3 kali kunjungan terhadap keluarga Ny. A dan Tn. M yang salah satu anggota keluarganya mengalami gastritis akut dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yaitu mampu menyebutkan macam-macam makanan yang dianjurkan bagi

penderita gastritis, klien dan keluarga mampu memberikan diet yang sehat bagi penderita, klien dan keluarga mampu menerapkan diet yang sesuai dengan anjuran dalam kehidupan sehari-hari. Masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh pada Ny. A dan Nn. H sudah teratasi di buktikan dengan peningkatan berat badan pada Ny. A sebanyak 1,3kg selama 1 minggu dan pada Nn. H nafsu makan klien mulai meningkat.

## **5.2 Saran**

### **5.2.1 Bagi perawat**

Tindakan keperawatan pada pasien gastritis akut dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh membutuhkan lebih dari 3 kali kunjungan untuk mencapai kriteria hasil.

### **5.2.2 Bagi Keluarga**

Untuk menangani penderita gastritis pada keluarga diperlukan pemahaman keluarga dalam memahami penyakit gastritis, agar dapat memutuskan tindakan yang tepat untuk merawat anggota keluarga yang sakit.

### **5.2.3 Bagi Puskesmas Sukodono**

Bagi Puskesmas Sukodono untuk dapat menjadi referensi untuk waktu dan durasi kunjungan keluarga dengan gastritis akut dengan masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

### **5.2.4 Bagi Penulis Selanjutnya**

Bagi penulis selanjutnya untuk bisa lebih spesifik lagi dalam menentukan kriteria hasil dan intervensi untuk keluarga dengan gastritis akut dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh`.



**Daftar Pustaka**

- Afrian Nian, N. (2015). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Gastrointestinal*. Jakarta: TIM.
- 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 Nursing, Ed.12*. Jakarta : EGC.
- Arief, Y. S., Alit, N. K., Kritiawati, & Wahyuni, E. D. (2012). *Modul Praktikum Keperawatan Pencernaan*. Surabaya: Universitas Airlangga.
- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., & Wagner, C. (2013). *Edisi Keenam Nursing Interventions Classification (NIC) Edisi Bahasa Indonesia*. Indonesia: Cv.Mocomedia.
- Dewantari, I. (2014). *Pemberian Teknik Relaksasi Progresif Terhadap Penurunan Nyeri Pada Asuhan Keperawatan Nn.M Dengan Gastritis Di Ruang Cempaka Rsud Sukoharjo*. Surakarta: Stikes Kusuma Husada.
- Diyono, & Mulyanti, S. (2013 ). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah : Sistem Pencernaan (Dilengkapi Contoh Studi Kasus Dengan Aplikasi NNN (NANDA NOC NIC))*. Jakarta : Kencana.
- Gusti, Salvari. (2013). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta : TIM
- Hartini, S., Utomo, W., & Jumaini. (2014). *Hubungan Pola Makan Dengan Resiko Gastritis Pada Mahasiswa Yang Menjalani Sistem Kbk. Jom Psik Vol.1 No.2 , 7-8*.
- Hasnawati, Sitohang, V., & Brahim, R. (2010). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2009*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2015). *Nanda International Inc. Nursing Diagnoses: Definitions & Classifications 2015-2017 10th Edition*. Jakarta: Egc.
- Hutapae, D. (2015). *Faktor Yang Berhubungan Dengan Kekambuhan Gastritis Pada Pasien Gastritis Di Rsud Dr. Pringadi . Medan: Universitas Sari Mutiara Meda*.
- Irianto, K. (2014). *Gizi Seimbang Dalam Kesehatan Reproduksi*. Bandung: Cv Alfabeta.

- Kristianti, N. (2014). *Pemberian Guided Imagery Relaxation Terhadap Penurunan Nyeri Abdomen Pada Asuhan Keperawatan Ny.S Dengan Dispepsia Di Ruang Igd Rsud Karanganyar*. Surakarta : Stikes Kusuma Husada.
- Kusumaningtyas, D. (2015). *Pemberian Aroma Terapi Lavender Terhadap Penurunan Tingkat Nyeri Pada Asuhan Keperawatan Ny.S Dengan Gastritis Di Ruang Mawar Ii Rsud Karanganyar*. Surakarta: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kusuma Husada.
- Lemone, P., Burke, K. M., & Bauldoff, G. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Ed.5, Vol.2*. Jakarta: EGC.
- Mubarak, W. I., Chayatin, N., & Santoso, B. A. (2012). *Ilmu Keperawatan Komunitas 2 Konsep Dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Murjayanah, H. (2011). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Gastritis*. Semarang: Universitas Negeri Semarang.
- Muttaqin, A., & Sari, K. (2013). *Gangguan Gastrointestinal : Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Moorhead, S., Jhonson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2013). *Edisi Kelima Nursing Outcome Classification (NOC) Pengukuran Outcomes Kesehatan Edisi Bahasa Indonesia*. Indonesia: Cv.Mocomedia.
- Napirah, M. R., Rahman, A., & Tony, A. (2016). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Di Wilayah Kerja Puskesmas Tambarana Kecamatan Poso Pesisir Utara Kecamatan Poso. *Jurnal Pengembangan Kota 2016. Vol 4 No. 1* , 33-34.
- Nursalam, & Efendi, F. (2008). *Pendidikan Dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Padila. (2011). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Puspitasari, R. D. (2014). *Pemberian Kompres Hangat Terhadap Penurunan Skala Flebitis Pada Asuhan Keperawatan Tn.N Dengan Dispepsia Di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rsud Karanganyar* . Surakarta: Stikes Kusuma Husada.
- Setiadi. (2013). *Konsep Dan Praktik Penulisan Riset Keperawatan Edisi 2*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Supariasa, I. D., Bakri, B., & Fajar, I. (2016). *Penilaian Status Gizi, Ed.2*. Jakarta: EGC.
- Suratun, & Lusinah'. (2010). *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Gastrointestinal*. Jakarta: TIM.

- Suryono, & Meilani, R. D. (2016). Pengetahuan Pasien Dengan Gastritis Tentang Pencegahan Kekambuhan Gastritis. *Jurna Akp Vol.7, No.2* , 38.
- Susanto, Tantut. (2012). Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Aplikasi Teori Pada Praktik Asuhan Keperawatan Keluarga. Jakarta : CV. Trans Info Media.
- Suslia, A., Ganiajri, F., Puji Lestari, P., & Wulan Arum Sari, R. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah : Manajemen Klinis Untuk Hasil Yang Diharapkan, Edisi 8-Buku 2* . Indonesia : Salemba Medika .
- Ulfah, F. (2016). *Karya Tulis Ilmiah : Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pada Ny.N Dan Ny.S Dengan Gastritis : Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh*. Lumajang: Akademi Keperawatan Lumajang.
- Wahyu, D., Supono, & Hidayah, N. (2015). Pola Makan Sehari-Hari Penderita Gastritis. *Informasi Kesehatan Indonesia Volume 1 Nomer 1* , 7.
- Wilkinson, J. M., & Ahern, N. R. (2011). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Diagnosis Nanda, Intervensi Nic, Kriteria Hasil Noc - Ed.9*. Jakarta: EGC .
- Yektiningsih, E., & Kurniyawan, C. B. (2014). Gambaran Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kekambuhan Gastritis. *Jurnal Akp. Vol. 5 No. 2* , 56.





## 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 bertandatangan di bawah ini :

Nama : Atik Eudic

Umur : 27 thn

Jeniskelamin : Perempuan

Alamat : Dusun Lor



Pekerjaan : ibu rumah tangga

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

“Asuhan Keperawatan Keluarga pada Ny. A dan Sdr. H yang Menderita Gastritis Akut dengan Masalah Keperawatan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh di Wilayah Kerja Puskesmas Sukodono Lumajang Tahun 2018”

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

Lumajang, 27 Mart.....2018

Mengetahui, Penanggung Jawab Penulisan	Yang Menyetujui, Peserta Penelitian
 ( <u>Khairun Nisa</u> )	 ( <u>Atik Eudic</u> )



## Lampiran 3

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

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang
--

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertandatangan di bawah ini :



Nama : HANIM SILVIA  
Umur : 21 Tahun  
Jeniskelamin : Perempuan  
Alamat : Desa Kebonagung  
Pekerjaan : Pegawai toko

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

“Asuhan Keperawatan Keluarga pada Ny. A dan Sdr. H yang Menderita Gastritis Akut dengan Masalah Keperawatan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh di Wilayah Kerja Puskesmas Sukodono Lumajang Tahun 2018”

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

Lumajang, 28 Maret 2018

Mengetahui, Penanggung Jawab Penulisan	Yang Menyetujui, Peserta Penelitian
 (..... Khairun Risa .....) )	 (..... Hanim Silvia .....) )

*Lampiran 4*

**SATUAN ACARA PENYULUHAN  
“Gastritis”**



Oleh :

Khairun Nisa'

NIM 152303101027

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

**SATUAN ACARA PENYULUHAN**

Pokok Bahasan	: Gastritis Akut
Hari/Tanggal	: 26 Maret 2018
Waktu	: ± 35 menit
Tempat	: Rumah Keluarga Ny. A dan Nn. H
Sasaran	: Keluarga Ny. A dan Nn. H

---

**A. Analisa Situasi**

1. Peserta Penyuluhan
  - 1.1 Keluarga Ny. A dan Nn. H
  - 1.2 Latar belakang pendidikan SMP dan SMA.
  - 1.3 Minat dan perhatian dalam menerima materi penyuluhan cukup baik.
  - 1.4 Interaksi sasaran baik.
2. Penyuluh
  - 2.1 Mahasiswa D3 Keperawatan Unej Semester VI.
  - 2.2 Mampu mengkomunikasikan kegiatan penyuluhan tentang Gastritis Akut.
3. Ruangan
  - 3.1 Bertempat di rumah pasien
  - 3.2 Penerangan, ventilasi, suasana kondusif untuk kelangsungan kegiatan penyuluhan.

**B. Tujuan Umum**

Setelah mendapatkan penyuluhan diharapkan ibu dapat mengerti dan memahami tentang gastritis akut.

**C. Tujuan Khusus**

Setelah mendapatkan penyuluhan diharapkan pasien dapat :

1. Mampu memahami gastritis
2. Memahami penyebab gastritis
3. Mampu memahami tanda gejala gastritis
4. Mampu memahami pencegahan gastritis

5. Mampu memahami makanan yang disarankan untuk penderita gastritis

#### D. Pokok Materi

1. Pengertian gastritis
2. Penyebab Gastritis
3. Tanda dan gejala gastritis
4. Pencegahan gastritis
5. Makanan yang disarankan bagi penderita gastritis

#### E. Metode

1. Ceramah
2. Tanya jawab

#### F. Media

1. Leaflet

#### G. Kegiatan Penyuluhan

Kegiatan	Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Sasaran	Metode	Ceramah
Pembukaan	Menjelaskan tujuan penyuluhan	Memperhatikan	Ceramah	2 Menit
Penyajian Materi	Penyampaian materi : 1. Pengertian gastritis 2. Penyebab Gastritis 3. Tanda dan gejala gastritis 4. Pencegahan gastritis 5. Makanan yang disarankan bagi penderita gastritis	Memperhatikan dan mengajukan pertanyaan	Ceramah	30 menit
Penutup	Memberikan pertanyaan dan kesimpulan	Menjawab pertanyaan	Tanya jawab	3 menit

**H. Materi**

(Terlampir)

**I. Evaluasi**

Memberi kesempatan pada peserta penyuluhan untuk bertanya dan memberikan pertanyaan kepada peserta penyuluhan.

Pertanyaan:

1. Apa yang di sebut dengan gastritis?
2. Apa penyebab gastritis?
3. Bagaimana tanda dan gejala gastritis?
4. Bagaimana cara pencegahan gastritis?
5. Apa saja makanan yang disarankan bagi penderita gastritis

**J. Daftar Pustaka**

Terlampir



*Lampiran:*

## MATERI PENYULUHAN “GASTRITIS AKUT”

### 1. Pengertian Gastritis

Gastritis adalah suatu peradangan local atau menyebar pada mukosa lambung yang berkembang bila mekanisme protektif mukosa dipenuhi oleh bakteri atau iritan. Gastritis adalah peradangan mukosa lambung yang bersifat akut, kronik, difus dan local yang disebabkan oleh makanan, obat-obatan, zat kimia, stress, dan bakteri (Afrian Nian, 2015).

### 2. Penyebab Gastritis

Menurut Afrian Nian (2015) gastritis juga dapat disebabkan karena beberapa hal sebagai berikut :

- a. Pemakaian obat penghilang nyeri yang terus menerus.

Obat analgesic anti inflamasi nonsteroid (AINS) seperti aspirin, ibuprofen dan naproxen dapat menyebabkan peradangan pada lambung dengan cara mengurangi prostaglandin yang bertugas melindungi lambung.

- b. Penggunaan alkohol secara berlebihan.

Alkohol dapat mengiritasi dan mengikis mukosa pada dinding lambung dan membuat dinding lambung lebih rentan terhadap asam lambung walaupun pada kondisi normal.

- c. Radiasi dan kemoterapi.

Perawatan terhadap kanker seperti kemoterapi dan radiasi dapat mengakibatkan peradangan pada dinding lambung yang selanjutnya dapat berkembang menjadi gastritis dan ulkus peptic. Ketika tubuh terkena sejumlah kecil radiasi, kerusakan yang terjadi biasanya sementara, tapi dalam dosis besar akan mengakibatkan kerusakan tersebut menjadi permanen dan dapat mengikis dinding lambung serta merusak kelenjar-kelenjar pembentuk asam lambung.

- d. Penyakit bile refluks

Bile (empedu) adalah cairan yang membantu mencerna lemak-lemak dalam tubuh. Cairan ini diproduksi oleh hati. Ketika dilepaskan, empedu

akan melewati serangkaian saluran kecil dan menuju ke usus kecil. Dalam kondisi normal, sebuah otot spincter yang berbentuk seperti cincin akan mencegah empedu mengalir balik ke lambung. Tapi jika katup ini tidak bekerja dengan benar, maka empedu akan masuk ke dalam lambung dan mengakibatkan peradangan pada lambung dan gastritis. (Afrian Nian, 2015).

### **3. Tanda dan Gejala**

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 (kehilangan nafsu makan), atau nyeri epigastrium ringan yang diredakan dengan sendawa atau defekasi. Manifestasi yang lebih berat meliputi nyeri abdomen, mual, dan muntah. Perdarahan lambung dapat terjadi disertai hematesis atau melena (feses gelap yang mengandung darah) (Lemone, Burke, & Bauldoff, 2015).

Keluhan-keluhan yang disampaikan oleh penderita 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, atau tetap bertambah jika setelah makan. Selain nyeri uluhati, penderita gastritis mengeluh rasa penuh di perut bagian atas terutama sesudah makan, cepat kenyang, kembung, bersendawa, mual, muntah, rasa asam di mulut (Murjayanah H. , 2011). Kadang kala perdarahan gastrointestinal satu-satunya manifestasi, ketika makanan yang terkontaminasi penyebab gastritis, maka biasanya diare terjadi dalam 5 jam setelah mengonsumsi zat tersebut (Susila, Ganiajri, Puji Lestari, & Wulan Arum Sari, 2014).

### **4. Cara Pencegahan**

#### **a. Syarat Diet Penyakit Gastritis**

Makanan yang disajikan harus mudah dicerna dan tidak merangsang asam lambung serta tetap dapat memenuhi kebutuhan energi dan zat gizi. Jumlah energi pun harus sesuai dengan kebutuhan penderita. Sebaiknya asupan protein harus cukup tinggi ( $\pm 20-25\%$  dari total jumlah energi yang biasa diberikan),

sedangkan lemak perlu dibatasi. Protein berperan dalam menetralkan asam lambung, lemak yang berlebih dapat menimbulkan rasa mual, rasa tidak enak di uluhati, dan muntah karena tekanan di dalam lambung meningkat. Mengonsumsi jenis makanan yang mengandung asam lemak tak jenuh secara cukup merupakan pilihan tepat, sebab lemak jenis ini lebih mudah dicerna. Porsi makan yang diberikan dalam porsi kecil, tetapi sering (Murjayanah H., 2011).

b. Jenis dan Bentuk Makanan

Sebaiknya penderita gastritis menghindari makanan yang bersifat merangsang, diantaranya adalah makanan berserat dan penghasil gas maupun mengandung banyak bumbu dan rempah. Selain itu, penderita juga harus menghindari alkohol, kopi. Selain itu perlu memperhatikan teknik memasaknya, direbus, dikukus atau dipanggang adalah teknik memasak yang dianjurkan. Dalam pemberian diet pada pasien gastritis dikenal 4 jenis diet.

### 5. Makanan yang Disarankan

Untuk pasien gastritis makanan yang dikonsumsi harus mengandung cukup kalori dan protein (TKTP) namun tidak mengandung lemak/minyak, khususnya yang jenuh harus dikurangi. Makanan harus mudah dicerna, makanan tidak boleh mengandung bahan yang merangsang, menimbulkan gas, bersifat asam, dan yang bersifat melekat. Sebaiknya asupan protein harus cukup tinggi (sekitar 20-25% dari total jumlah energi yang biasa diberikan), protein berperan dalam menetralkan asam lambung. Sedangkan lemak perlu dibatasi, bila terpaksa menggunakan lemak, pilih jenis lemak yang tak jenuh.

Makanan yang diberikan pada pasien gastritis harus lunak dan mudah dicerna, serta sumber hidrat arang (nasi atau penggantinya) beras, seperti bubur atau tim, kentang direbus, biskuit, roti, dan bahan tepung yang dibuat bubur atau pudding. Sumber protein hewani (daging atau penggantinya) seperti ikan, hati, daging sapi empuk, daging ayam digiling atau dicincang dan direbus, ditim atau dipanggang, telur ayam direbus. Sumber protein nabati seperti tahu tempe direbus, ditim atau ditumis, kacang hijau direbus atau dihaluskan. Sayur-sayuran yang tidak banyak bahan serat dan tidak menimbulkan gas, misalnya : bayam, labu

siam, wortel, tomat direbus atau ditumis. Buah-buahan papaya, pisang rebus, sawo, dan sari buah (Ulfah, 2016).

## 6. Daftar Pustaka

- Afrian Nian, N. (2015). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Gastrointestinal*. Jakarta: TIM.
- Anisa Mardella, E. (2013). *HANDBOOK FOR BRUNNER & SUDDARTH'S TEXTBOOK OF MEDICAL-SURGICAL NURSING, Ed.12*. Jakarta : EGC.
- Husada, G. (2013). *Modul Pijat Bayi*. Surabaya: Prodi DIII Kebidanan Akademi Kebidanan Griya Husada Surabaya.
- Lemone, P., Burke, K. M., & Bauldoff, G. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Ed.5, Vol.2*. Jakarta: EGC.
- Murjayanah, H. (2011). *Faktor-faktor Resiko yang Berhubungan Dengan Kejadian Gastritis*. Semarang: Universitas Negeri Semarang.
- Murjayanah, H. (2011). *Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Gastritis*. Semarang: Universitas Negeri Semarang.
- Susila, A., Ganiajri, F., Puji Lestari, P., & Wulan Arum Sari, R. (2014). *Keperawatan Medika Bedah : Menejemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan, Edisi 8-Buku 2*. Indonesia: Salemba Medika.
- Ulfah, F. (2016). *Karya Tulis Ilmiah : Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pada Ny.N dan Ny.S Dengan Gastritis : Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh*. Lumajang: Akademi Keperawatan Lumajang.



SATUAN ACARA PENYUUNAN

GASTRITIS AKUT



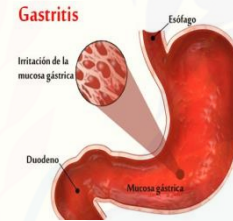
Oleh :

Khairun Nisa'

D3 KEPERAWATAN UNEJ KAMPUS  
LUMAJANG

1. PENGERTIAN

Gastritis adalah suatu peradangan local atau menyebar pada mukosa lambung yang berkembang bila mekanisme protektif mukosa dipenuhi oleh bakteri atau iritan. Gastritis adalah peradangan mukosa lambung yang bersifat akut, kronik, difus dan local yang disebabkan oleh makanan, obat-obatan, zat kimia, stress, dan bakteri (Afrian Nian, 2015).



2. PENYEBAB

- a) Makan tidak teratur
- b) Mengonsumsi sayuran yang mengandung banyak gas seperti kol.



- c) Mengonsumsi buah-buahan yang dapat merangsang peningkatan asam lambung seperti durian, nanas, dan nangka.
- d) Banyak mengonsumsi kopi dan minuman bersoda dan berkarbon tinggi



- e) Makanan yang dapat merangsang peningkatan asam lambung misalnya makanan yang pedas, asam, ketan.
- f) Merokok
- g) Stress/terlalu banyak pikira

3. TANDA GEJALA

- a) Nyeri pada uluhati seperti terbakar, tertusuk, teriris.
- b) Mual, muntah
- c) Rasa cepat kenyang, kembung,

4. PENCEGAHAN

- a) Makan sedikit tapi sering
- b) Hindari makanan yang mengandung banyak lemak



- c) Buat jadwal makan layaknya orang berpuasa, makanlah sesuai dengan jadwal yang telah dibuat
- d) Makanan harus mudah dicerna



### 5. MAKANAN YANG DIANJURKAN

- a) Makanan yang diberikan harus lunak dan mudah dicerna (bubur, nasi tim, kentang rebus, biscuit, atau roti)
- b) Sumber protein hewani (ikan direbus, daging sapi atau daging ayam yang digiling atau dicincang, direbus, telur ayam direbus)



- c) Sumber protein nabati (tempe atau tahu yang direbus, sayuran yang direbus atau dihaluskan)



- d) Sayuran yang tidak mengandung gas (bayam, labusiam, wortel, kentang, tomat)
- e) Buah-buahan (papaya, pisang direbus, sawo, sari buah)



SEHAT  
ITU  
NIKMAT



Terima kasih, Semoga Bermanfaat

## Lampiran 5

 **KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI**  
**UNIVERSITAS JEMBER**  
**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN KAMPUS LUMAJANG**  
Jl. Brigiend. Katamso Telp. (0334) 882262, Fax. (034) 882262 Lumajang 67312  
Email: [d3keperawatan@unej.ac.id](mailto:d3keperawatan@unej.ac.id)

---

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

Nomor : 191 /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 14 Februari 2018

**MEMUTUSKAN**

Menetapkan kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

N a m a : Khairun Nisa'  
Nomor Induk Mahasiswa : 152303101027  
Tempat, Tanggal Lahir : Lumajang, 25 Januari 1997  
Prodi : D3 Keperawatan  
Tingkat / Semester : III/ VI  
A l a m a t : Dusun Bulak Manggis, Desa Sumberejo RT/RW 008/003,  
Kecamatan Candipuro, Kabupaten Lumajang

dijinkan memulai menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan Keluarga Yang Anggota Keluarganya Mengalami Gastritis Akut Dengan Masalah Keperawatan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh Di Wilayah Kerja Puskesmas Sukodono Lumajang 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 : 14 Februari 2018

Koordinator Prodi D3 Keperawatan  
UNEJ Kampus Lumajang


**NURUL HAYATI, S.Kep.Ners.MM**  
NIP. 19650629198703 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 : 072/392/427.75/2018

- Dasar** :
- 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 ;
  - 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: 192/UN25.1.14.2/LT/2018 tanggal 14 Februari 2018 perihal Permohonan Ijin Pengambilan Data atas nama KHAIRUN NISA'.

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :

- Nama : KHAIRUN NISA'
- Alamat : Dsn Bulak manggis Desa Sumberejo RT 8 Rw 3 Kec. Candipuro
- Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
- Instansi/NIM : Universitas Jember Kampus Lumajang / 152303101027
- Kebangsaan : Indonesia

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

- Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Keluarga Yang Anggota Keluarganya Mengalami Gastritis Akut Dengan Masalah Keperawatan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh di Wilayah Kerja Puskesmas Sukodono Lumajang Tahun 2018
- Tujuan : Pengambilan Data
- Bidang Penelitian : D3 Keperawatan
- Penanggungjawab : Nurul Hayati, S.Kep.Ners.MM
- Anggota/Peserta : -
- Waktu Penelitian : 01 Maret 2018 s/d 31 Mei 2018
- Lokasi Penelitian : Puskesmas Sukodono Lumajang

- Dengan ketentuan** :
- Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
  - Pelaksanaan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat;
  - 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;
  - 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, 28 Februari 2018

Tembusan Yth. :

- Pt .Bupati Lumajang (sebagai laporan).
- Sdr. Ka. Polres Lumajang,
- Sdr. Ka. BAPPEDA Kab. Lumajang,
- Sdr. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Lumajang,
- Sdr. Ka. PKM Sukodono Lumajang,
- Sdr. Koord. Prodi Keperawatan UNEJ Kam. Lumajang,
- Sdr. Yang Bersangkutan.

a.n KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK  
KABUPATEN LUMAJANG  
Kepala Bidang HAL,



Drs. ABU HASAN  
Pembina

NIP. 19620801 199303 1 001



PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG  
DINAS KESEHATAN

Jl. Jend. S. Parman No. 13 Telp. (0334) 881066 Fax. 885184  
LUMAJANG – 67316

Lumajang, 12 Maret 2018

Nomor : 800.2/1647/427.55/2017  
Sifat : Biasa  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada:  
Yth. Sdr. Ka. Puskesmas Sukodono  
di-  
LUMAJANG

Menindak lanjuti surat dari Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lumajang nomor: 072/392/427.75/2018, tanggal 28 Februari 2018 perihal: Surat Pemberitahuan untuk Melakukan Survey/ KKN/ PKL, maka bersama ini kami hadirkan mahasiswa D3 Ilmu Keperawatan Universitas Jember yang akan melakukan penelitian tanggal 01 Maret – 31 Mei 2018 A.n :

NAMA : KHAIRUNISA

NIM : 152303101027

ALAMAT : Candipuro

JUDUL/ TEMA : Asuhan Kperawatan Keluarga yang Anggota keluarganya Mengalami Gastritis Akut dengan Masalah Keperawatan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh Diwilayah Kerja Puskesmas Sukodono Lumajang Tahun 2018

Selanjutnya kepada yang bersangkutan agar dibantu serta diberikan bimbingan sebagaimana mestinya.

Demikian atas kerja sama saudara disampaikan terima kasih.

An. KEPALA DINAS KESEHATAN  
KABUPATEN LUMAJANG  
Bidang SDK



Dr. RIA CENCERINA M.M  
Pembina  
NIP. 19620628 198303 2 015




## Lampiran 6

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
3	24/2018	Konsul BAB III	Revisi Partisipan dan penulisan		
4	25/2018	Konsul Revisi BAB I Konsul BAB II	BAB I ACC, perhatikan penulisan. BAB II. Tambahkan konsep nutrisi: MIC & MOC keluarga		
5	26/2018	Konsul Revisi BAB II	Konsep keluarga dalam asuhan keperawatan keluarga.		
6	5/2 2018	Konsul Revisi BAB I	Perhatikan penulisan, tambahkan referensi, implementasi dan evaluasi sesuai askep keluarga.		
7	8/2 2018	Konsul BAB II Konsul BAB III	BAB I ACC BAB III, perhatikan partisipan sesuai kasus keg.		
8	8/2 2018	Konsul Revisi BAB III	BAB III ACC		
9	17/04 2018	Konsul BAB IV	Revisi gambaran lokasi pengambilan data Koleksi wawancara ke bal. selanjutnya		




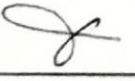
NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
10	20/05/2018	Konsul Revisi BAB IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pel 2 sertakan alamat pada gambar lokasi</li> <li>- ukuran jendela</li> <li>- Di pada analisis data lebih di</li> </ul>		
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Spesifikkan lagi</li> <li>- jika di atas FTD maka semua harus FTD</li> </ul>		
11	6/05/2018	Konsul Revisi BAB IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kestilmat dalam kolom ukuran font 11, space 1.0</li> <li>- Setiap tabel harus dibatas.</li> </ul>		
12	16/05/2018	Konsul Revisi BAB IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perhatikan penulisan dan bahasa</li> <li>- Tatanan lanjutan tabel di halaman sebelumnya dan selanjutnya.</li> </ul>		
13	21/05/2018	Konsul Revisi BAB IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Margin tabel dan tulisan di samping</li> <li>- Strees → Sterss.</li> <li>- Lanjutan BAB V</li> </ul>		
14	23/05.18	Konsul Revisi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jce skala</li> <li>- koshis ngg sng</li> </ul>		
			<hr/>		

	<b>FORMULIR</b>	No. Dok. :
	<b>LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL MAHASISWA</b>	Berlaku Sejak : Revisi :

**LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL KTI  
MAHASISWA D3 KEPERAWATAN UNEJ KAMPUS LUMAJANG**

**NAMA MAHASISWA** : KHAIRUN NISA'  
**N I M** : 152203101027  
**PROGRAM STUDI** :  
**JUDUL KARYA TULIS ILMIAH** :

**TAHAP PENULISAN PROPOSAL**

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
1	09/2018 /06	Konren BAB I Pasca Sidang.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lebih spesifik lagi dalam 5 item tugas keluarga.</li> <li>- Manfaat lagi Puskemas, Pemas lain dan lagi keluarga jebatan 5 tugas keluarga.</li> <li>- Solusi buat ateria lain.</li> </ul>		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
2	04/2018 /06	Konsul BAB 1-5 Pasca Bidang	- Konsul lagi keua buku Amban Korporasi Keluaran.		
			- Penulisan di perbaiki lagi - Konsul lagi harus sudah final. - Pathway font lebih kecil lagi.		
3	05/2018 /06	Revisi KTS	- Penulisan di perbaiki lagi - Font pathway lebih kecil lagi - Pembetulan kawa buku astap keluarga. - Do mind & keemasan		
4	08/2018 /06	Revisi KTS	- Bangun Pathway dalam daftar ini - Pembetulan di cantumkan. Setiap poin. - Waktu penyusunan data Setiap klien - Uji keabsahan data & dokumentasi di lampir karena tidak di lampirkan.		
6	08/2018 /06	Revisi KTS	- Ringkasan jelaskan pengkajian dan observasi - BAB 1 jelaskan lebih spesifik tentang peran Klg		



NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
6	22 / 2018 06	Konsul Revisi KTI	- Penulisan frisk head to toe lebih jelas lagi pada bagian abdomen. - Metode pengumpulan data dokumentasi		
		-	penambahan. melihat dalam rekamedis. - Penulisan abdomen ientumkan dalam analisa data		
7.	04 / 2018 07	Konsul Revisi KTI	bab 5 metode dokumentasi tentang pengobatan. Klien gastritis dalam rekamedis. ACE		
8.	09 / 2018 07	Konsul Revisi KTI	SDH free. Pen- peneca sig KTI		
9.	09 / 2018 07	Konsul Revisi KTI	ACC revisi history KTI		