

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP GASTRITIS

1. Pengertian Gastritis

Gastritis merupakan suatu proses inflamasi pada lapisan mukosa dan sub-mukosa lambung. Secara histopatologi dapat dibuktikan dengan adanya infiltrasi sel-sel pada daerah tersebut (Syam, 2014). Gastritis adalah inflamasi dari mukosa lambung klinis yang ditemukan berupa dispepsia atau indigesti berdasarkan pemeriksaan endodkopi ditemukan eritema mukosa, sedangkan hasil foto memperlihatkan iregularitas mukosa (Smeltzer&Base, 2015).

2. Manifestasi Klinis

Menurut Dhani (2019), Gambaran klinis pada gastritis dibedakan menjadi dua dengan manifestasi sebagai berikut, yaitu:

1. Gastritis Akut, gambaran klinis meliputi:
 - a. Timbulnya hemoragi yang mengakibatkan ulserasi superfisial pada lambung.
 - b. Perasaan mual dan ingin muntah, sakit kepala, kelelahan dan ketidaknyamanan pada abdomen.
 - c. Gejala asimptomatik sering terjadi pada beberapa pasien
 - d. Memuntahkan makanan yang membuat lambung iritasi agar tidak terjadi diare dan kolik.

- e. Dalam beberapa hari pasien akan pulih, namun sering kali nafsu makan belum kembali selama kurang lebih 3 hari.

2. Gastritis Kronis

Pada kasus gastritis kronis, sering terjadi penderita mengalami kembung setelah memakan sesuatu, ketidaknyamanan pada mulut, terjadinya mual dan muntah, paenderita juga sering mengalami nyeri pada ulu hati, dan juga mengalami penurunan nafsu makan (anoreksia). Gejala defisiensi B12 tidak akan terjadi pada gastritis dengan tipe a yang mengalami asimtomatik.

3. Klasifikasi Gastritis

Beberapa klarifikasi gastritis menurut Angos (2016) gastritis dibedakan menjadi dua, yaitu:

1. Gastritis Akut

Penyakit yang diakibatkan peradangan pada dinding lambung, untuk melindungi lambung dari kerusakan akibat asam lambung, dinding lambung dilapisi oleh lendir mukus yang cukup tebal. Gastritis akut dialami kurang dari tiga bulan. Gastritis akut dapat mengakibatkan luka pada lambung bahkan sering terjadi(Kurniyawan & Kosasih, 2015). Ada beberapa tipe pada gastritis kronis diantaranya gastritis akut, erosive, dan eosinofilik. Secara umum gastritis mempunyai tanda gejala yang serupa.

2. Gastritis kronik

Gastritis kronik, peradangan di lapisan lambung yang terjadi cukup lama penderita mengalami nyeri ulu hati perlahan dan dalam cukup lama. Nyeri diawali dengan yang lebih ringan dibanding dengan gastritis akut. Namun terjadi lebih lama dan sering muncul sehingga mengakibatkan peradangan kronis. Hal ini juga beresiko pada kanker lambung apabila tidak segera ditangani. Atropi progresif kelenjar menjadi tanda bahwa terjadi gastritis kronis pada lambung, karena hilangnya sel yang berperang pada lambung yaitu, sel parietal dan chief sel. Gastritis kronik dibedakan menjadi tiga jenis yaitu gastritis superfisial, gastritis atropi dan gastritis hipertropi (Kurniyawan & Kosasih, 2015).

4. Etiologi

Menurut Sipponen and Maaros (2015), Penyebab gastritis dapat dibedakan sesuai dengan klasifikasi, yaitu sebagai berikut :

1. Gastritis Akut, disebabkan oleh penggunaan obat-obat analgetik dan anti inflamasi terutapan aspirin secara bebas tidak menggunakan resep dokter. Mengonsumsi bahan-bahan kimia seperti alkohol, kopi yang banyak mengandung kafein dan juga orang yang.
2. Gastritis Kronik, penyebab yang terjadi pada umumnya belum diketahui secara rinci, hanya saja sering bersifat multifaktor. Bisa terjadi akibat kuman, pola makan yang tidak benar, memakan

makanan yang dipantang, dan kurangnya kepatuhan dalam terapi pengobatan

5. Komplikasi

Komplikasi yang mungkin dapat terjadi pada gastritis menurut Sipponen and Maaros (2015) adalah:

1. Terjadinya saluran pencernaan yang mengalami pendarahan.
2. Terganggunya absorpsi dari vitamin B12 yang menjadikan ulkus, perforasi dan anemia.
3. Pada gastritis akut, sering kali terjadi komplikasi yang menimbulkan pendarahan pada bagian saluran pencernaan bagian. Terjadinya anemia, akibat mengalami kurang penyerapan yang disebabkan gangguan vitamin B12.

6. Pemeriksaan Penunjang

1. Radiology, merupakan pemeriksaan sinar x gastrointestinal bagian atas.
2. Endoscopy, gastroscopy ditemukan mukosa yang hiperemik.
3. Laboratorium, mengetahui kadar asam hidroklorida.
4. EGD (Esofagogastriduodenoskopi), tes diagnostic kunci untuk perdarahan gastritis, dilakukan untuk melihat sisi perdarahan atau derajat ulkus jaringan atau cidera.
5. Pemeriksaan Histopatologi, tampak kerusakan mukosa karena erosi tidak pernah melewati mukosa muskularis.
6. USG, mengetahui luka ataupun massa melalui gambar.

7. Penatalaksanaan

1. Pengobatan untuk gastritis meliputi :

- a. Antikoagulan: pada lambung bila mengalami perdarahan.
- b. Antasida: untuk gastritis yang parah, untuk mempertahankan keseimbangan cairan sampai gejala-gejala mereda cairan dan elektrolit diberikan lewat intravena, untuk gastritis yang tidak parah diobati dengan antasida serta istirahat.
- c. Histonin: untuk menghambat pembentukan asam lambung serta untuk menurunkan iritasi lambung dapat diberikan ranitidin.
- d. Sulcralfate: diberikan untuk melindungi mukosa lambung dengan cara menyeliputinya, untuk mencegah difusi kembali asam serta pepsin yang menyebabkan iritasi.
- e. Pembedahan: untuk mengangkat gangreen dan perforasi, Gastrojejunuskopi atau reseksi lambung: mengatasi obstruksi pilorus (Dermawan, 2010).

2. Secara medis penatalaksanaan gastritis meliputi :

Gastritis akut dapat diatasi dengan menginstruksikan pasien agar menghindari alkohol serta makanan sampai gejala berkurang. Apabila pasien bisa makan melalui mulut, dianjurkan diet yang bergizi. Apabila gejala menetap, perlu diberikan cairan secara parenteral. Apabila terjadi perdarahan, maka penatalaksanaannya serupa dengan prosedur yang dilakukan untuk hemoragik saluran gastrointestinal atas. Apabila gastritis diakibatkan karena mencerna

makanan yang sangat asam atau alkali, pengobatannya ialah pengenceran serta penetralisasian agen penyebab. Untuk menetralsasi asam, digunakan antasida umum (misal : alumunium hidroksida) untuk menetralsasi alkali, digunakan jus lemon encer atau cuka encer. Apabila korosi luas atau berat, emetik, dan lafase dihindari karena bahaya perforasi. Terapi pendukung meliputi intubasi, analgesic dan sedative, antasida, serta cairan intravena, mungkin juga diperlukan endoskopi fiberopti. Untuk mengangkat gangreen atau jaringan perforasi dapat juga dilakukan pembedahan darurat. Untuk mengatasi obstruksi pilrus juga diperlukan gastrojejunostomi atau reseksi lambung. Gastritis kronis dapat diatasi dengan memodifikasi diet pasien, meningkatkan istirahat, mengurangi stress serta memulai farmakoterapi. H. Pilory data diatasi dengan antibiotic (seperti tetrasiklin atau amoksisilin) dan garam bismu (pepto bismo). Pasien dengan gastritis A biasanya mengalami malabsorpsi vitamin B12 yang dikarenakan oleh adanya antibody terhadap faktor instrinsik (Smeltzer, 2010).

3. Secara keperawatan penatalaksanaannya meliputi :

- a. Menjalani tirah baring
- b. Diit makanan lunak tidak ada pedas dan asam
- c. Mengatasi stres

Air teh, air kaldu, air jahe dengan soda kemudian diberikan peroral pada interval yang sering. Makanan yang sudah dihaluskan seperti

pudding, agar-agar dan sup, biasanya dapat ditoleransi setelah 12 – 24 jam dan kemudian makanan-makanan berikutnya ditambahkan secara bertahap. Pasien dengan gastritis superficial yang kronis biasanya berespon terhadap diet sehingga harus menghindari makanan yang berbumbu banyak atau berminyak (Dermawan, 2010).

B. KONSEP KELUARGA

1. Pengertian Keluarga

Menurut WHO dalam Sulisty Andarmoyo (2012), keluarga adalah kumpulan anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan.

Menurut Raisaner dalam Jhonson (2010), keluarga adalah sebuah kelompok yang terdiri dari dua orang atau lebih yang masing-masing mempunyai hubungan kekerabatan yang terdiri dari bapak, ibu, adik, kakak dan nenek.

2. Fungsi Keluarga

Keluarga mempunyai 5 fungsi yaitu :

a. Fungsi Afektif

Fungsi afektif berhubungan erat dengan fungsi internal keluarga yang merupakan basis kekuatan keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan fungsi afektif tampak pada kebahagiaan dan kegembiraan dari seluruh anggota keluarga. Komponen yang perlu dipenuhi oleh

keluarga dalam melaksanakan fungsi afektif adalah (Friedman, M.M et al., 2010) :

1. Saling mengasuh yaitu memberikan cinta kasih, kehangatan, saling menerima, saling mendukung antar anggota keluarga.
2. Saling menghargai, bila anggota keluarga saling menghargai dan mengakui keberadaan dan hak setiap anggota keluarga serta selalu mempertahankan iklim positif maka fungsi afektif akan tercapai.
3. Ikatan dan identifikasi ikatan keluarga di mulai sejak pasangan sepakat memulai hidup baru.

b. Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi di mulai sejak manusia lahir. Keluarga merupakan tempat individu untuk belajar bersosialisasi, misalnya anak yang baru lahir dia akan menatap ayah, ibu dan orang-orang yang ada disekitarnya. Dalam hal ini keluarga dapat Membina hubungan sosial pada anak, Membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak, dan Menaruh nilai-nilai budaya keluarga.

c. Fungsi Reproduksi

Fungsi reproduksi untuk meneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia. Maka dengan ikatan suatu perkawinan yang sah, selain untuk memenuhi kebutuhan biologis

pada pasangan tujuan untuk membentuk keluarga adalah meneruskan keturunan.

d. Fungsi Ekonomi

Merupakan fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarga seperti memenuhi kebutuhan makan, pakaian, dan tempat tinggal.

e. Fungsi Perawatan Kesehatan

Keluarga juga berperan untuk melaksanakan praktik asuhan keperawatan, yaitu untuk mencegah gangguan kesehatan atau merawat anggota keluarga yang sakit. Keluarga yang dapat melaksanakan tugas kesehatan berarti sanggup menyelesaikan masalah kesehatan.

3. Tipe Keluarga

Menurut (Nadirawati, 2018) tipe keluarga adalah:

a. Keluarga tradisional

1) Keluarga inti (*The Nuclear Family*) yaitu keluarga yang terdiri dari suami, istri, dan anak baik sebab biologis maupun adopsi yang tinggal bersama dalam satu rumah. Tipe keluarga inti diantaranya:

a) Keluarga tanpa anak (*The Dyad Family*) yaitu keluarga dengan suami dan istri (tanpa anak) yang hidup bersama dalam satu rumah

- b) The Childless Family yaitu keluarga tanpa anak dikarenakan terlambat menikah dan untuk mendapatkan anak terlambat waktunya disebabkan mengejar karir/pendidikan yang terjadi pada wanita.
 - c) Keluarga adopsi yaitu keluarga yang mengambil tanggung jawab secara sah dari orang tua kandung ke keluarga yang menginginkan anak.
 - d) Keluarga Duda/janda (Single Family) adalah keluarga yang terjadi karena perceraian atau kematian.
- 2) Keluarga besar (*The Extended Family*) yaitu keluarga yang terdiri dari tiga generasi yang hidup bersama dalam satu rumah, contohnya seperti *nuclear family* disertai paman, tante, kakek, dan nenek.
- a) Keluarga orang tua tunggal (*The Singel-Parent Family*) yaitu keluarga yang terdiri dari satu orang tua (ayah dan ibu) dengan anak. Hal ini biasanya terjadi karena perceraian, kematian atau karena ditinggalkan (menyalahi hukum pernikahan).
 - b) *Commuter Family* yaitu kedua orang tua (suami-istri) bekerja di kota yang berbeda, tetapi salah satu kota tersebut sebagai tempat tinggal dan yang berkerja di luar kota bisa berkumpul dengan anggota keluarga pada saat akhir minggu, bulan atau pada waktu-waktu tertentu.

- c) *Multigeneration Family* yaitu keluarga dengan beberapa generasi atau kelompok umur yang tinggal bersama satu rumah.
- d) *Kin-Network Family* yaitu beberapa keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah atau berdekatan dan saling menggunakan barang-barang dan pelayanan yang sama. Contohnya seperti kamar mandi, dapur, televisi dan lain-lain.
- e) Keluarga campuran (*Blended Family*) yaitu duda atau janda (karena perceraian) yang menikah kembali dan membesarkan anak dari hasil perkawinan atau dari perkawinan sebelumnya.
- f) Dewasa lajang yang tinggal sendiri (*The Singel Adult Living Alone*) yaitu keluarga yang terdiri dari orang dewasa yang hidup sendiri karena pilihannya atau perpisahan (separasi), seperti perceraian atau ditinggal mati.
- g) *Faster Family* yaitu pelayanan untuk suatu keluarga dimana anak ditempatkan di rumah terpisah dari orang tua aslinya jika orang tua dinyatakan tidak merawat anak-anak mereka dengan baik. Anak tersebut akan dikembalikan kepada orang tuanya jika orang tuanya sudah mampu untuk merawat.

b. Keluarga non tradisional

- 1) *The Unmarried Teenage Mother* yaitu keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa nikah.
- 2) *The Step Parent Family* yaitu keluarga dengan orang tua tiri.
- 3) *Commune Family* yaitu beberapa keluarga (dengan anak) yang tidak ada hubungan saudara yang hidup bersama dalam satu rumah, sumber, dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama, serta sosialisasi anak melalui aktivitas kelompok/membesarkan anak bersama.
- 4) Keluarga kumpul kebo heteroseksual (*The Nonmarital Heterosexual Cohabiting Family*) yaitu keluarga yang hidup bersama berganti-ganti pasangan tanpa melakukan pernikahan.
- 5) *Gay and Lesbian Family* yaitu seseorang yang mempunyai peramaan seks hidup bersama sebagaimana '*marital partners*'.
- 6) *Cohabiting Family* yaitu orang dewasa yang tinggal bersama di luar hubungan perkawinan melainkan dengan alasan tertentu.
- 7) *Group-Marriage Family* yaitu beberapa orang dewasa yang menggunakan alat-alat rumah tangga bersama yang saling merasa menikah satu dengan lainnya, berbagi sesuatu termasuk seksual dan membesarkan anak.
- 8) *Group Network Family* yaitu keluarga inti yang dibatasi aturan/nilai-nilai. Hidup berdekatan satu sama lain, dan saling

menggunakan alat-alat rumah tangga bersama, pelayanan, dan bertanggung jawab membesarkan anaknya.

9) *Foster Family* yaitu keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga/saudara didalam waktu sementara, pada saat orang tua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga aslinya.

10) *Homeless Family* yaitu keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi atau masalah kesehatan mental.

11) *Gang* yaitu bentuk keluarga yang destruktif dari orang-orang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga mempunyai perhatian tetapi berkembang dalam kekerasan dan kriminal dalam kehidupannya.

4. Tahap-Tahap Perkembangan Keluarga

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

a. Keluarga Baru (Berganning Family)

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

memiliki anak atau KB, persiapan menjadi orangtua dan memahami prenatal care (pengertian kehamilan, persalinan dan menjadi orangtua).

b. Keluarga dengan anak pertama < 30bln (child bearing)

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

c. Keluarga dengan anak pra sekolah

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

d. Keluarga dengan anak sekolah (6-13 tahun)

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

e. Keluarga dengan anak remaja (13-20 tahun)

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

f. Keluarga dengan anak dewasa

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

g. Keluarga usia pertengahan (middle age family)

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

h. Keluarga lanjut usia

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

5. Tugas Keluarga dalam bidang kesehatan adalah sebagai berikut :

a. Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan

b. Keluarga mampu mengambil keputusan untuk melakukan tindakan

- c. Keluarga mampu melakukan perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit
- d. Keluarga mampu menciptakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan
- e. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang terdapat di lingkungan setempat

6. Peran Keluarga

Peran keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peran individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok, dan masyarakat (Friedman, 2010)

keluarga memiliki peran penting dalam merawat dan menangani penderita yang mengalami nyeri gastritis. Dukungan keluarga juga sangat penting dalam pengelolaan nyeri gastritis tersebut. Dukungan keluarga tersebut meliputi dukungan penilaian, dukungan instrumental, dukungan informasional dan dukungan emosional. Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan mendeskripsikan asuhan keperawatan keluarga pada pasien gastritis dengan fokus masalah dukungan keluarga dalam pengelolaan nyeri gastritis

7. Berikut ini daftar diagnosis keperawatan komunitas yang tersedia dalam buku SDKI terbitan PPNI

- a. Ketidakmampuan coping keluarga

- b. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif
- c. Gangguan proses keluarga
- d. Gangguan fungsi keluarga
- e. Kesiapan Peningkatan Proses Keluarga
- f. Kesiapan Peningkatan Koping Keluarga
- g. Defisit pengetahuan

C. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

Asuhan keperawatan keluarga merupakan suatu rangkaian kegiatan dalam praktek keperawatan yang diberikan pada klien sebagai anggota keluarga pada tatanan komunitas dengan menggunakan proses keperawatan, berpedoman pada standar keperawatan dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan (WHO, 2014).

1. KONSEP UMUM

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan, tahap ini merupakan dasar dalam mengidentifikasi kebutuhan keperawatan klien. Pengkajian yang sistematis dengan pengumpulan data dan di evaluasi untuk mengetahui status kesehatan klien. Pengkajian yang akurat, sistematis dan kontinu akan membantu menentukan tahapan selanjutnya dalam proses keperawatan (Olfah, 2016).

Pengkajian terhadap data umum keluarga meliputi :

1. Nama kepala keluarga

2. Alamat dan nomor telepon
3. Pekerjaan kepala keluarga
4. Pendidikan kepala keluarga
5. Komposisi keluarga dan genogram
6. Tipe keluarga
7. Suku bangsa
8. Agama
9. Status sosial ekonomi keluarga dan aktifitas rekreasi keluarga.

Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

- a. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Ditentukan dengan usia atau perkembangan anak tertua dari keluarga inti

- b. Riwayat keluarga inti

Menjelaskan riwayat keluarga inti mulai lahir hingga saat ini meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, status imunisasi, sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga, pengalaman terhadap pelayanan kesehatan dan tindakan yang telah dilakukan berkaitan dengan kesehatan.

Pengkajian Lingkungan

- a. Karakteristik Rumah

Gambaran tipe tempat tinggal (rumah, sewa kamar, apartemen dll) dan kepemilikan hak rumah . Perincian denah

rumah termasuk bangun, ukuran, atap, ventilasi, jendela, pintu, apakah lantai, tangga dan susunan bangunan yang lain dalam kondisi yang adekuat. Pada bagian dapur bagaimana suplai air minum dan penggunaan alat-alat untuk memasak. Untuk kamar mandi bagaimana sanitasi air dan fasilitas toilet. Mengamati keadaan rumah apakah rumah klien bersih apa tidak, kebiasaan keluarga dalam merawat rumah dan kepuasan keluarga terhadap rumah/lingkungan.

b. Karakteristik tetangga komunitas

Tipe lingkungan/komunitas keluarga (desa, kota, subkota). Adat istiadat komunitas setempat serta pola pergaulan keluarga dapat memicu terjadinya penyebab penyakit dalam suatu komunitas.

c. Mobilitas geografis keluarga

Ditentukan dengan kebiasaan berpindah-pindah tempat tinggal, berapa lama keluarga tinggal di daerah ini juga perlu dikaji.

Struktur Keluarga

a. Pola/cara komunikasi keluarga

Dilihat dari cara keluarga dalam berkomunikasi apakah saling terbuka dan saling membantu, bahasa apa yang digunakan dalam keluarga. Frekuensi dan kualitas komunikasi yang berlangsung dalam keluarga.

b. Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan anggota keluarga dalam mengendalikan dan memengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku. Hal yang perlu dikaji siapa yang membuat keputusan keluarga, siapa yang mengelola keuangan dalam keluarga. Saat terjadi masalah apakah masalah diselesaikan dengan cara bermusyawarah atau tidak.

c. Struktur Peran

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

d. Nilai atau norma keluarga

Nilai dan norma yang dianut oleh keluarga yang berhubungan dengan kesehatan.

Fungsi Keluarga

- a. Fungsi afektif dan koping; apakah keluarga mampu memberikan kenyamanan emosional, dan mempertahankan saat terjadi stres.
- b. Fungsi sosialisasi; bagaimana kerukunan hidup, interaksi dan hubungan dalam keluarga dan bagaimana partisipasi keluarga dalam kegiatan sosial.
- c. Fungsi reproduksi; apakah keluarga memiliki perencanaan jumlah anak, apakah keluarga melakukan program KB.

- d. Fungsi ekonomi; keluarga memberikan finansial untuk anggota keluarga dan kepentingan di masyarakat.
- e. Fungsi pemeliharaan kesehatan; apakah keluarga dapat memberikan keamanan dan kenyamanan lingkungan yang dibutuhkan untuk pertumbuhan, perkembangan dan istirahat juga penyembuhan dari sakit.

Stres dan Koping Keluarga

Kemampuan keluarga dalam mengenali stressor jangka pendek (< 6 bulan) dan jangka panjang (> 6 bulan), apakah keluarga mampu mengatasi ketegangan dan stressor biasa dalam kehidupan sehari-hari dan bagaimana upaya keluarga dalam mengatasi masalah

b. Analisa Data

Setelah data terkumpul, maka langkah selanjutnya ialah membuat Analisa data dengan mengelompokkan masing-masing data yang digunakan untuk merumuskan masalah keperawatan keluarga yang terjadi pada keluarga (Andarmoyo, 2012). Menurut Effendi (1998) dalam Bakri (2017) sebelum menyusun masalah kesehatan dan keperawatan dalam keluarga harus melihat masalah tersebut serta ketidakmampuan keluarga saat menjalankan tugas keluarga dibidang kesehatan

c. Prioritas Masalah

Penentuan prioritas masalah kesehatan adalah suatu proses yang dilakukan oleh sekelompok orang dengan menggunakan metode tertentu untuk menentukan urutan masalah dari yang paling penting sampai dengan kurang penting. Penetapan prioritas memerlukan perumusan masalah yang baik, yakni spesifik, jelas, ada kesenjangan yang dinyatakan secara kualitatif dan kuantitatif, serta dirumuskan secara sistematis.

d. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinik tentang respon individu, kelompok atau komunitas terhadap masalah kesehatan yang aktual dan potensial. Perumusan dengan diagnosa berdasarkan data yang didapatkan pada pengkajian yang berhubungan dengan etiologi yang berasal dari data pengkajian fungsi perawatan keluarga (Gusti, 2013)

Perumusan diagnose keperawatan keluarga dapat diarahkan pada sasaran individu atau keluarga. Komponen diagnosa keperawatan meliputi masalah (problem), penyebab (etiologi), dan atau tanda (sign). Perumusan problem merupakan respon terhadap gangguan kebutuhan dasar. Sedangkan etiologi mengacu pada 5 tugas keluarga, yaitu :

- 1) Ketidak mampuan keluarga mengenal masalah
- 2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan
- 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

- 4) Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan
- 5) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan

e. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan perawatan keluarga terdiri dari beberapa penetapan tujuan, mencakup tujuan umum dan khusus, rencana intervensi serta dilengkapi dengan rencana evaluasi yang membuat kriteria dan standar. Tujuan dirumuskan secara spesifik (spesifik), dapat diukur (measurable), dapat dicapai (achievable), rasional atau masuk akal (rasional) dan menunjukkan waktu (time) yang disingkat menjadi SMART. Rencana intervensi ditetapkan untuk mencapai tujuan (Padila, 2012).

Selanjutnya intervensi keperawatan keluarga diklasifikasikan menjadi intervensi yang mengarah pada aspek kognitif, efektif, dan psikomotor (perilaku) yang ditujukan untuk meningkatkan kemampuan keluarga melaksanakan lima tugas keluarga dalam kesehatan. Kriteria dan standar merupakan rencana evaluasi, berupa pernyataan spesifik tentang hasil yang diharapkan dari setiap tindakan berdasarkan tujuan khusus yang ditetapkan. Kriteria dapat berupa respon verbal, sikap, atau psikomotor, sedangkan standar berupa patokan/ukuran yang kita tentukan berdasarkan kemampuan keluarga (Padila, 2012).

f. Implementasi

Implementasi atau pelaksanaan merupakan salah satu tahap proses keperawatan keluarga dimana perawat mendapatkan kesempatan untuk membangkitkan minat untuk mendapatkan perbaikan kearah perilaku hidup sehat. Pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga didasarkan kepada rencana asuhan keperawatan yang telah disusun sebelumnya (Gusti, 2013).

Menurut Gusti (2013), tindakan perawat terhadap keluarga berupa:

1. 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
2. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, dengan cara:
 1. Mengidentifikasi konsekuensi tindakan dan jika tidak melakukannya
 2. Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
3. Memberi kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit:
 1. Mendemonstrasikan cara perawatan dengan menggunakan alat dan fasilitas yang ada dirumah
 2. Mengawasi keluarga melakukan tindakan keperawatan
4. Membantu keluarga menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi:

1. Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
2. Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin
5. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada:
 1. Memperkenalkan fasilitas kesehatan yang ada dalam lingkungan
 2. Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada

g. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan. Kegiatan evaluasi ini yaitu membandingkan hasil yang telah dicapai setelah implementasi keperawatan dengan tujuan sesuai perencanaan (Bararah & Jauhar, 2013).

2. Konsep Nyeri

1. Pengertian Nyeri

Nyeri adalah suatu mekanisme pertahanan bagi tubuh yang timbul bila mana jaringan sedang dirusak yang menyebabkan individu tersebut bereaksi dengan cara memindahkan stimulus nyeri (Guyton & Hall, 2008 dalam Saifullah, 2015). Nyeri menurut Rospond (2008) merupakan sensasi yang penting bagi tubuh. Sensasi penglihatan, pendengaran, bau, rasa, sentuhan, dan nyeri merupakan hasil stimulasi reseptor sensorik, provokasi saraf-saraf sensorik nyeri menghasilkan

reaksi ketidaknyamanan, distress, atau menderita. Menurut Handayani (2015) nyeri adalah kejadian yang tidak menyenangkan, mengubah gaya hidup dan kesejahteraan individu.

Nyeri adalah pengalaman sensori dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau potensial yang dirasakan dalam kejadian dimana terjadi kerusakan jaringan tubuh (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016).

Nyeri adalah pengalaman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (SDKI PPNI, 2016).

2. Fisiologi Nyeri

Terdapat tiga komponen fisiologis dalam nyeri yaitu resepsi, persepsi, dan relaksi. Stimulus penghasil nyeri mengirimkan impuls melalui serabut saraf perifer. Serabut nyeri memasuki medula spinalis dan menjalani salah satu dari beberapa rute saraf dan akhirnya sampai di dalam masa berwarna abu-abu di medula spinalis. Terdapat pesan nyeri dapat berinteraksi dengan sel-sel saraf inhibitor, mencegah stimulus nyeri sehingga tidak mencapai otak atau ditransmisi tanpa hambatan ke korteks serebral, maka otak menginterpretasi kualitas nyeri dan memproses informasi tentang pengalaman dan pengetahuan yang dimiliki serta asosiasi kebudayaan dalam upaya mempersiapkan nyeri (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016).

3. Klasifikasi Nyeri

Tabel 2.1

Nyeri dapat diklasifikasikan menjadi nyeri akut dan nyeri kronis.

Nyeri Akut	Nyeri Kronis
Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari kurang 3 bulan	Nyeri kronis adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan.
Penyebab nyeri akut antara lain: A. Agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, iskemia, meoplasma) B. Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan) C. Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)	Penyebab nyeri kronis antara lain: 1. Kondisi muskuloskeletal kronis 2. Kerusakan sistem saraf 3. Penekanan saraf 4. Infiltrasi tumor 5. Ketidakseimbangan neuromedulator, dan reseptor 6. Gangguan imunitas (mis: neuropati terkait HIV, virus vericella-zoster) 7. Gangguan fungsi metabolik 8. Riwayat posisi kerja statis 9. Peningkatan indeks massa tubuh 10. Kondisi pasca trauma 11. Tekanan emosional 12. Riwayat penganiayaan (mis: fisik, psikologis, seksual) 13. Riwayat penyalahgunaan obat/zat

Sumber: (SDKI PPNI, 2016).

4. Respons terhadap nyeri

Reaksi terhadap nyeri terdiri atas respons fisiologis, psikologis, dan perilaku yang terjadi setelah mempersepsikan nyeri.

1. Reaksi fisiologis

Pada saat impuls nyeri naik ke medula spinalis menuju ke batang otak dan talamus, sistem saraf otonom menjadi terstimulasi sebagai bagian dari respons stres. Nyeri dengan intensitas ringan hingga sedang dan nyeri yang superfisial menimbulkan reaksi “flight-ataufight”, yang merupakan sindrom adaptasi umum. Stimulasi pada cabang simpatis pada sistem saraf otonom menghasilkan respons fisiologis. Apabila nyeri berlangsung terus-menerus secara tipikal akan melibatkan organ-organ viseral, sistem saraf parasimpatis menghasilkan suatu aksi. Respons fisiologis terhadap nyeri sangat membahayakan individu. Kecuali pada kasus-kasus nyeri berat yang menyebabkan individu mengalami syok, kebanyakan individu mencapai tingkat adaptasi, yaitu tanda-tanda fisik kembali normal. Dengan demikian klien yang mengalami nyeri tidak akan selalu memperlihatkan tanda-tanda fisik (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016).

2. Reaksi psikologis

Respons psikologis sangat berkaitan dengan pemahaman klien tentang nyeri. Klien yang mengartikan nyeri sebagai sesuatu yang “negatif” cenderung memiliki suasana hati sedih, berduka, ketidakberdayaan, dan dapat berbalik menjadi rasa marah atau frustrasi. Sebaliknya, bagi klien yang memiliki persepsi yang

“positif” cenderung menerima nyeri yang dialaminya (Zakiyah, 2015).

3. Respons perilaku

Sensasi nyeri terjadi ketika merasakan nyeri. Gerakan tubuh yang khas dan ekspresi wajah yang mengindikasikan nyeri dapat ditunjukkan oleh pasien sebagai respons perilaku terhadap nyeri. Respons tersebut seperti: mengerutkan dahi, gelisah, memalingkan wajah ketika diajak bicara (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016).

5. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

1. Usia

Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Anak kecil mempunyai kesulitan memahami nyeri dan prosedur yang dilakukan perawat yang menyebabkan nyeri. Anak-anak juga mengalami kesulitan secara verbal dalam mengungkapkan dan mengekspresikan nyeri. Sedangkan pasien yang berusia lanjut, memiliki risiko tinggi mengalami situasi yang membuat mereka merasakan nyeri akibat adanya komplikasi penyakit dan degeneratif.

2. Jenis kelamin

Beberapa kebudayaan yang mempengaruhi jenis kelamin misalnya menganggap bahwa seorang anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Namun secara umum, pria dan

wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berespons terhadap nyeri.

3. Kebudayaan

Beberapa kebudayaan yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah suatu yang alamiah. Kebudayaan lain cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup (introvert). Sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Dengan demikian hal ini dapat mempengaruhi pengeluaran fisiologis opial endogen sehingga terjadilah persepsi nyeri.

4. Perhatian

Tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respons nyeri yang menurun

5. Makna nyeri

Individu akan mempresepsikan nyeri berbeda-beda apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman, dan tantangan. Makna nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri.

6. Ansietas

Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Apabila rasa cemas tidak mendapat perhatian dapat menimbulkan suatu masalah penatalaksanaan nyeri yang serius.

7. Gaya coping

Individu yang memiliki lokus kendali internal mempersepsikan diri mereka sebagai individu yang dapat mengendalikan lingkungan mereka dan hasil akhir suatu peristiwa seperti nyeri. Sebaliknya, individu yang memiliki lokus kendali eksternal mempersepsikan faktor lain di dalam lingkungan mereka seperti perawat sebagai individu yang bertanggung jawab terhadap hasil akhir suatu peristiwa.

8. Kelelahan

Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping sehingga meningkatkan persepsi nyeri.

9. Pengalaman sebelumnya

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri sebelumnya namun tidak selalu berarti bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah di masa datang.

10. Dukungan keluarga dan sosial

Kehadiran orang-orang terdekat dan bagaimana sikap mereka terhadap klien dapat memengaruhi respons nyeri. Pasien dengan nyeri memerlukan dukungan, bantuan dan perlindungan walaupun nyeri tetap dirasakan namun kehadiran orang yang dicintai akan meminimalkan kesepian dan ketakutan (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016).

6. Efek yang ditimbulkan oleh nyeri

Nyeri merupakan kejadian ketidaknyamanan yang dalam perkembangannya akan mempengaruhi berbagai komponen dalam tubuh. Efek nyeri dapat berpengaruh terhadap fisik, perilaku, dan pengaruhnya pada aktivitas sehari-hari (Andarmoyo, 2017).

1. Tanda dan gejala

Tanda fisiologis dapat menunjukkan nyeri pada klien yang berupaya untuk tidak mengeluh atau mengakui ketidaknyamanan. Sangat penting untuk mengobservasi keterlibatan saraf otonom. Saat awitan nyeri akut, denyut jantung, tekanan darah, dan frekuensi pernapasan meningkat (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016).

2. Efek fisik

a. Nyeri akut

Pada nyeri akut, nyeri yang tidak diatasi secara adekuat mempunyai efek yang membahayakan diluar ketidaknyamanan yang disebabkan. Selain merasakan ketidaknyamanan dan mengganggu, nyeri akut yang tidak kunjung mereda dapat

memengaruhi sistem pulmonary, kardiovaskuler, gastrointestinal, endokrin, dan imunologik (Andarmoyo, 2017).

b. Nyeri kronis

Seperti halnya nyeri akut, nyeri kronis juga mempunyai efek negatif dan merugikan. Supresi atau penekanan yang terlalu lama pada fungsi imun yang berkaitan dengan nyeri kronis dapat meningkatkan pertumbuhan tumor (Andarmoyo, 2017).

3. Efek perilaku

Pasien yang mengalami nyeri menunjukkan ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang khas dan berespons secara vokal serta mengalami kerusakan dalam interaksi sosial. Pasien seringkali meringis, mengernyitkan dahi, menggigit bibir, gelisah, imobilisasi, mengalami ketegangan otot, melakukan gerakan melindungi bagian tubuh sampai dengan menghindari percakapan, menghindari kontak sosial dan hanya fokus pada aktivitas menghilangkan nyeri (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016).

4. Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

Pasien mengalami nyeri setiap hari kurang mampu berpartisipasi dalam aktivitas rutin, seperti mengalami kesulitan dalam melakukan tindakan higiene normal dan dapat mengganggu aktivitas sosial dan hubungan seksual (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016)

7. Penanganan Nyeri

1. Penanganan nyeri farmakologis

a. Analgesik narkotik

Analgesik narkotik terdiri dari berbagai derivat opium seperti morfin dan kodein. Narkotik dapat memberikan efek penurunan nyeri dan kegembiraan karena obat ini mengaktifkan penekan nyeri endogen pada susunan saraf pusat. Namun penggunaan obat ini menimbulkan efek menekan pusat pernapasan di medulla batang otak sehingga perlu pengkajian secara teratur terhadap perubahan dalam status pernapasan jika menggunakan analgesik jenis ini (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016).

Penggunaan Obat analgesik anti inflamasi nonsteroid Obat analgesik anti inflamasi nonsteroid (AINS) seperti aspirin, ibuprofen dan naproxen dapat menyebabkan peradangan pada lambung dengan cara mengurangi prostaglandin yang bertugas melindungi dinding lambung. Jika pemakaian obat obat tersebut hanya sesekali maka kemungkinan terjadinya masalah lambung akan kecil. Tapi jika pemakaiannya dilakukan secara terus menerus atau pemakaian yang berlebihan dapat mengakibatkan gastritis

b. Analgesik non narkotik

Analgesik non narkotik seperti aspirin, asetaminofen, dan ibuprofen selain memiliki efek anti nyeri juga memiliki efek anti inflamasi dan anti piretik. Obat golongan ini menyebabkan penurunan nyeri dengan menghambat produksi prostaglandin dari

jaringan yang mengalami atau inflamasi. Efek samping yang paling umum terjadi adalah gangguan pencernaan seperti adanya ulkus gaster dan perdarahan gaster (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016).

2. Penanganan nyeri non farmakologis

a. Distraksi

Distraksi adalah memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain nyeri, atau dapat diartikan lain bahwa distraksi adalah suatu tindakan pengalihan perhatian pasien ke hal-hal di luar nyeri. Dengan demikian, diharapkan pasien tidak terfokus pada nyeri lagi dan dapat menurunkan kewaspadaan pasien terhadap nyeri bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri.

Distraksi diduga dapat menurunkan persepsi nyeri dengan menstimulasi sistem kontrol desenden, yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli nyeri yang ditransmisikan ke otak. Keefektifan distraksi tergantung pada kemampuan pasien untuk menerima dan membangkitkan input sensori selain nyeri. Menurut Perry & Potter (2006) teknik distraksi adalah pengalihan perhatian dari hal yang menyebabkan nyeri, contoh: menyanyi, berdoa, menceritakan gambar atau foto dengan kertas, mendengar musik dan bermain satu permainan.

Berikut jenis-jenis teknik distraksi:

1. Distraksi visual/penglihatan

Yaitu pengalihan perhatian selain nyeri yang diarahkan ke dalam tindakan-tindakan visual atau melalui pengamatan.

2. Distraksi audio/pendengaran

Yaitu pengalihan perhatian selain nyeri yang diarahkan ke dalam tindakan melalui organ pendengaran.

3. Distraksi intelektual

Yaitu pengalihan perhatian selain nyeri yang dialihkan ke dalam tindakan-tindakan dengan menggunakan daya intelektual yang pasien miliki (Andarmoyo, 2017).

b. Relaksasi

Relaksasi adalah suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stres sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Teknik relaksasi yang sederhana terdiri atas napas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama. Pasien dapat memejamkan matanya dan bernapas dengan perlahan dan nyaman. Irama yang konstan dapat dipertahankan dengan menghitung dalam hati dan lambat bersama setiap inhalasi (“hirup, dua, tiga”) dan ekshalasi (“hembuskan, dua, tiga”). Pada saat perawat mengajarkan ini, akan sangat membantu bila menghitung dengan keras bersama pasien pada awalnya. Napas yang lambat, berirama, juga dapat digunakan sebagai teknik distraksi. Hampir semua orang dengan nyeri mendapatkan manfaat dari metode-metode relaksasi. Periode relaksasi yang teratur dapat membantu untuk melawan kelelahan dan

ketegangan otot yang terjadi dengan nyeri akut dan yang meningkatkan nyeri (Andarmoyo, 2017).

c. Imajinasi terbimbing

Imajinasi terbimbing adalah menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu cara yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu. Tindakan ini membutuhkan konsentrasi yang cukup. Upayakan kondisi lingkungan klien mendukung untuk tindakan ini. Kegaduhan, kebisingan, bau menyengat, atau cahaya yang sangat terang perlu dipertimbangkan agar tidak mengganggu klien untuk berkonsentrasi. Beberapa klien lebih rileks dengan cara menutup matanya (Andarmoyo, 2017).

d. Terapi Modalitas/Komplementer

Salah satu terapi non-farmakologi yang dapat diberikan pada penderita yang mengalami nyeri pada gastritis adalah terapi komplementer (Indayani 2018). Beberapa tindakan mandiri yang dapat di laksanakan perawat untuk membantu klien yaitu dengan menggunakan Manajemen Nyeri untuk menghilangkan atau mengurangi nyeri dan meningkatkan rasa nyaman. Menggunakan komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien yaitu dengan menggunakan teknik distraksi, relaksasi (Menggunakan napas dalam), pijat efflurage, guided imaginary, kompres air hangat, teknik relaksasi otot progresif dalam, relaksasi genggam jari. Berdasarkan penjelasan yang telah dikemukakan,

maka penulis sangat tertarik untuk mereview beberapa literatur terkait tentang terapi komplementer terhadap penurunan nyeri pada pasien gastritis. Sebagai rujukan evidence based agar perawat dapat menerapkannya dalam komunitas pada pasien yang mengalami nyeri pada gastritis.

e. Secara keperawatan penanganannya meliputi :

- a. Menjalani tirah baring
- b. Diet makanan lunak tidak ada pedas dan asam
- c. Mengatasi stres

Air teh, air kaldu, air jahe dengan soda kemudian diberikan peroral pada interval yang sering. Makanan yang sudah dihaluskan seperti pudding, agar-agar dan sup, biasanya dapat ditoleransi setelah 12 – 24 jam dan kemudian makanan-makanan berikutnya ditambahkan secara bertahap. Pasien dengan gastritis superficial yang kronis biasanya berespon terhadap diet sehingga harus menghindari makanan yang berbumbu banyak atau berminyak.

Diagnosa Nyeri Akut

NYERI AKUT (D.0077)

1. Pengertian Nyeri

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

2. Penyebab

- a. Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b. Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)
- c. Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)

3. Tanda dan Gejala

a. Tanda gejala mayor

a) Subjektif :-

b) Objektif :

- 1. Tampak meringis
- 2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
- 3. Gelisah
- 4. Frekuensi nadi meningkat
- 5. Sulit tidur

b. Tanda gejala minor

a) Subjektif :-

b) Objektif :-

- 1. Tekanan darah meningkat
- 2. Pola napas berubah
- 3. Nafsu makan berubah
- 4. Proses berpikir terganggu
- 5. Menarik diri
- 6. Berfokus pada diri sendiri
- 7. Diaforesis

MASALAH KEPERAWATAN KELUARGA

D.0117 Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif (SDKI)

1. Pengertian

Ketidakmampuan mengidentifikasi, mengelola atau menemukan bantuan untuk mempertahankan kesehatan

2. Penyebab

- a. Hambatan kognitif.
- b. Ketediaktuntasan proses berduka.
- c. Ketidakadekuatan ketrampilan berkomunikasi.
- d. kurangnya kemampuan motorik halus/kasar.
- e. ketidakmampuan membuat penilaian yang tepat.
- f. ketidakmampuan mengatasi masalah (individu atau keluarga).
- g. ketidakcukupan sumber daya (mis.keuangan, fasilitas).
- h. Gangguan persepsi.
- i. Tidak terpenuhinya tugas perkembangan.

3. Tanda dan gejala

a. Gejala tanda mayor

a) Subjektif :-

b) Objektif

- a. Kurang menunjukkan perilaku adaptif terhadap perubahan lingkungan.
- b. Kurang menunjukkan pemahaman tentang perilaku sehat.
- c. Tidak mampu menjalankan perilaku sehat.

b. Gejala tanda minor

a) Subjektif:-

b) Objektif

- a. Memiliki riwayat perilaku mencari bantuan kesehatan yang kurang.
- b. Kurang menunjukkan minat untuk meningkatkan perilaku sehat
- c. Tidak memiliki sistem pendukung (support system)