

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Penyakit**

##### 1. Pengertian

Gastritis adalah suatu peradangan mukosa lambung yang bersifat akut, kronik difus atau lokal. Karakteristik dari peradangan ini antara lain anoreksia, rasa penuh atau tidak nyaman pada epigastrium, mual dan muntah. Peradangan lokal pada mukosa lambung ini akan berkembang bila mekanisme protektif mukosa dipenuhi dengan bakteri atau bahan iritan lain (Mardalena, 2018, hal. 57).

##### 2. Klasifikasi

(Rosdahl & Kowalski, 2017, hal. 1688) menyebutkan klasifikasi gastritis sebagai berikut :

###### a. Gastritis Akut

Sering terjadi akibat diet yang sembrono. Individu makan terlalu banyak atau terlalu cepat atau makan makanan yang terlalu berbumbu atau mengandung mikroorganisme penyebab penyakit. Penyebab lain gastritis akut mencakup alkohol, aspirin, refluks empedu, atau terapi radiasi.

###### b. Gastritis Kronis

Inflamasi lambung yang lama dapat disebabkan oleh ulkus benigna atau maligna dari lambung, atau oleh bakteri *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Gastritis kronis dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

###### 1) Tipe A

Sering disebut sebagai gastritis autoimun yang diakibatkan dari perubahan sel parietal, yang menimbulkan atrofi dan infiltrasi seluler. Hal ini dihubungkan dengan penyakit autoimun seperti anemia pernisiiosa dan terjadi pada fundus atau korpus dari lambung.

## 2) Tipe B

Kadang disebut sebagai gastritis *H.pylory* mempengaruhi antrum dan pilorus (ujung bawah lambung dekat dengan duodenum). Ini dihubungkan dengan bakteri *H. pylory*; faktor diet seperti minum panas atau pedas; penggunaan obat-obatan atau alkohol; merokok; atau refluks isi usus ke dalam lambung.

## 3. Etiologi

Ada beberapa penyebab yang dapat mengakibatkan seseorang menderita gastritis antara lain mengkonsumsi obat-obat kimia seperti asetaminofen, aspirin, dan steroid kortikosteroid. Asetaminofen dan kortikosteroid dapat mengakibatkan iritasi pada mukosa lambung, sedangkan NSAIDS (*Nonsteroid Anti inflammation Drugs*) dan kortikosteroid menghambat sintesis prostaglandin sehingga sekresi HCL meningkat dan menyebabkan suasana lambung menjadi sangat asam. Kondisi asam ini menimbulkan iritasi mukosa lambung.

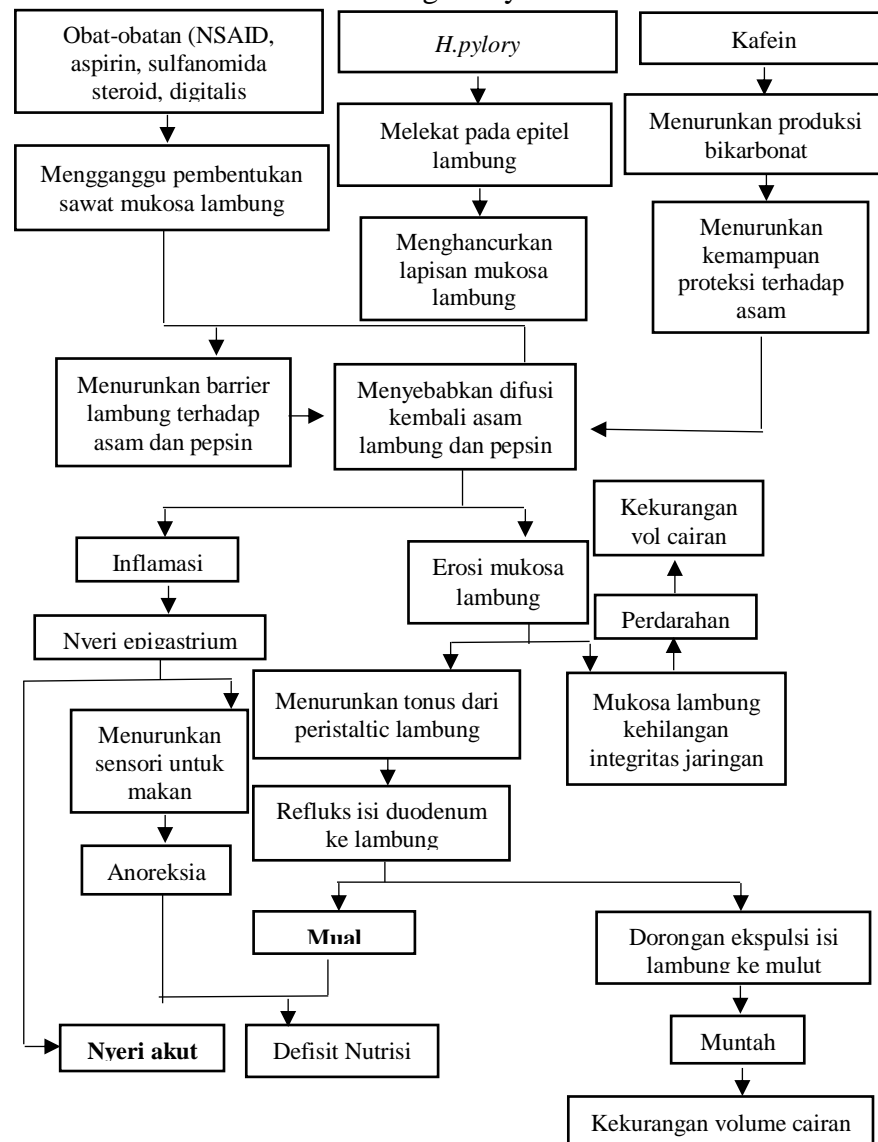
Penyebab lain adalah konsumsi alkohol. Alkohol dapat menyebabkan kerusakan gaster. Terapi radiasi, refluks empedu, zat-zat korosif (cuka, lada) dapat menyebabkan kerusakan mukosa gaster dan menimbulkan edema dan perdarahan. Kondisi yang *stresful* seperti trauma, luka bakar, kemoterapi dan kerusakan susunan saraf pusat akan merangsang peningkatan produksi HCL lambung. Selain itu, infeksi bakteri seperti *Helicobacter pylory*, *Escherecia coli*, *Salmonella* dan lain-lain juga dianggap sebagai pemicu (Mardalena, 2018, hal. 58).

## 4. Patofisiologi

Menurut Lemone, Priscilla, dkk (2016) dalam (Oktariana & Krishna, 2019, hal. 200) obat-obatan, alhokol, garam empedu atau enzim-enzim pankreas dapat merusak mukosa lambung (*gastritis erosif*), mengganggu pertahanan mukosa lambung dan memungkinkan difusi kembali, asam dan pepsin ke dalam jaringan lambung, hal ini menimbulkan peradangan respons mukosa terhadap kebanyakan penyebab iritasi tersebut dengan regenerasi mukosa, karena itu

gangguan-gangguan tersebut seringkali menghilang dengan sendirinya. Dengan iritasi yang terus menerus jaringan menjadi meradang dan dapat terjadi perdarahan. Masuknya zat-zat seperti asam dan basa yang bersifat korosif mengakibatkan peradangan dan nekrosis pada dinding lambung. Gastritis kronis dapat menimbulkan keadaan dengan atropi kelenjar-kelenjar lambung dan keadaan mukosa terdapat bercak-bercak penebalan warna abu-abu. Hilangnya mukosa lambung akhirnya akan berakibat kurangnya sekresi lambung dan timbulnya anemia pernisiiosa.

Gambar 2.1  
Patofisiologi Penyakit Gastritis



Sumber : (Nurarif & Kusuma, 2015, hal. 35)

#### 5. Manifestasi Klinis

Pada pasien gastritis akut dapat memiliki gejala ringan seperti anoreksia (hilang nafsu makan), atau nyeri epigastrium ringan yang dapat diredakan dengan sendawa atau defekasi. Manifestasi yang lebih berat meliputi nyeri abdomen, mual dan muntah. Perdarahan lambung dapat terjadi, disertai hematemesis atau melena (feses gelap seperti tar yang mengandung darah).

Gastritis kronis sering kali bersifat asimtomatik sampai atrofi secara signifikan memengaruhi pengosongan lambung dan digesti. Pasien dapat mengeluh distress lambung yang samar, rasa penuh pada epigastrium setelah makan, atau gejala seperti ulkus. Gejala-gejala tersebut biasanya tidak hilang dengan antasida. Selain itu pasien dapat mengalami keletihan dan gejala anemia lain. Jika faktor intrinsik berkurang, parestesia dan manifestasi neurologik lain dari defisiensi vitamin B12 dapat terjadi (LeMone, dkk, 2015, hal. 804).

#### 6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut (Nurarif & Kusuma, 2015, hal. 32) yang dapat diberikan pada pasien Gastritis meliputi :

- a. Pemeriksaan darah. Tes ini digunakan untuk memeriksa adanya antibodi *H.pylory* dalam darah. Hasil tes yang positif menunjukkan bahwa pasien pernah kontak dengan bakteri pada suatu waktu dalam hidupnya, tapi itu tidak menunjukkan bahwa pasien tersebut terkena infeksi. Tes darah dapat juga dilakukan untuk memeriksa anemia, yang terjadi akibat perdarahan lambung akibat gastritis.
- b. Pemeriksaan pernapasan. Tes ini dapat menentukan apakah pasien terinfeksi oleh bakteri *H.pylory* atau tidak.
- c. Pemeriksaan feses. Tes ini memeriksa apakah terdapat *H.pylory* dalam feses atau tidak. Hasil yang positif akan mengindikasikan terjadinya infeksi.

- d. Endoskopi saluran cerna bagian atas. Dengan tes ini dapat terlihat adanya ketidaknormalan pada saluran cerna bagian atas yang mungkin tidak terlihat dari sinar-X.
- e. Rontgen saluran cerna bagian atas. Tes ini akan melihat 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.

#### 7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan menurut (LeMone, dkk, 2015, hal. 805). antara lain :

##### a. Terapi farmakologi

Obat seperti PPI, penyekat reseptor H<sub>2</sub>, atau sukralfat dapat diberikan untuk mencegah atau mengatasi gastritis stress akut. Agen PPI dan penyekat reseptor H<sub>2</sub> mengurangi jumlah atau efek asam hidroklorat terhadap mukosa lambung. Lansoprazol (Prevacid), esomeprazol (Nexium), dan omeprazol (Prilosec) adalah contoh agen PPI. Penyekat H<sub>2</sub> meliputi simetidin (Tagamer), ranitidin (Zantac), famotidin (Pepcid), dan nizatidin (Axid).

##### b. Terapi non farmakologis

Terapi komplementer seperti pengobatan herbal atau aromaterapi dapat direkomendasikan untuk pasien gastritis. Rujuk pasien ke penyedia layanan kesehatan yang terlatih dalam bidang pengobatan herbal dan alami atau ke ahli aromaterapi untuk rencana pengobatan individual. Rekomendasi tersebut dapat berupa :

- 1) Teh Kamomil atau minyak esensial yang digunakan dalam aromaterapi
- 2) Bawang putih; satu siung bawang putih yang dirajang halus dan diminum sekali sehari saat akan tidur.
- 3) Jahe, berbentuk serbuk atau kapsul, atau dicampurkan ke dalam teh yang diminum sebelum dan setelah makan.

- 4) Aromaterapi minyak mint (mentol) melalui suatu diffuser, saat mandi, atau diencerkan dengan minyak carrier dan digunakan selama masase terapeutik.

## 8. Komplikasi

Menurut Black & Hawks (2014) dalam (Oktariana & Krishna, 2019, hal. 201) komplikasi gastritis akut ialah perdarahan saluran cerna atas yang dapat menyebabkan kematian, terjadi ulkus jika prosesnya hebat dan jarang terjadi perforasi. Komplikasi gastritis kronik ialah perdarahan, anemia pernisiiosa, dan kanker lambung. Perdarahan bisa terjadi ketika mukosa lambung menjadi terkikis, perdarahan umumnya terjadi pada klien yang mengkonsumsi alkohol, aspirin, atau NSAID (*Nonsteroid Anti inflammation Drugs*). Kanker lambung mungkin dicurigai pada klien yang gastritisnya tidak sembuh dengan terapi.

## B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

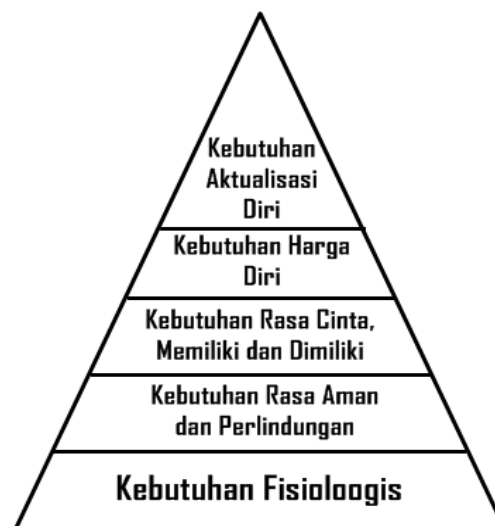
### 1. Konsep Kebutuhan Dasar

Menurut (Hidayat & Uliyah, 2014, hal. 6) teori hierarki kebutuhan dasar manusia yang dikemukakan Abraham Maslow dapat dikembangkan untuk menjelaskan kebutuhan dasar manusia sebagai berikut :

- a. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar, yaitu kebutuhan fisiologis seperti oksigen, cairan (minuman), nutrisi (makanan), keseimbangan suhu tubuh, eliminasi, tempat tinggal, istirahat dan tidur, serta kebutuhan seksual.
- b. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis.

- 1) Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman terhadap tubuh atau hidup. Ancaman tersebut dapat berupa penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan, dan sebagainya.
  - 2) Perlindungan psikologis, yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing. Misalnya, kekhawatiran yang dialami seseorang ketika masuk sekolah pertama kali.
- c. Kebutuhan rasa cinta serta rasa memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, mendapatkan kehangatan keluarga, memiliki sahabat, diterima oleh kelompok sosial, dan sebagainya.
  - d. Kebutuhan akan harga diri ataupun perasaan dihargai oleh orang lain. Kebutuhan ini terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri, dan kemerdekaan diri. Selain itu, orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain.
  - e. Kebutuhan aktualisasi diri, merupakan kebutuhan tertinggi dalam hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain/lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya.

Gambar 2.2  
Kebutuhan dasar manusia menurut Maslow



Sumber : (Hidayat & Uliyah, 2015, hal. 10)

Berdasarkan teori Maslow kasus Gastritis pada pasien kelolaan mengalami gangguan kebutuhan dasar rasa aman nyaman yang

disebabkan oleh nyeri akut. Salah satu manifestasi klinis yang terjadi pada pasien gastritis adalah nyeri akut yang ditandai dengan nyeri pada ulu hati. Peradangan dinding pada gastritis dapat menyebabkan nyeri. Penyebab terjadinya nyeri dikarenakan jaringan yang rusak melepaskan zat-zat kimiawi yang mengaktifkan reseptor nyeri dan terbentuknya sinyal-sinyal nyeri. Sinyal nyeri kemudian dikirimkan ke sepanjang saraf, melalui saraf tulang belakang menuju otak (Pangestu, dkk, 2022, hal. 342).

#### 1. Pengertian nyeri

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Hidayat & Uliyah, 2014, hal. 226).

#### 2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Menurut (Hidayat & Uliyah, 2014, hal. 227) faktor - faktor yang mempengaruhi nyeri antara lain :

##### a. Arti nyeri

Arti nyeri bagi seseorang memiliki banyak perbedaan dan hampir sebagian arti nyeri merupakan arti yang negatif, seperti membahayakan, merusak dan lain-lain. Keadaan ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti usia, jenis kelamin, latar belakang sosial budaya, lingkungan dan pengalaman.

##### b. Persepsi nyeri

Persepsi nyeri merupakan penilaian yang sangat subjektif tempatnya pada korteks (pada fungsi evaluatif kognitif). Persepsi ini dipengaruhi oleh faktor yang dapat memicu stimulasi nociceptor.

##### c. Toleransi nyeri

Toleransi ini erat hubungannya dengan intensitas nyeri yang dapat mempengaruhi kemampuan seseorang menahan



nyeri. Faktor yang dapat mempengaruhi peningkatan toleransi nyeri antara lain alkohol, obat-obatan, hipnotis, gesekan atau garukan, pengalihan perhatian, kepercayaan yang kuat, dan sebagainya. Sementara itu faktor yang menurunkan toleransi antara lain kelelahan, rasa marah, bosan, cemas, nyeri yang tidak kunjung hilang, sakit, dan lain-lain.

d. Reaksi terhadap nyeri

Reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respons seseorang terhadap nyeri, seperti ketakutan, gelisah, cemas, menangis, dan menjerit. Semua ini merupakan bentuk respons nyeri yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti arti nyeri, tingkat persepsi nyeri, pengalaman masa lalu, nilai budaya, harapan sosial, kesehatan fisik dan mental, rasa takut, cemas, usia, dan lain-lain.

3. Jenis Nyeri

*International Association for the Study of Pain (IASP)* dalam (Rosdahl & Kowalski, 2017, hal. 882) telah mengidentifikasi beberapa kategori nyeri. Di antara kategori ini adalah nyeri akut, nyeri alih, nyeri kanker, dan nyeri kronis.

a. Nyeri akut

Nyeri akut biasanya merupakan sensasi yang terjadi secara mendadak, paling sering terjadi sebagai respons terhadap beberapa jenis trauma. Penyebab umum nyeri akut adalah trauma akibat kecelakaan, infeksi, dan pembedahan. Nyeri akut terjadi dalam periode waktu yang singkat, biasanya 6 bulan atau kurang, dan biasanya bersifat intermitten (sesekali), tidak konstan.

b. Nyeri alih

Nyeri alih adalah nyeri yang berasal dari satu bagian tubuh, tetapi dipersepsikan di bagian tubuh lain. Nyeri alih paling sering berasal dari dalam visera (organ internal) dan dapat

dipersepsikan di kulit, meskipun dapat juga dipersepsikan dalam area internal yang lain.

c. Nyeri kanker

Nyeri kanker adalah hasil dari beberapa jenis keganasan. Sering kali, nyeri kanker sangat hebat dan dapat dianggap intractable (tidak dapat diatasi) dan kronis.

d. Nyeri kronis

Nyeri kronis atau yang sering disebut juga nyeri neuropatik didefinisikan sebagai ketidaknyamanan yang berlangsung dalam periode waktu lama (6 bulan atau lebih) dan dapat terjadi seumur hidup klien. Nyeri kronis sebenarnya dapat terjadi akibat kesalahan sistem saraf dalam memproses input (asupan) sensori.

4. Cara Pengukuran nyeri

Menurut (Rosdahl & Kowalski, 2017, hal. 885) cara mengukur skala nyeri antara lain :

a. Skala intensitas nyeri

Biasanya diberikan untuk anak berusia lebih dari 7 tahun dan untuk orang dewasa. Pada skala ini, klien diminta untuk menilai nyerinya dengan memilih kata-kata deskriptif, dengan memilih angka yang tepat pada skala angka dari 0 (tanpa nyeri) sampai 10 (nyeri tak tertahankan).

1) 0 = tidak nyeri

2) 1-3 = nyeri ringan

3) 4-6 = nyeri sedang

4) 7-9 = sangat nyeri, tetapi masih bisa dikendalikan dengan aktivitas yang biasa dilakukan

5) 10 = nyeri tidak tertahan

### **C. Konsep Proses Keperawatan**

## 1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian merupakan proses pengumpulan data yang dilaksanakan dengan berbagai cara (wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik, dll) untuk mendapatkan informasi tentang kondisi kesehatan klien, yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar (Suarni & Apriyani, 2017, hal. 19).

Menurut (Mardalena, 2018, hal. 61) dasar data pengkajian pada pasien dengan gastritis meliputi :

### a. Data Subjektif

- 1) Keluhan pasien berupa nyeri ulu hati, mual dan muntah, anoreksia, rasa penuh, pola makan salah, stress, konsumsi obat-obatan tertentu. Tanyakan apakah pasien merokok, alkohol, menjalankan diet ketat, merasa sakit kepala, bersendawa, atau rasa terbakar setelah makan.
- 2) Tanyakan bagaimana gejala menghilang
- 3) Selidiki apakah orang lain di lingkungan pasien mempunyai gejala-gejala serupa

### b. Data Objektif

Hasil pengkajian didapatkan nyeri tekan abdomen, dehidrasi, muntah (frekuensi, bahan muntahan, darah), dan bukti-bukti kelainan sistemik yang mungkin memicu gejala.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Tahapan ini adalah kegiatan mengumpulkan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar yang dialami oleh klien, dengan merumuskan dalam bentuk kalimat yang berstandar (Suarni & Apriyani, 2017, hal. 19).

Diagnosa keperawatan yang dapat ditemukan pada penderita Gastritis menurut (Nurarif & Kusuma, 2015, hal. 34) adalah :

- a. Nyeri akut
- b. Nausea

- c. Gangguan pola tidur
  - d. Defisit pengetahuan
3. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilain asuhan keperawatan pada pasien/klien berdasarkan analisis data dan diagnosa keperawatan (Dinarti & Mulyanti, 2017, hal. 39). Menurut (Suratun, 2010; Baughman, 2000) dalam (Mardalena, 2018, hal. 62) rencana keperawatan pada klien dengan Gastritis adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1  
Rencana Tindakan Keperawatan Asuhan Keperawatan Keluarga pada Kasus Gastritis Terhadap Individu Ny.S  
di Wilayah Kerja Puskesmas Kotabumi II Tahun 2022

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) Gejala dan tanda mayor : DS :  <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengeluh nyeri</li> </ol> DO :  <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Klien tampak meringis</li> <li>3. Sulit tidur</li> </ol> Gejala dan tanda minor :  DS : -  DO :  <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nafsu makan Menurun</li> </ol> </p>	<p><b>Tingkat Nyeri</b> Kode : L.08066 (hal:145)  <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Keluhan nyeri berkurang</li> <li>b. Meringis menurun</li> <li>c. Mual berkurang</li> <li>d. Muntah berkurang</li> <li>e. Nafsu makan membaik</li> <li>f. Pola tidur membaik</li> </ol> </p>	<p><b>Manajemen Nyeri</b> Kode : I.08238 (hal:201)  <b>Observasi</b>  <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</li> <li>b. Identifikasi skala nyeri</li> <li>c. Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri</li> <li>g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang diberikan</li> <li>i. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <b>Terapeutik</b>  <ol style="list-style-type: none"> <li>j. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</li> <li>k. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>l. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ol> </p>

1	2	3	4
			m. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan n. strategi meredakan nyeri <b>Edukasi</b> o. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri p. Jelaskan strategi meredakan nyeri q. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri r. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat s. Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri <b>Kolaborasi</b> t. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	Nausea berhubungan dengan iritasi lambung Gejala dan tanda mayor : DS : 1. Klien mengeluh mual 2. Klien mengeluh ingin muntah 3. Nafsu makan berkurang DO : - Gejala dan tanda minor : DS : 1. Klien mengatakan mulut terasa asam DO : 1. Pucat	<b>Tingkat Nausea</b> Kode L.08065 (hal:144) a. Mual berkurang b. Muntah berkurang c. Nafsu makan membaik d. Klien tidak pucat	<b>Manajemen Mual</b> Kode I.03117 (hal:197) <b>Observasi</b> a. Identifikasi pengalaman mual b. Identifikasi isyarat non verbal ketidaknyamanan (mis. bayi, anak-anak, dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif) c. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (misal nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggungjawab peran dan tidur) d. Identifikasi faktor penyebab mual (mis. pengobatan dan prosedur) e. Identifikasi antiemetik untuk mencegah mual (kecuali pada kehamilan) f. Monitor mual (mis. frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) g. Monitor asupan nutrisi dan kalori

1	2	3	4
			<p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>h. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis. bau tak sedap, suara dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan)</li> <li>i. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis. kecemasan, ketakutan, kelelahan)</li> <li>j. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik</li> <li>k. Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau dan tidak berwarna, jika perlu</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>l. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup</li> <li>m. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual</li> <li>n. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak</li> <li>o. Anjurkan penggunaan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual (mis. biofeedback, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur)</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>p. Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu</li> </ul>
3.	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur</p> <p>Gejala dan tanda mayor :</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh sulit tidur</li> <li>2. Mengeluh sering terjaga</li> </ul> <p>DO : -</p> <p style="text-align: center;"><b>2</b></p>	<p><b>Pola Tidur</b></p> <p>Kode L.05045 (hal:96)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kemampuan beraktivitas membaik</li> <li>b. Keluhan sulit tidur berkurang</li> <li>c. Keluhan sering terjaga berkurang</li> </ul>	<p><b>Dukungan Tidur</b></p> <p>Kode I.05174 (hal:48)</p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>b. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)</li> <li>c. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)</li> <li>d. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi</li> </ul>

<i>1</i>		<i>3</i>	<i>4</i>
	Gejala dan tanda minor : DS : 1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun DO : -		<b>Terapeutik</b> e. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) f. Batasi waktu tidur siang, jika perlu g. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur h. Tetapkan jadwal tidur rutin i. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) j. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga  <b>Edukasi</b> k. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit l. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur m. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur n. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM o. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) p. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya
4.	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi Gejala dan tanda mayor : DS : - DO :  <p style="text-align: center;"><b>2</b></p>	<b>Tingkat Pengetahuan Kode L.12111</b> (hal:146) a. Perilaku sesuai anjuran meningkat b. Tidak ada persepsi yang keliru terhadap masalah	<b>Edukasi Kesehatan Kode I.12383</b> (hal:65) <b>Observasi</b> a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi b. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan



<i>1</i>		<i>3</i>	sehat <i>4</i>
	<p>1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran</p> <p>2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah</p> <p>Gejala dan tanda minor : DS : - DO : -</p>		<p>c. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>d. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>e. Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>f. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</p> <p>g. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</p> <p>h. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat, jika perlu</p> <p>i. Fasilitasi memperoleh pengetahuan, keterampilan, dan peralatan yang diperlukan untuk mempertahankan keputusan perawatan pasien</p> <p>j. Bersikap sebagai pengganti keluarga untuk menenangkan pasien dan/ atau jika keluarga tidak dapat memberikan perawatan</p> <p>k. Hargai dan dukung mekanisme koping adaptif yang digunakan</p> <p>l. Berikan kesempatan berkunjung bagi anggota keluarga</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>m. Informasikan kemajuan pasien secara berkala</p> <p>n. Informasikan fasilitas kesehatan yang tersedia</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>o. Rujuk untuk terapi keluarga, jika perlu</p>

#### 4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Suarni & Apriyani, 2017, hal. 20).

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien (Dinarti & Mulyanti, 2017, hal. 51).

Untuk mempermudah mengevaluasi perkembangan pasien digunakan komponen SOAP sebagai berikut :

##### a. S : data subjektif

Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

##### b. O : data objektif

Data berdasarkan hasil pengkajian atau observasi perawat secara langsung kepada pasien dan yang dirasakan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

##### c. A : analisa

Merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi, atau juga dapat dilakukan suatu masalah/diagnosis yang baru terjadi akibat perubahan status kesehatan pasien yang telah teridentifikasi dalam data subjektif dan data objektif.

##### d. P : planning

Perencanaan keperawatan yang dilanjutkan dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya, tindakan yang telah menunjukkan hasil yang memuaskan data tidak memerlukan tindakan ulang, pada umumnya dihentikan.

#### **D. Konsep Teori Keperawatan Keluarga**

Menurut (Kholifah & Widagdo, 2016, hal. 77) asuhan keperawatan keluarga merupakan asuhan yang diberikan kepada keluarga dengan cara mendatangi keluarga. Salah satu tujuannya adalah meningkatkan akses keluarga terhadap pelayanan kesehatan yang komprehensif. Asuhan keluarga diberikan kepada manusia dengan sasaran sebagai individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Diagnosa Keperawatan keluarga adalah diagnosa tunggal dengan penerapan asuhan keperawatan keluarga mengaplikasikan 5 tujuan khusus dengan modifikasi SDKI, SIKI, dan SLKI. Hasil capaian adalah sebagai berikut :

1. TUK 1 : Mampu mengenal masalah

Domain capaian hasil : Pengetahuan kesehatan dan perilaku yaitu pengetahuan tentang proses penyakit.

2. TUK 2 : Mampu mengambil keputusan

Domain capaian hasil : Domain kesehatan dan perilaku yaitu kepercayaan mengenai kesehatan, keputusan terhadap ancaman kesehatan, persepsi terhadap perilaku kesehatan.

3. TUK 3 : Mampu merawat

Domain capaian hasil : Kesehatan keluarga, yaitu kapasitas keluarga untuk terlihat dalam perawatan, peranan care giver, emosional, interkasi dalam peningkatan status kesehatan.

4. TUK 4 : Mampu memodifikasi lingkungan

Domain capaian hasil : Kesejahteraan keluarga, yaitu dengan menyediakan lingkungan yang mendukung peningkatan kesehatan, lingkungan yang aman dengan mengurangi faktor risiko.

5. TUK 5 : Mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan

Domain capaian hasil adalah pengeluaran tentang kesehatan dan perilaku yaitu pengetahuan tentang sumber-sumber kesehatan.

Teori diatas sesuai dengan pernyataan (Achjar, 2012, hal. 15) menyatakan asuhan keperawatan keluarga untuk mencapai kemampuan keluarga dalam memelihara fungsi kesehatan dengan 5 tujuan khusus. Aplikasi dalam asuhan keperawatan sebagai berikut :

## 1. Pengkajian

### a. Data umum

#### 1) Identitas pasien

Berisi tentang identitas pasien yang meliputi : nama, umur, pekerjaan, suku, agama dan alamat (KK).

#### 2) Data kesehatan keluarga

Pada pengkajian ini fokus utama yaitu pada yang sakit, mencakup diagnosa penyakit, riwayat pengobatan, riwayat perawatan, gangguan kesehatan serta apa saja kebutuhan dasar manusia yang terganggu. Kemudian pemeriksaan seluruh anggota keluarga yang mencakup pemeriksaan head to toe.

#### 3) Data kesehatan keluarga

Berupa uraian kondisi rumah yang meliputi tipe rumah, ventilasi, bagaimana pencahayaan, kelembapan lingkungan rumah, kebersihan rumah, kebersihan lingkungan rumah serta bagaimana sarana mck yang ada dilingkungan rumah.

#### 4) Struktur keluarga

Pada bagian ini menjelaskan tipe keluarga, peran anggota keluarga, bagaimana komunikasi di dalam keluarga, sumber-sumber kehidupan keluarga, serta sumber penunjang kesehatan keluarga.

#### 5) Fungsi keluarga

Fungsi keluarga mengkaji fungsi pemeliharaan kesehatan keluarga berdasarkan kemampuan keluarga, yaitu :

##### a) KMK mengenal masalah

Meliputi persepsi terhadap keparahan penyakit, pengertian, tanda gejala, faktor penyebab, persepsi keluarga terhadap masalah.

##### b) KMK mengambil keputusan

Meliputi sejauh mana keluarga mengerti sifat dan luasnya masalah, masalah dirasakan keluarga, keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami, sikap negatif terhadap masalah kesehatan, kurang percaya terhadap tenaga kesehatan, informasi yang salah.

c) KMK merawat anggota keluarga yang sakit

Meliputi bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit, sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga, sikap keluarga terhadap yang sakit.

d) KMK memelihara kesehatan memodifikasi lingkungan

Meliputi keuntungan/manfaat pemeliharaan, pentingnya hygiene sanitasi, upaya pencegahan penyakit.

b. Prioritas masalah

(Achjar, 2012, hal. 12) telah merumuskan skala prioritas sebagai berikut :

Tabel 2.2  
Skala Prioritas Masalah

No	Kriteria	Komponen	Skor	Bobot
1.	Sifat masalah	Aktual Potensial Risiko	3 1 2	1
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah	Mudah Sebagian Tidak dapat	2 1 0	2
3.	Potensial masalah dapat dicegah	Tinggi Cukup Rendah	3 2 1	1
4.	Menonjonnya masalah	Berat, segera ditangani Ada masalah, tidak perlu ditangani Tidak dirasakan, ada masalah	2 1 0	1

Keterangan skoring :

Setelah merumuskan skala prioritas sesuai dengan tabel di atas, langkah selanjutnya adalah membuat skoring. (Bailon & Maglaya, 1978) dalam (Bakri, 2017) membuat rumus :

Skoring	X Bobot
-----	
Angka tertinggi	

Dengan adanya skala prioritas, maka kita akan mengetahui tingkat kedaruratan pasien yang membutuhkan penanganan cepat atau lambat. Masing-masing kriteria memberikan sumbangan masukan atas penanganan.

1) Kriteria sifat masalah

Menentukan sifat masalah ini berangkat dari tiga poin pokok yaitu tidak atau kurang sehat, ancaman kesehatan, dan keadaan sejahtera. Tidak atau kurang sehat merupakan kondisi dimana anggota keluarga terserang suatu penyakit. Hal ini mengacu pada kondisi sebelum terkena penyakit dan perkembangan atau pertumbuhan tidak sesuai dengan kondisi yang memungkinkan anggota keluarga terserang penyakit atau mencapai kondisi penyakit yang ideal tentang kesehatan. Ancaman ini biasa berlaku dari penyakit yang ringan hingga penyakit yang paling berat. Sumber dari penyakit ini biasanya dari konsumsi, pola hidup dan gaya hidup sehari-hari.

2) Kriteria kemungkinan masalah dapat diubah

Kriteria ini mengacu pada tingkat penanganan kasus pada pasien. Tingkat penanganan terdiri dari tiga bagian, yaitu mudah, sebagian, dan tidak ada kemungkinan untuk diubah.

3) Kriteria potensi pencegahan masalah

Kriteria ini mengacu pada tingkat, yaitu tinggi, cukup, dan rendah. Berbedanya tingkat ditentukan oleh berbagai faktor. Kemungkinan yang paling berat adalah tingkat pendidikan atau perolehan informasi tentang kesehatan, kondisi kesejahteraan keluarga, perhatian keluarga, fasilitas rumah, dan lain sebagainya.

4) Kriteria masalah yang menonjol

Masalah yang menonjol biasanya mudah terlihat ketika menangani pasien. Namun hal ini tetap memerlukan pemeriksaan terlebih dahulu agar tindakan yang dilalui tepat.

Prioritas yang harus ditangani berdasarkan :

- 1) masalah yang benar-benar harus ditangani
- 2) ada masalah tetapi tidak harus segera ditangani
- 3) ada masalah tetapi tidak dirasakan

c. Konsep Kemandirian Keluarga

Menurut (Anwar, 2015, hal:63) kemandirian merupakan suatu keadaan dimana seseorang memiliki kemauan dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan hidupnya secara sah, wajar dan bertanggungjawab terhadap segala hal yang dilakukan.

Menurut (Mukhfudli, 2012, hal:188) kriteria kemandirian keluarga berdasarkan tingkat kemandirian diantaranya : 1) menerima petugas kesehatan, 2) menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana keperawatan keluarga, 3) keluarga tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya dengan benar, 4) kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai anjuran, 5) melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai anjuran, 6) melakukan tindakan pencegahan secara aktif, dan 7) keluarga mampu melakukan tindakan promotif secara aktif.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai keluarga atau masyarakat yang diperoleh melalui suatu proses pengumpulan data dan analisa data secara cermat, memberikan dasar untuk menetapkan tindakan-tindakan dimana perawat bertanggungjawab untuk melaksanakannya.

a. Problem (P/Masalah)

Masalah merupakan kondisi yang tidak sesuai dengan kondisi ideal atau sesuai dengan perkembangannya. Hal ini menjadi

acuan perawat untuk memberikan gambaran kondisi pasien sebelum dilakukan tindakan keperawatan. Tujuan dari diagnosis ini adalah untuk menjelaskan status kesehatan pasien atau masalah kesehatan yang sedang dihadapi dengan cara yang jelas dan singkat sehingga mudah dipahami pasien.

Dalam kondisi ini perawat dapat berkomunikasi dengan istilah yang dimengerti secara umum atau membuat analogi-analogi yang mudah dimengerti, sehingga mampu mengidentifikasi diagnosis dari data pengkajian dan intervensi keperawatan yang dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

b. Etiologi (E/Penyebab)

Dari masalah yang ada, kemudian dicari penyebab yang dapat menunjukkan permasalahan. Penyebab yang sering terjadi biasanya meliputi perilaku, lingkungan, interaksi antara pelaku dan lingkungan. Unsur-unsur dalam identifikasi etiologi adalah:

- 1) Patofisiologi penyakit, yaitu semua proses penyakit akut atau kronis yang dapat menyebabkan / mendukung masalah.
- 2) Situasional yaitu pengaruh individu dan lingkungan yang bisa menjadikan sebab kurangnya pengetahuan, isolasi sosial.
- 3) Medikasi yaitu fasilitas dari program pengobatan atau perawatan
- 4) Maturasional yaitu proses pertumbuhan menjadi dewasa, apakah pertumbuhan ini sesuai dengan usianya atau tidak.
- 5) *Adolescent* yaitu ketergantungan dalam kelompok yang menyebabkan kurangnya inisiatif.
- 6) *Young adult* yaitu kondisi seorang menikah, hamil menjadi orangtua.
- 7) Dewasa yaitu tekanan karier dan tandatanda pubertas.

c. *Sign dan Symptom* (S/Tanda dan Gejala)



Pada tahap ini yang perlu dikaji lebih lanjut adalah ciri, gejala atau tanda. Sign and symptom merupakan informasi yang sangat diperlukan untuk merumuskan diagnosa keperawatan, dan telah ditentukan rumus yang telah disepakati bersama. Rumus tersebut adalah PE/PES.