

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Kebutuhan Bebas Dari Rasa Nyeri

Kondisi yang menyebabkan ketidaknyamanan klien adalah nyeri. Nyeri merupakan sensasi ketidaknyamanan yang bersifat individual. Klien merespon terhadap nyeri yang dialaminya dengan beragam cara, misalnya berteriak, meringis, dan lain-lain. Oleh karena itu nyeri bersifat subyektif, maka perawat mesti peka terhadap sensasi nyeri yang dialami klien. Untuk itu, diperlukan kemampuan perawat dalam mengidentifikasi dan mengatasi rasa nyeri. (Asmadi, 2008)

Dalam meningkatkan kebutuhan rasa nyaman diartikan perawat lebih memberikan kekuatan, harapan, dorongan, hiburan, dukungan dan bantuan. Secara umum dalam aplikasinya pemenuhan kebutuhan rasa nyaman adalah kebutuhan rasa nyaman bebas dari rasa nyeri, dan hipo/hipertermia. Hal ini disebabkan karena kondisi nyeri dan hipo/hipertermia merupakan kondisi yang mempengaruhi perasaan tidak nyaman pasien yang ditunjukkan dengan timbulnya gejala dan tanda gejala pasien. (Wahyudi & Abd. Wahid, 2016).

Setiap individu pasti pernah mengalami nyeri dalam tingkat tertentu. Nyeri merupakan alasan yang paling umum orang mencari perawatan kesehatan. Walaupun merupakan salah satu dari gejala yang paling sering terjadi di bidang medis, nyeri merupakan salah satu yang paling sedikit dipahami. Individu yang merasakan nyeri merasa menderita dan mencari upaya untuk menghilangkannya. (Potter & Perry, 2015)

2. Definisi Nyeri

a. Pengertian

Dikutip dari buku kebutuhan dasar manusia (Haswita & Reni, 2017) Nyeri merupakan suatu kondisi lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri bersifat subyektif dan sangat bersifat individual. Stimulus dapat berupa stimulus fisik dan atau mental, sedangkan kerusakan dapat terjadi pada jaringan aktual atau pada fungsi ego seorang individu.

Menurut *International Association for Study of Pain* (IASP), nyeri adalah pengalaman perasaan emosional yang tidak menyenangkan akibat terjadinya kerusakan aktual maupun potensial atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan (Tamsuri, 2007).

b. Teori nyeri

1) Teori pemisahan (Specificity Theory)

Rangsangan sakit masuk ke medulla spinalis melalui kornu dorsalis yang bersinaps di daerah posterior, kemudian naik ke tractus lissur dan menyilang di garis median ke sisi lainnya, dan berakhir di korteks sensoris tempat rangsangan nyeri tersebut diteruskan.

2) Teori pola (Pattern Theory)

Rangsangan nyeri masuk melalui akar gangliodorsal ke medulla spinalis dan merangsang aktivitas sel T. Hal ini mengakibatkan suatu respon yang merangsang ke bagian lain yang lebih tinggi yaitu korteks serebri, serta kontraksi menimbulkan persepsi dan otot berkontraksi sehingga menimbulkan nyeri. Persepsi dipengaruhi oleh modalitas respon dari reaksi sel T.

3) Teori pengendalian (Gate Control Theory)

Nyeri tergantung dari kerja serat saraf besar dan kecil yang keduanya berada dalam akar ganglion dorsalis. Rangsangan pada serat saraf besar akan meningkatkan aktivitas substansia

gelatinosa yang mengakibatkan tertutupnya pintu mekanisme sehingga sel T terhambat dan menyebabkan hantaran rangsangan ikut terhambat. Rangsangan serat saraf besar dapat langsung merangsang kortek serebri. Hasil persepsi ini akan dikembalikan dalam medulla spinalis melalui serat eferan dan reaksinya mempengaruhi aktivitas sel T. Rangsangan pada serat saraf kecil akan menghambat substansia gelatinosa dan membuka mekanisme, sehingga rangsangan aktivitas sel T yang selanjutnya akan menghantarkan rangsangan nyeri.

4) Teori transmisi dan inhibisi

Adanya rangsangan pada nociceptor memulai transmisi impuls-impuls nyeri menjadi efektif oleh neurotransmitter yang spesifik. Kemudian, inhibisi impuls nyeri menjadi efektif oleh impuls-impuls pada serabut-serabut besar yang memblokir impuls-impuls pada serabut lambat dan endogen opiate system supresif.

3. Fisiologi nyeri

Saat terjadinya stimulus yang menimbulkan kerusakan jaringan hingga pengalaman emosional dan psikologis yang menyebabkan nyeri, terdapat rangkaian peristiwa elektrik dan kimiawi yang kompleks, yaitu transduksi, transmisi, modulasi dan persepsi.

- 1) Transduksi adalah proses dimana stimulus noxius diubah menjadi aktivitas elektrik pada ujung saraf sensorik (reseptor) terkait.
- 2) Proses berikutnya, yaitu transmisi dalam proses ini terlibat tiga komponen saraf yaitu saraf sensorik perifer yang meneruskan impuls ke medulla spinalis, kemudian jaringan saraf yang meneruskan impuls yang menuju ke atas (ascendens), dari medulla spinalis ke batang otak dan thalamus. Yang terakhir hubungan timbal balik antara thalamus dan cortex.

- 3) Proses ketiga adalah modulasi yaitu aktivitas saraf yang bertujuan mengontrol transmisi nyeri. Suatu senyawa tertentu telah ditemukan di system saraf pusat yang secara selektif menghambat transmisi nyeri di medulla spinalis. Senyawa ini diaktifkan jika terjadi relaksasi atau obat analgetika seperti morfin.
- 4) Proses terakhir adalah persepsi, proses impuls nyeri yang di transmisikan hingga menimbulkan perasaan subyektif dari nyeri sama sekali belum jelas. Bahkan struktur otak yang menimbulkan persepsi tersebut juga tidak jelas. Sangat di sayangkan karena nyeri secara mendasar merupakan pengalaman subyektif yang dialami seseorang sehingga sangat sulit untuk memahaminya.

Nyeri diawali sebagai pesan yang diterima oleh saraf-saraf perifer. Zat kimia (substansi P, bradikinin, prostaglandin) dilepaskan, kemudian menstimulasi saraf perifer, membantu mengantarkan pesan nyeri dari daerah yang terluka ke otak. Sinyal nyeri dari daerah yang terluka berjalan sebagai impuls elektrokimia di sepanjang nervus ke bagian dorsal spinal cord (daerah pada spinal yang menerima sinyal dari seluruh tubuh). Pesan kemudian dihantarkan ke thalamus, pusat sensoris di otak di mana sensasi seperti panas, dingin, nyeri dan sentuhan pertama kali dipersepsikan. Pesan lalu dihantarkan ke cortex, di mana intensitas dan lokasi nyeri di persepsikan. Penyembuhan nyeri dimulai sebagai tanda dari otak kemudian turun ke spinal cord. Di bagian dorsal, zat kimia seperti endorphin dilepaskan untuk mengurangi nyeri di daerah yang terluka.

Di dalam spinal cord, ada gerbang yang dapat terbuka atau tertutup. Saat gerbang terbuka, impuls nyeri lewat dan dikirim ke otak. Gerbang juga bisa ditutup. Stimulasi saraf sensoris dengan cara menggaruk atau mengelus secara lembut di dekat daerah nyeri dapat menutup gerbang sehingga mencegah transmisi impuls nyeri. Impuls dari pusat juga dapat menutup gerbang, misalnya motivasi dari individu yang bersemangat ingin sembuh dapat mengurangi dampak atau beratnya nyeri yang dirasakan.

Nyeri akan menyebabkan respon tubuh meliputi aspek fisiologis dan psikologis, merangsang respon otonom (simpatis dan parasimpatis) respon simpatis akibat nyeri seperti peningkatan tekanan darah, peningkatan denyut nadi, peningkatan pernafasan, meningkatkan tegangan otot, dilatasi pupil, wajah pucat, diaphoresis, sedangkan respon parasimpatis seperti nyeri dalam, berat, berakibat tekanan darah turun, nadi turun, mual dan muntah, kelemahan, kelelahan dan pucat.

Hipotalamus merespon terhadap stimulus nyeri dari reseptor perifer atau korteks cerebral melalui sistem hipotalamus pituitary dan adrenal dengan mekanisme medulla adrenal hipofise untuk menekan fungsi yang tidak penting bagi kehidupan sehingga hilangnya situasi menegangkan dan kortek adrenal hipofise untuk menekan fungsi yang tidak penting bagi kehidupan sehingga hilangnya situasi menegangkan dan kortek adrenal hipofise untuk mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit dan menyediakan energi kondisi emergency untuk mempercepat penyembuhan. Apabila mekanisme ini tidak berhasil mengatasi stressor (nyeri) dapat menimbulkan respon stress seperti turunnya sistem imun pada peradangan dan menghambat penyembuhan dan kalau makin parah dapat terjadi syok ataupun perilaku yang maladaptif.

4. Klasifikasi nyeri

a. Jenis nyeri

Berdasarkan jenisnya nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri perifer, nyeri sentral dan nyeri psikogenik.

1) Nyeri perifer, nyeri ini dapat dibedakan menjadi beberapa yaitu:

- a) Nyeri superfisial: rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa.
- b) Nyeri viseral: rasa nyeri timbul akibat rangsangan pada reseptor nyeri di rongga abdomen, cranium dan toraks.

- c) Nyeri alih: rasa nyeri dirasakan di daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri.
- 2) Nyeri sentral, nyeri yang muncul akibat rangsangan pada medulla spinalis, batang otak dan thalamus.
- 3) Nyeri psikogenik, nyeri yang penyebab fisiknya tidak diketahui. Umumnya nyeri ini disebabkan karena faktor psikologi.
- b. Bentuk nyeri

Bentuk nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri akut dan nyeri kronik.

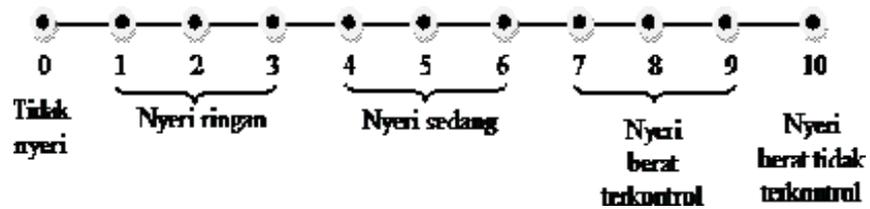
Tabel 2.1 Perbedaan antara nyeri akut dan nyeri kronik

Karakteristik	Nyeri akut	Nyeri kronik
Pengalaman	Suatu kejadian	Suatu situasi, status eksistensi nyeri
Sumber	Faktor eksternal atau penyakit dari dalam	Tidak diketahui
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak atau bertahap, tersembunyi
Durasi	Sampai 6 bulan	6 bulan lebih atau sampai bertahun-tahun
Penyataan nyeri	Daerah nyeri diketahui dengan pasti	Daerah nyeri sulit dibedakan intensitasnya dengan daerah yang tidak nyeri sehingga sulit di evaluasi
Gejala klinis	Pola respon yang khas dengan gejala yang lebih jelas	Pola respon bervariasi
Perjalanan	Umumnya gejala berkurang setelah beberapa waktu	Gejala berlangsung terus dengan intensitas yang tetap atau bervariasi
Prognosis	Baik dan mudah dihilangkan	Penyembuhan total umumnya tidak terjadi

5. Pengukuran intensitas nyeri

a. Skala nyeri menurut Hayward

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala menurut Hayward dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari 0-10 yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang sangat ia rasakan.



Gambar 2.1 Pengukuran skala nyeri menurut Hayward

b. Skala nyeri menurut Mc Gill

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala menurut Mc Gill dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari 0-5 yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang sangat ia rasakan.

Skala nyeri menurut Mc Gill dapat dituliskan sebagai berikut:

- 0 = Tidak nyeri
- 1 = Nyeri ringan
- 2 = Nyeri sedang
- 3 = Nyeri berat atau parah
- 4 = Nyeri sangat berat
- 5 = Nyeri hebat

c. Skala wajah atau wong-baker FACES rating scale

Pengukuran intensitas nyeri di wajah dilakukan dengan cara memerhatikan mimik wajah pasien pada saat nyeri tersebut menyerang. Cara ini diterapkan pada pasien yang tidak dapat menyebutkan intensitas nyerinya dengan skala angka, misalnya anak-anak dan lansia.



Gambar 2.2 Pengukuran nyeri dengan skala wajah

6. Faktor yang mempengaruhi nyeri

a. Usia

Usia merupakan faktor penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Perkembangan, yang ditemukan diantara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana anak-anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri. Anak yang masih kecil (bayi) mempunyai kesulitan mengungkapkan dan mengekspresikan nyeri. Para lansia menganggap nyeri sebagai komponen alamiah dari proses penuaan dan dapat diabaikan atau tidak ditangan oleh petugas kesehatan.

b. Jenis kelamin

Karakteristik jenis kelamin dan hubungannya dengan sifat keterpaparan dan tingkat kerentanan memegang peranan tersendiri. Berbagai penyakit tertentu ternyata erat hubungannya dengan jenis kelamin, dengan berbagai sifat tertentu. Di beberapa kebudayaan menyebutkan bahwa anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan seorang anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Meskipun penelitian tidak menemukan perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam mengekspresikan nyerinya, pengobatan ditemukan lebih sedikit pada perempuan. Perempuan lebih suka mengkomunikasikan rasa sakitnya, sedangkan laki-laki menerima analgesik opioid lebih sering sebagai pengobatan untuk nyeri.

c. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri. Ada perbedaan makna dan sikap dikaitkan dengan nyeri diberbagai kelompok budaya.

d. Makna nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara yang berbeda-beda.

e. Perhatian

Tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri.

f. Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Ansietas yang tidak berhubungan dengan nyeri dapat mendistraksi pasien dan secara aktual dapat menurunkan persepsi nyeri. Secara umum, cara yang efektif untuk menghilangkan nyeri adalah dengan mengarahkan pengobatan nyeri ketimbang ansietas.

g. Dukungan keluarga dan sosial

Faktor lain yang juga mempengaruhi respon terhadap nyeri adalah kehadiran dari orang terdekat. Orang-orang yang sedang dalam keadaan nyeri sering bergantung pada keluarga untuk mensupport, membantu atau melindungi. Ketidakhadiran keluarga atau teman terdekat mungkin akan membuat nyeri semakin bertambah. Kehadiran orangtua merupakan hal khusus yang penting untuk anak-anak dalam menghadapi nyeri (Haswita & Reni, 2017).

B. Tinjauan Konsep Keluarga

1. Definisi keluarga

Di kutip dari buku keperawatan keluarga (Padila, 2018) Pengertian keluarga sangat variatif sesuai dengan orientasi teori yang menjadi dasar pendefinisianannya. Keluarga berasal dari bahasa Sanskerta (kula dan warga) kulawarga yang berarti anggota kelompok kerabat.

Friedman (1998), mendefinisikan keluarga sebagai suatu sistem sosial. Keluarga merupakan sebuah kelompok kecil yang terdiri dari individu-individu yang memiliki hubungan erat satu sama lain, saling tergantung yang diorganisir dalam satu unit tunggal dalam rangka mencapai tujuan tertentu.

Selanjutnya dapat melihat keluarga dari ciri-cirinya sebagaimana yang dikemukakan oleh Burgess (1993) dalam (Friedman, 1998) bahwa ciri-ciri keluarga berdasarkan orientasi tradisional, adalah:

- a. Keluarga terdiri dari individu-individu yang disatukan oleh ikatan perkawinan darah dan adopsi.
- b. Anggota keluarga biasanya hidup bersama dalam satu rumah tangga atau jika mereka terpisah, tetap menganggap rumah tangga tersebut sebagai rumah mereka.
- c. Anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran sosial keluarga seperti suami-istri, ayah-ibu, anak laki-laki dan anak perempuan dan lain sebagainya.
- d. Keluarga menggunakan budaya yang sama yang diambil dari masyarakat dengan ciri tersendiri.

Jadi dapat disimpulkan secara umum bahwa keluarga itu terjadi jikalau ada:

- 1) Ikatan atau persekutuan (perkawinan /kesepakatan)
- 2) Hubungan (darah/adopsi/kesepakatan)
- 3) Ikatan emosional
- 4) Tinggal bersama dalam satu atap (serumah) dan jika terpisah mereka tetap memperhatikan satu sama lain
- 5) Ada peran masing-masing anggota keluarga
- 6) Anggota keluarga berinteraksi satu sama lain
- 7) Mempunyai tujuan: menciptakan dan mempertahankan budaya, meningkatkan perkembangan fisik, psikologis, social anggota.

2. Tujuan dasar keluarga

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

setiap anggota keluarga serta menyiapkan peran anggotanya menerima peran dimasyarakat.

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

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

3. Struktur keluarga

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

a. Patrilineal

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

b. Matrilineal

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

c. Matrilokal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ibu.

d. Patrilokal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ayah.

e. Keluarga kawin

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

4. 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) 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.

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

- 1) Saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, saling menerima dan mendukung. Setiap anggota keluarga 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 anatar anak melalui proses identifikasi. Proses identifikasi merupakan inti ikatan kasih sayang, oleh karena itu perlu diciptakan proses identifikasi yang positif dimana anak meniru perilaku orang tua melalui hubungan interaksi mereka.

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

b. Fungsi sosialisasi

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 orang tua (*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 (Gakin atau pra keluarga sejahtera). Perawat berkontribusi untuk mencari sumber di masyarakat yang dapat digunakan keluarga meningkatkan status kesehatan mereka.

e. Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi lain keluarga adalah fungsi perawatan kesehatan. Keluarga 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 profesional. Kemampuan ini sangat mempengaruhi status kesehatan individu dan keluarga.

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

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

5. Tugas keluarga

Pada dasarnya tugas keluarga ada delapan tugas pokok sebagai berikut:

- a. Pemeliharaan fisik keluarga dan para anggotanya.
- b. Pemeliharaan sumber-sumber daya yang ada dalam keluarga.
- c. Pembagian tugas masing-masing anggotanya sesuai dengan kedudukannya masing-masing.
- d. Sosialisasi antar anggota keluarga.
- e. Pengaturan jumlah anggota keluarga.
- f. Pemeliharaan ketertiban anggota keluarga.

- g. Membangkitkan dorongan dan semangat para anggotanya.

6. Ciri-ciri keluarga

- a. Menurut Robert Mac Iver dan Charles Horton
 - 1) Keluarga merupakan hubungan perkawinan.
 - 2) Keluarga berbentuk suatu kelembagaan yang berkaitan dengan hubungan perkawinan yang sengaja dibentuk atau dipelihara.
 - 3) Keluarga mempunyai suatu sistem tata nama (*Nomen clatur*) termasuk perhitungan garis keturunan.
 - 4) Keluarga mempunyai fungsi ekonomi yang dibentuk oleh anggota-anggotanya berkaitan dengan kemampuan untuk mempunyai keturunan dan membesarkan anak.
 - 5) Keluarga merupakan tempat tinggal bersama, rumah atau rumah tangga
- b. Ciri keluarga Indonesia
 - 1) Mempunyai ikatan yang sangat erat dengan dilandasi semangat gotong royong
 - 2) Dijiwai oleh nilai kebudayaan ketimuran
 - 3) Umumnya dipimpin oleh suami meskipun proses pemutusan dilakukan secara musyawarah
 - 4) Berbentuk monogram
 - 5) Bertanggung jawab
 - 6) Mempunyai semangat gotong royong

7. Stress dan koping keluarga

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

a. Sumber stressor keluarga (stimulus)

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

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

b. Koping keluarga

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

c. Sumber dasar stress keluarga

Minuchin (1974) melihat sumber dasar stress dari empat sumber yaitu kontak penuh stress dari anggota keluarga dengan kekuatan diluar keluarga, kontak penuh stress seluruh keluarga dengan kekuatan diluar keluarga. Dalam perjalanannya stress dan koping mengalami tiga periode, yaitu periode anti stress, yaitu masa sebelum melakukan konfrontasi yang sebenarnya terhadap stressor. Periode stress aktual, yakni strategi adaptif selama masa stress dan periode pasca stress, yaitu strategi koping yang digunakan setelah periode stress, yakni strategi untuk mengembalikan keluarga dalam keadaan homeostatis. Dampak

stressor pada keluarga dapat berupa rusaknya keluarga, perceraian atau kematian.

d. Krisis keluarga

Sebuah krisis timbul karena sumber-sumber dan strategi adaptif tidak secara efektif mengatasi stressor. Krisis keluarga diartikan sebagai suatu keadaan atau kekacauan dalam keluarga yang penuh dengan stress tanpa ada penyelesaian masalah. Terdapat dua tipe krisis dalam keluarga yaitu krisis perkembangan (maturasional) merupakan krisis yang berasal dari kejadian dalam proses perkembangan psikososial anggota keluarga. Krisis ini merupakan bagian dari tahap siklus normal dan krisis situasi yaitu kejadian atau stress yang tidak bisa (tidak diharapkan) seperti sakit, kematian dan lain-lain (Padila, 2018).

8. Tugas dan tahap perkembangan keluarga

Berikut diuraikan delapan tahap siklus kehidupan keluarga berikut tugas perkembangannya (Duval, 1997 dalam Friedman, 1998).

a. Tahap keluarga pemula (*Beginning family*)

Keluarga baru/pasangan yang belum memiliki anak.

Tugas perkembangan keluarga:

- 1) Membangun perkawinan 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 dalam 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 orang tua, 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) Mensosialisasikan 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 diluar 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 13-24 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 orang tua 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 dimasyarakat.
 - 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/pensiun.

h. Tahap keluarga lanjut usia

Tahap 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.

Berdasarkan pengkajian penulis melakukan asuhan keperawatan keluarga pada keluarga dengan tahap usia anak remaja yang dimana tugas perkembangannya yaitu memilih pasangan hidup, mendapat kebebasan dari pengawasan orang tua, mencapai peran sosial, bertanggung jawab, mencapai kemandirian emosional, penyesuaian diri terhadap pola-pola kehidupan yang baru dan harapan-harapan sosial baru. Pada keluarga Tn.I khususnya Anak Remaja R yang berusia 21 sudah menjalankan tugas pada tahapannya yaitu berusaha memilih pasangan hidup, sudah bekerja dan mendapat penghasilan sendiri.

9. Tugas kesehatan keluarga

a. Mengenal masalah kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti.

Keluarga perlu mengenal keadaan dan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami keluarganya sekecil apapun perubahan tersebut.

b. Mengambil keputusan dalam melaksanakan tindakan yang tepat

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga.

c. Merawat keluarga yang sakit

Perawatan dapat dilakukan di pelayanan kesehatan atau dirumah apabila keluarga telah memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama.

d. Memodifikasi dan menciptakan lingkungan untuk menjamin kesehatan keluarga

Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga memelihara atau memodifikasi lingkungan rumah sehat.

e. Mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan disekitarnya bagi keluarga

Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan di masyarakat. (Friedman, 2010)

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi Gastritis

Dikutip dari buku keperawatan medikal bedah (Murtaqib dan Kushariyadi, 2020).Gastritis atau maag berasal dari bahasa Yunani, yaitu *gastro* yang berarti perut atau lambung dan *itis* yang berarti inflamasi atau peradangan. Gastritis adalah proses inflamasi atau peradangan lapisan mukosa dan submukosa lambung yang bersifat akut, kronis, difus, atau lokal dan secara histopatologi terdapat infiltrasi sel radang (Kowalak, Welsh, & Mayer, 2011).

Gastritis bukan penyakit tunggal, tetapi terbentuk dari beberapa kondisi yang mengakibatkan peradangan lambung. Peradangan terjadi

akibat infeksi bakteri yang sama dengan bakteri yang mengakibatkan borok di lambung, yaitu *Helicobacter pylori*. Peradangan mengakibatkan sel darah putih menuju ke dinding lambung sebagai respon terjadi kelainan bagian tersebut (Barrer et al., 2015).

2. Klasifikasi gastritis

Jenis gastritis terbagi menjadi 2, yaitu gastritis akut dan gastritis kronis.

a. Gastritis akut

Gastritis akut disebabkan akibat mencerna asam atau alkali kuat yang menyebabkan mukosa menjadi gangren atau perforasi (Mitchell & Abbas, 2008). Gastritis akut terbagi menjadi dua, yaitu gastritis eksogen akut dan gastritis endogen akut.

- 1) Gastritis eksogen akut disebabkan oleh factor luar seperti bahan kimia (lisol, alkohol, rokok, kafein, lada, steroid), iritasi mekanis, bakterial, obat analgetik, obat anti inflamasi terutama aspirin (aspirin dosis rendah dapat menyebabkan erosi mukosa lambung).
- 2) Gastritis endogen akut disebabkan oleh kelainan tubuh.

b. Gastritis kronis

Inflamasi lambung kronis disebabkan karena ulkus benigna atau maligna lambung atau oleh bakteri *Helicobacter pylori*. Gastritis kronis terbagi 2 tipe, yaitu tipe A dan tipe B. Gastritis kronis tipe A jika mampu menghasilkan imun sendiri. Gastritis kronis tipe A dikaitkan dengan atrofi kelenjar lambung dan penurunan mukosa. Penurunan sekresi gastrik memengaruhi produksi antibodi. Anemia pernisiiosa berkembang pada proses ini. Gastritis kronis tipe B berhubungan dengan infeksi *Helicobacter pylori* yang menimbulkan ulkus pada dinding lambung (Smeltzer & Bare, 2002).

3. Tanda dan gejala

- a. Nyeri perut dibagian uluhati
- b. Perut kembung
- c. Mual
- d. Muntah
- e. Hilang nafsu makan
- f. Cepat rasa kenyang saat makan
- g. Buang air besar dengan tinja berwarna hitam

4. Etiologi

Lambung adalah kantong otot yang kosong, terletak bagian kiri atas abdomen tepat di bawah tulang iga. Lambung orang dewasa memiliki panjang berkisar antara 25 cm dan dapat mengembang sehingga dapat menampung makanan atau minuman sebanyak 1 galon. Pada saat kosong lambung melipat seperti sebuah akordeon. Pada saat mulai terisi dan mengembang maka lipatan secara bertahap membuka. Lambung memproses dan menyimpan makanan dan secara bertahap melakukan pelepasan ke dalam usus kecil. Makanan pada saat masuk ke dalam esophagus, sebuah cincin otot yang berada pada sambungan antara esophagus dan lambung (*esophageal sphincter*) akan membuka dan membiarkan makanan masuk ke lambung. Setelah masuk ke lambung, cincin tersebut menutup. Dinding lambung terdiri atas lapisan otot yang kuat. Makanan pada saat berada di lambung, dinding lambung mulai menghancurkan makanan. Pada saat yang sama, kelenjar di mukosa pada dinding lambung mulai mengeluarkan cairan lambung (termasuk enzim dan asam lambung) untuk lebih menghancurkan makanan. Satu dari komponen cairan lambung adalah asam hidroklorida. Asam hidroklorida sangat korosif sehingga dapat melarutkan paku besi. Dinding lambung dilindungi oleh mukosa bikarbonat (lapisan penyangga yang mengeluarkan ion bikarbonat secara regular sehingga menyeimbangkan keasaman lambung) sehingga terhindar dari sifat korosif asam hidroklorida. Gastritis

terjadi ketika mekanisme pelindung oleh ion bikarbonat tidak adekuat sehingga mengakibatkan kerusakan dan peradangan dinding lambung (Barret et al., 2015).

Penyebab terjadinya gastritis antara lain infeksi bakteri, pemakaian obat analgetik, penggunaan alkohol, penggunaan kokain, stress fisik, kelainan autoimun dan faktor lain.

a. Infeksi bakteri

Infeksi bakteri *Helicobacter pylori* pada lapisan mukosa yang melapisi dinding lambung. Penularan *Helicobacter pylori* terjadi melalui oral atau makanan dan minuman yang terkontaminasi bakteri. Infeksi *Helicobacter pylori* sering terjadi pada kanak-kanak dan bertahan seumur hidup jika tidak dilakukan perawatan. Infeksi *Helicobacter pylori* merupakan penyebab utama terjadinya tukak peptik dan penyebab tersering terjadinya gastritis. Infeksi dalam jangka waktu lama akan menyebabkan radang menyebar dan mengakibatkan perubahan lapisan pelindung dinding lambung. Satu dari perubahan tersebut adalah gastritis atrofik, yaitu keadaan kelenjar penghasil asam lambung secara perlahan rusak (Perry & Potter, 2005).

b. Pemakaian obat analgetik

Pemakaian obat analgetik anti-inflamasi nonsteroid (AINS), seperti aspirin, ibuprofen dan naproxen berkepanjangan menyebabkan peradangan lambung dengan cara mengurangi prostaglandin yang berfungsi melindungi dinding lambung. Pemakaian obat analgetik dilakukan secara berkepanjangan atau pemakaian yang berlebihan dapat mengakibatkan gastritis dan tukak peptik.

c. Penggunaan alkohol

Penggunaan alkohol secara berlebihan menyebabkan iritasi dan mengikis mukosa dinding lambung, dan membuat dinding

lambung lebih rentan terhadap asam lambung walaupun pada kondisi normal (Mitchell & Abbas, 2008)

d. Penggunaan kokain

Penggunaan kokain dapat merusak lambung dan menyebabkan perdarahan serta gastritis (Mitchell & Abbas, 2008)

e. Stress fisik

Stress fisik akibat pembedahan besar, luka trauma, luka bakar atau infeksi berat dapat menyebabkan gastritis, borok, dan perdarahan pada lambung (Mitchell & Abbas, 2008).

f. Kelainan autoimun

Autoimmune atrophic gastritis terjadi saat sistem kekebalan tubuh menyerang sel-sel sehat yang berada dalam dinding lambung yang mengakibatkan peradangan secara bertahap menipiskan dinding lambung, menghancurkan kelenjar-kelenjar penghasil asam lambung serta mengganggu produksi faktor intrinsik (yaitu zat yang membantu tubuh mengabsorpsi vitamin B12). Kekurangan vitamin B12 dapat mengakibatkan anemia pernisiiosa (yaitu kondisi serius yang memengaruhi seluruh system dalam tubuh). *Autoimmune atrophic* gastritis terjadi terutama pada orang tua (Barret et al., 2015).

5. Patofisiologi

a. Gastritis akut

Pengaruh efek samping penggunaan obat anti-inflamasi nonsteroid seperti aspirin dapat menimbulkan gastritis. Obat analgesik anti-inflamasi nonsteroid, seperti aspirin, ibuprofen dan naproxen menyebabkan peradangan lambung dengan cara mengurangi prostaglandin yang berfungsi melindungi dinding lambung. Pemakaian obat nonsteroid hanya sesekali maka kemungkinan terjadi masalah lambung sangat kecil. Pemakaian obat nonsteroid secara berkepanjangan atau yang pemakaian yang

berlebihan mengakibatkan gastritis dan tukak peptik. Pemberian aspirin menurunkan sekresi bikarbonat dan mukus oleh lambung sehingga kemampuan faktor defensiva terganggu.

Penggunaan alkohol secara berlebihan, sering mengonsumsi makanan yang mengandung nitrat (bahan pengawet), terlalu asam (cuka), kafein (teh dan kopi), serta kebiasaan merokok dapat memicu terjadinya gastritis. Bahan tersebut jika sering kontak dengan dinding lambung akan memicu sekresi asam lambung berlebihan sehingga mengikis lapisan mukosa lambung. Stress psikologi maupun fisiologis yang berkepanjangan menyebabkan gastritis. Stress seperti syok, sepsis dan trauma menyebabkan iskemia mukosa lambung. Iskemia mukosa lambung mengakibatkan peningkatan permeabilitas mukosa hingga terjadi difusi balik H^+ ke mukosa. Mukosa tidak mampu lagi menahan asam berlebih sehingga menyebabkan edema lalu rusak (Barret et al., 2015).

b. Gastritis kronis

Gastritis kronis terdapat 2 tipe, yaitu gastritis kronis tipe A dan tipe B.

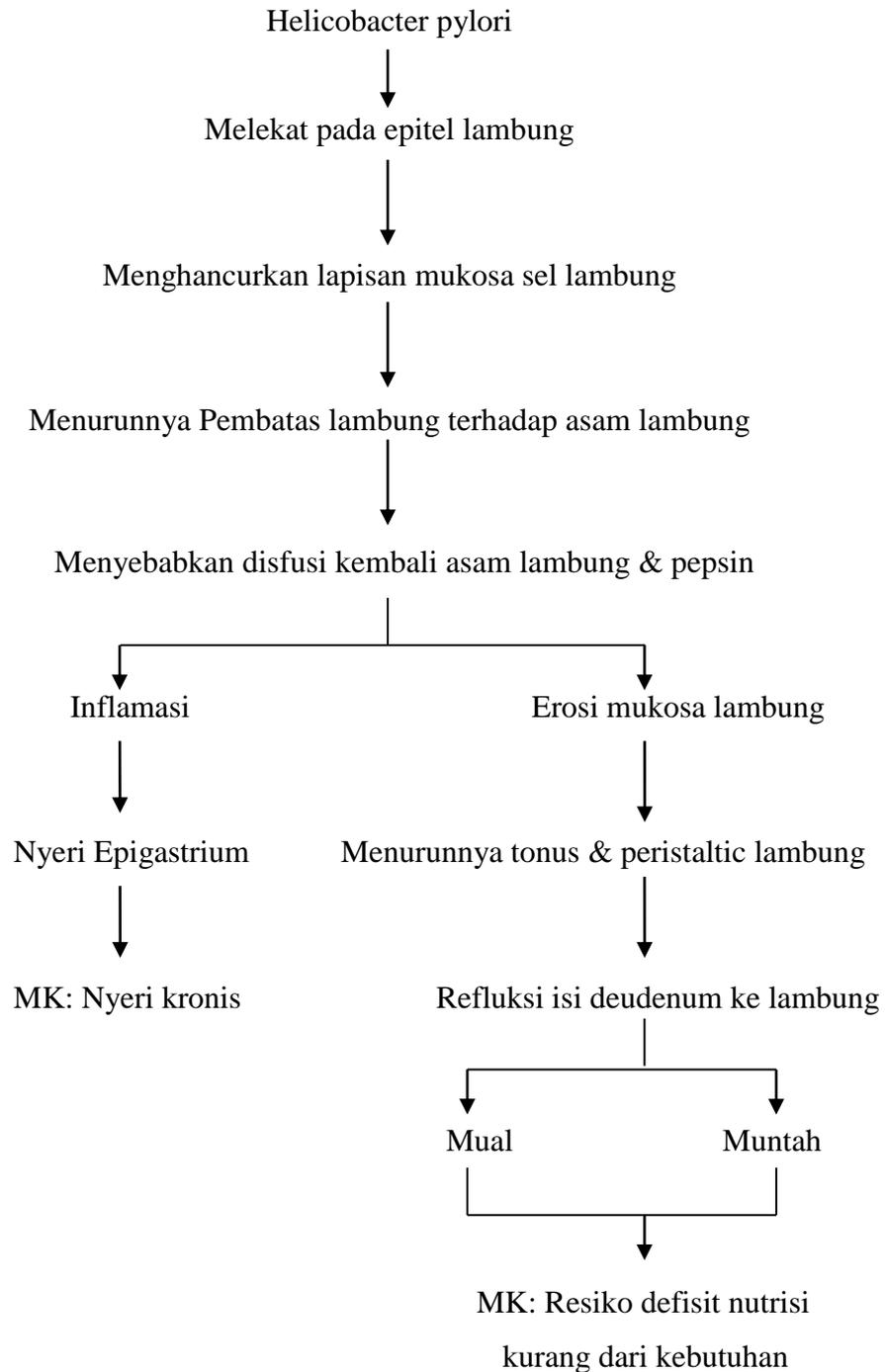
1) Gastritis kronis tipe A

Gastritis kronis tipe A atau gastritis autoimun diakibatkan karena perubahan sel parietal yang menimbulkan atrofi dan infiltrasi sel. Hal ini dihubungkan dengan penyakit autoimun seperti anemia pernisiiosa dan terjadi pada fundus atau korpus lambung (Barret et al., 2015).

2) Gastritis tipe B

Gastritis kronis tipe B atau gastritis *Helicobacter pylori* dihubungkan dengan bakteri *Helicobacter pylori*, faktor diet (minum panas atau pedas, penggunaan obat-obatan dan alkohol), merokok atau refluks isi usus ke lambung. *Helicobacter pylori* adalah bakteri tidak tahan asam, tetapi

bakteri dapat mengamankan diri pada lapisan mukosa lambung. Keberadaan bakteri *Helicobacter pylori* dalam mukosa lambung menyebabkan lapisan lambung melemah dan rapuh sehingga asam lambung dan bakteri menyebabkan luka atau tukak. Pengiriman nutrisi ekstra menguatkan sel leukosit yang merupakan sumber nutrisi *Helicobacter pylori* sehingga epitel lambung semakin rusak dan terbentuk ulserasi superfisial yang menyebabkan hemoragi (perdarahan), dalam beberapa hari terjadi gastritis dan tukak lambung (Sherwood, 2014).



Gambar 2.3 Pathway gastritis (Cysers, 2015)

6. Manifestasi klinis

a. Gastritis akut

Manifestasi klinis gastritis akut bervariasi dari sangat ringan asimtomatis hingga sangat berat yang berakibat kematian

(Guyton & Hall, 2013). Pada kasus yang sangat berat, gejala yang sangat mencolok adalah sebagai berikut:

- 1) Hematemesis dan melena yang berlangsung sangat hebat hingga terjadi syok karena kehilangan darah.
- 2) Sebagian besar kasus menunjukkan gejala sangat ringan bahkan asimtomatis. Berbagai keluhan, misal nyeri timbul pada ulu hati biasanya ringan dan lokasinya tidak dapat ditunjuk dengan tepat.
- 3) Gastritis akut terkadang disertai dengan mual dan muntah.
- 4) Perdarahan saluran cerna sering merupakan satu-satunya gejala.
- 5) Kasus yang sangat ringan perdarahan bermanifestasi sebagai darah samar pada tinja dan secara fisik dijumpai tanda anemia defisiensi dengan etiologi yang tidak jelas.
- 6) Pemeriksaan fisik biasanya tidak menemukan kelainan kecuali yang mengalami perdarahan hebat sehingga menimbulkan tanda dan gejala gangguan hemodinamik nyata, seperti hipotensi, pucat, keringet dingin, takikardia, sampai gangguan kesadaran.

b. Gastritis kronis

Gastritis kronis terdapat beberapa gejala meliputi bervariasi dan tidak jelas, perasaan penuh, anoreksia, distress epigastrik yang tidak nyata, dan cepat kenyang (Barret et al., 2015).

7. Komplikasi

a. Gastritis akut

Komplikasi gastritis akut adalah perdarahan saluran cerna bagian atas berupa hematemesis dan melena, dapat berakhir syok hemoragik. Khusus untuk perdarahan saluran cerna bagian atas perlu dibedakan dengan tukak peptik. Gambaran klinis memperlihatkan hal sama, tetapi pada tukak peptik penyebab utama adalah *Helicobacter pylori* sebesar 100% pada tukak

duodenum dan 60-90% pada tukak lambung. Diagnosis pasti dapat ditegakkan dengan endoskopi (Price & Wilson, 1995).

b. Gastritis kronis

Komplikasi gastritis kronis, yaitu gangguan penyerapan vitamin B12 yang menyebabkan anemia pernisiiosa, gangguan penyerapan zat besi dan penyempitan daerah antrum pilorus. Gastritis kronis jika dibiarkan tidak terawat menyebabkan ulkus peptik dan perdarahan lambung. Beberapa bentuk gastritis kronis dapat meningkatkan resiko kanker lambung terutama jika terjadi penipisin secara terus-menerus pada dinding lambung dan perubahan pada sel-sel di dinding lambung (Kowalak, Wels, & Mayer, 2011).

8. Penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan gastritis secara umum adalah menghilangkan faktor utama, yaitu etiologinya, diet dengan porsi kecil dan sering, serta obat-obatan. Namun, secara spesifik penatalaksanaan medis dibedakan sebagai berikut.

a. Gastritis akut

Penatalaksanaan gastritis akut meliputi:

- 1) Mengurangi minum alkohol dan makan hingga gejala menghilang, mengubah menjadi diet yang tidak mengiritasi.
- 2) Jika gejala menetap, mungkin diperlukan cairan intravena.
- 3) Jika gastritis terjadi akibat menelan asam kuat atau alkali maka encerkan dan netralkan asam dengan antasida umum, misalnya aluminium hidroksida, antagonis reseptor H₂, inhibitor pompa proton, antikolinergik dan sikralfat (untuk sitoprotektor).
- 4) Jika gastritis terjadi akibat menelan basa kuat maka gunakan sari buah jeruk yang encer atau cuka yang diencerkan.
- 5) Jika korosi parah maka hindari emetik dan bilas lambung karena bahaya perforasi.

- 6) Antasida merupakan obat bebas yang dapat berbentuk cairan atau tablet dan merupakan obat yang umum dipakai untuk gastritis ringan. Antasida menetralkan asam lambung dan dapat menghilangkan rasa sakit akibat asam lambung dengan cepat.
- 7) Penghambat asam, ketika antasida sudah tidak dapat lagi mengatasi rasa sakit maka tindakan medis yang dapat dilakukan adalah merekomendasikan obat untuk mengurangi jumlah produksi asam lambung (seperti cimetidin, ranitidin, nizatidin, atau famotidin).

b. Gastritis kronis

Penatalaksanaan gastritis kronis meliputi:

- 1) Memodifikasi diet, reduksi stress dan farmakoterapi.
- 2) *Cytoprotective agents*
Obat ini melindungi jaringan yang melapisi lambung dan usus kecil. Obat golongan *Cytoprotective agents* adalah sucralfate dan misoprostol. Mengonsumsi obat ini secara teratur karena suatu sebab biasanya dianjurkan. *Cytoprotective agents* yang lain adalah bismuth subsalicylate yang menghambat aktivitas *Helicobacter pylori*.
- 3) Penghambat pompa proton
Cara efektif mengurangi asam lambung dengan cara menutup pompa asam, dalam sel lambung penghasil asam. Penghambat pompa proton mengurangi asam dengan cara menutup kerja pompa. Termasuk obat golongan ini adalah omeprazole, lansoprazole, rebeprazole, dan esomeprazole. Obat-obat golongan ini menghambat kerja *Helicobacter pylori*.
- 4) *Helicobacter pylori* diatasi dengan antibiotic (misalnya tetrasiklin atau amoxicillin) dan garam bismuth (pepto bismol) atau terapi *Helicobacter pylori*. Terapi dalam mengatasi infeksi *Helicobacter pylori* terdapat beberapa regimen. Paling sering

digunakan adalah kombinasi antibiotik dan penghambat pompa proton. Terkadang ditambahkan bismuth subsalicylate. Antibiotik berfungsi untuk membunuh bakteri, sedangkan penghambat pompa proton berfungsi untuk meringankan rasa sakit, mual, menyembuhkan inflamasi, dan meningkatkan efektivitas antibiotik. Terapi terhadap infeksi *Helicobacter pylori* tidak selalu berhasil, kecepatan untuk membunuh bakteri sangat beragam bergantung regimen yang digunakan. Kombinasi dari tiga obat tampak lebih efektif daripada kombinasi dua obat. Terapi dalam jangka waktu lama (selama 2 minggu dibandingkan dengan 10 hari) tampak meningkatkan efektivitas. Dikatakan *Helicobacter pylori* sudah negatif jika dilakukan pemeriksaan pernapasan dan feses kembali setelah terapi dilaksanakan. Pemeriksaan pernapasan dan feses adalah dua jenis pemeriksaan yang sering dipakai untuk memastikan sudah tidak ada *Helicobacter pylori*. Pemeriksaan laboratorium darah akan menunjukkan hasil positif selama beberapa bulan atau bahkan lebih walaupun pada kenyataannya bakteri *Helicobacter pylori* sudah hilang (Barret et al., 2015) dikutip dari buku Murtaqib dan Kushariyadi (2020).

D. Tinjauan Asuhan Keperawatan Keluarga

1. Pengertian asuhan keperawatan keluarga

Dikutip dari buku keperawatan keluarga (Padila, 2018) Pelayanan keperawatan keluarga merupakan salah satu area pelayanan keperawatan yang dapat dilaksanakan di masyarakat. Pelayanan keperawatan keluarga yang saat ini dikembangkan merupakan bagian dari pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat (puskesmas).

Keperawatan keluarga adalah proses pemberian pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan keluarga dalam lingkup praktik keperawatan. Pelayanan keperawatan keluarga merupakan pelayanan holistic yang menempatkan keluarga dan komponennya sebagai fokus

pelayanan dan melibatkan anggota keluarga dalam tahap pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi tindakan keperawatan dengan memobilisasi sumber-sumber pelayanan kesehatan yang tersedia di keluarga dan sumber-sumber dari profesi lain termasuk pemberi pelayanan kesehatan dan sector lain di komunitas.

Pelayanan keperawatan keluarga di rumah merupakan integrasi pelayanan keperawatan keluarga dengan pelayanan kesehatan lain di rumah untuk mendukung kebijakan pelayanan kesehatan di masyarakat sehingga dapat mengatasi masalah kesehatan pasien dan keluarganya di rumah. Pelayanan keperawatan keluarga di rumah ini didukung kerjasama antara petugas kesehatan dengan pasien dan anggota keluarganya. Upaya pelayanan kesehatan yang diberikan mencakup upaya pelayanan pencegahan primer, pencegahan sekunder dan pencegahan tersier (Depkes, 2008).

2. Tujuan asuhan keperawatan keluarga

Adapun tujuan dalam pemberian asuhan keperawatan antara lain:

- a. Membantu individu untuk mandiri
- b. Mengajak individu atau masyarakat berpartisipasi dalam bidang kesehatan
- c. Membantu individu mengembangkan potensi untuk memelihara kesehatan secara optimal agar tidak tergantung pada orang lain dalam memelihara kesehatannya
- d. Membantu individu memperoleh derajat kesehatan yang optimal

3. Tahap-tahap proses keperawatan keluarga

a. Pengkajian

Pengkajian merupakan suatu tahapan saat seseorang perawat mengambil informasi secara terus menerus terhadap anggota keluarga yang dibinanya. Pengkajian merupakan syarat utama untuk mengidentifikasi masalah. Pengkajian keperawatan bersifat dinamis, interaktif dan fleksibel. Data dikumpulkan secara

sistematis dan terus menerus dengan menggunakan alat pengkajian. Pengkajian keperawatan keluarga dapat menggunakan metode observasi, wawancara dan pemeriksaan fisik (Maglaya, 2009).

1) Pengumpulan data

Sumber informasi dari tahapan pengumpulan data dapat menggunakan metode wawancara, observasi misalnya tentang keadaan/fasilitas rumah, pemeriksaan fisik terhadap seluruh anggota keluarga secara head to toe dan telaahan data sekunder. Hal-hal yang perlu dikumpulkan datanya dalam pengkajian keluarga adalah:

a) Data umum

Pengkajian terhadap data umum keluarga meliputi:

- (1) Nama kepala keluarga (KK)
- (2) Alamat dan telepon
- (3) Pekerjaan kepala keluarga
- (4) Pendidikan kepala keluarga
- (5) Komposisi keluarga dan genogram

Komposisi keluarga menjelaskan anggota keluarga yang diidentifikasi sebagai bagian dari keluarga mereka. Sedangkan genogram keluarga merupakan sebuah diagram yang menggambarkan konstelasi keluarga (pohon keluarga).

(6) Tipe keluarga

Menjelaskan mengenai jenis/tipe keluarga beserta kendala atau masalah-masalah yang terjadi dengan jenis/tipe keluarga tersebut.

(7) Suku bangsa

Mengkaji asal suku bangsa keluarga tersebut serta mengidentifikasi budaya suku bangsa tersebut terkait dengan kesehatan.

(8) Agama

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

(9) Status sosial ekonomi keluarga

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

(10) Aktivitas rekreasi keluarga

Rekreasi keluarga tidak hanya dilihat dari kapan saja keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu, namun dengan menonton televisi dan mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi.

b) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

(1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga ditentukan oleh anak tertua dari keluarga inti.

(2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Menjelaskan perkembangan keluarga yang belum terpenuhi, menjelaskan mengenai tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala-kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi.

(3) Riwayat keluarga inti

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga inti, meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian keluarga terhadap pencegahan penyakit

termasuk status imunisasi, sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga dan pengalaman terhadap pelayanan kesehatan.

(4) Riwayat keluarga sebelumnya

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga dari pihak suami dan istri.

c) Pengkajian lingkungan

(1) Karakteristik rumah

Karakteristik rumah diidentifikasi dengan melihat luas rumah, tipe rumah, jumlah ruangan, jumlah jendela, jarak septic tank dengan sumber air, sumber air minum yang digunakan serta dilengkapi dengan denah rumah.

(2) Karakteristik tetangga dan komunitas RW

Menjelaskan mengenai karakteristik dari tetangga dan komunitas setempat meliputi kebiasaan, lingkungan fisik, aturan atau kesepakatan penduduk setempat serta budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan.

(3) Mobilitas geografis keluarga

Mobilitas geografis keluarga ditentukan dengan melihat kebiasaan keluarga berpindah tempat.

(4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Menjelaskan mengenai waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada dan sejauh mana interaksi keluarga dengan masyarakat.

d) Struktur keluarga

(1) Sistem pendukung keluarga

Termasuk sistem pendukung keluarga adalah jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas-fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan mencakup fasilitas fisik, fasilitas psikologis atau

dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan dari masyarakat setempat.

(2) Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga.

(3) Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku.

(4) Struktur peran

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

(5) Nilai atau norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai dan norma yang di anut oleh keluarga yang berhubungan dengan kesehatan.

e) Fungsi keluarga

(1) Fungsi afektif

Hal yang perlu dikaji yaitu gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, bagaimana kehangatan tercipta pada anggota keluarga dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai.

(2) Fungsi sosialisasi

Dikaji bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya serta perilaku.

(3) Fungsi perawatan kesehatan

Menjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan serta merawat anggota keluarga yang sakit. Sejauh mana pengetahuan keluarga mengenai sehat sakit. Kesanggupan keluarga di dalam

melaksanakan perawatan kesehatan dapat dilihat dari kemampuan keluarga dalam melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga, yaitu keluarga mampu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan, melakukan perawatan terhadap anggota yang sakit, menciptakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan dan mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang terdapat di lingkungan setempat.

(4) Fungsi reproduksi

Hal yang perlu dikaji mengenai fungsi reproduksi keluarga adalah berapa jumlah anak, apakah rencana keluarga berkaitan dengan jumlah anggota keluarga, metode yang digunakan keluarga dalam upaya mengendalikan jumlah anggota keluarga.

(5) Fungsi ekonomi

Hal yang perlu dikaji mengenai fungsi ekonomi keluarga adalah sejauhmana keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan dan papan. Sejauhmana keluarga memanfaatkan sumber yang ada dimasyarakat dalam upaya peningkatan status kesehatan keluarga.

f) Stress dan koping keluarga

(1) Stressor jangka pendek dan panjang

Stressor jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari enam bulan, sedangkan stressor jangka panjang yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari enam bulan.

- (2) Kemampuan keluarga berespon terhadap stressor
Dikaji sejauhmana keluarga berespon terhadap stressor.
- (3) Strategi koping yang digunakan
Dikaji strategi koping yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan/stress.
- (4) Strategi adaptasi disfungsional
Dijelaskan mengenai strategi adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan/stress.

g) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga. Metode yang digunakan sama dengan pemeriksaan fisik klinik.

h) Harapan keluarga

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

b. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan masalah keperawatan yang didapat dari data-data pada pengkajian yang berhubungan dengan etiologi yang berasal dari data-data pengkajian fungsi keperawatan keluarga.

Diagnosa keperawatan mengacu pada rumusan PES (problem, etiologi, dan symptom) dimana untuk menggunakan rumusan masalah dari NANDA, sedangkan untuk etiologi dapat menggunakan pendekatan lima tugas keluarga atau dengan menggambarkan pohon masalah.

Tipologi dari diagnosa keperawatan keluarga terdiri dari diagnosa keperawatan keluarga aktual (terjadi defisit/gangguan

kesehatan), risiko (ancaman kesehatan) dan keadaan sejahtera (wellness).

Penulisan diagnosa keperawatan keluarga:

1) Diagnosa keperawatan keluarga: aktual

Diagnosa keperawatan keluarga aktual dirumuskan apabila sudah ada data yang menunjang dan sudah terjadi gangguan, misalnya gangguan nutrisi, aktivitas, rasa nyaman nyeri, dan lain sebagainya.

2) Diagnosa keperawatan keluarga: resiko (ancaman)

Diagnosa keperawatan keluarga resiko dirumuskan apabila sudah ada data yang menunjang namun belum terjadi gangguan, misalnya lingkungan rumah yang kurang bersih, pola makan yang tidak adekuat, stimulasi tumbuh kembang yang tidak adekuat dan lain sebagainya.

3) Diagnosa keperawatan keluarga: sejahtera (potensial)

Diagnosa keperawatan keluarga sejahtera merupakan suatu keadaan dimana keluarga didalam kondisi sejahtera sehingga kesehatan keluarga dapat di tingkatkan. Rumusan diagnosanya boleh tidak menggunakan etiologi.

Setelah seluruh diagnosa keperawatan keluarga ditetapkan sesuai prioritas, maka selanjutnya dikaji tingkat kemandirian keluarga. (format pengkajian kemandirian: lihat di penilaian).

Diagnosa keperawatan keluarga meliputi diagnosa aktual, resiko dan potensial. Berdasarkan pengkajian penulis mengangkat diagnosa aktual karena penulis melihat keadaan klien yang selalu mengeluhkan nyeri perut dibagian atas (ulu hati) dan mual saat makan, klien sudah mengalami gejala gastritis sudah 2 tahun terakhir maka penulis mengangkat asuhan keperawatan keluarga dengan gangguan nyeri kronis gastritis pada anak usia remaja.

Pada suatu keluarga mungkin saja menemukan lebih dari satu diagnosa keperawatan keluarga, maka selanjutnya bersama

keluarga harus menentukan prioritas dengan menggunakan skala perhitungan sebagai berikut:

Tabel 2.2 Perhitungan skala prioritas

Kriteria	Skor	Bobot
1. Sifat masalah		
a. Aktual (tidak/kurang sehat)	3	1
b. Ancaman kesehatan	2	
c. Keadaan sejahtera	1	
2. Kemungkinan masalah dapat diubah		
a. Mudah	2	2
b. Sebagian	1	
c. Tidak dapat	0	
3. Potensi masalah untuk dicegah		
a. Tinggi	3	1
b. Cukup	2	
c. Rendah	1	

Cara melakukan skoringnya adalah:

- 1) Tentukan skor untuk setiap kriteria
- 2) Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot
- 3) Jumlah skor untuk semua kriteria
- 4) Tentukan skor, nilai tertinggi menentukan urutan nomor diagnosa keperawatan keluarga

Dalam menentukan prioritas, banyak faktor yang mempengaruhi untuk kriteria yang pertama yaitu sifat masalah, skor yang lebih besar (3) diberikan pada tidak/kurang sehat karena kondisi ini biasanya disadari dan dirasakan oleh keluarga, ancaman kesehatan skor dua dan keadaan sejahtera skor satu.

Untuk kriteria kedua yaitu kemungkinan masalah dapat diubah, dengan memperhatikan faktor-faktor berikut:

- 1) Pengetahuan yang ada sekarang, teknologi dan tindakan untuk menangani masalah.

- 2) Sumber daya keluarga baik dalam bentuk fisik, keuangan maupun tenaga.
- 3) Sumber daya perawat dalam bentuk pengetahuan, keterampilan dan waktu.
- 4) Sumber daya masyarakat dalam bentuk fasilitas, organisasi masyarakat dan dukungan masyarakat.

Untuk kriteria ketiga yaitu potensi masalah dapat dicegah, dengan memperhatikan faktor-faktor berikut:

- 1) Kepelikan masalah yang berhubungan dengan penyakit atau masalah.
- 2) Lamanya masalah yang berhubungan dengan jangka waktu masalah itu ada.
- 3) Tindakan yang sedang dijalankan, yaitu tindakan-tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah.
- 4) Adanya kelompok *high risk* atau kelompok yang sangat peka menambah masalah.

Untuk kriteria keempat yaitu menonjolnya masalah, dalam hal ini perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga melihat masalah kesehatan tersebut.

c. Rencana keperawatan

Perencanaan keperawatan keluarga terdiri dari penetapan tujuan, mencakup tujuan umum dan khusus, rencana intervensi serta dilengkapi dengan rencana evaluasi yang memuat kriteria dan standar. Tujuan dirumuskan secara spesifik, dapat diukur (*marusable*), dapat dicapai (*achievable*), rasional dan menunjukkan waktu (SMART). Rencana intervensi ditetapkan untuk mencapai tujuan. Wright dan Leahey dalam Friedman (1998) membagi intervensi keperawatan keluarga menjadi dua tingkatan intervensi, yaitu intervensi pemulaan dan intervensi lanjut. Intervensi pemulaan meliputi intervensi yang bersifat sportif, edukatif dan langsung ke arah sasaran, sedangkan pada tingkat lanjut, meliputi

sejumlah intervensi terapi keluarga yang lebih bersifat psikososial dan tidak langsung.

Feeman (1970) dalam Friedman (1998) mengklasifikasikan (tipologi) intervensi keperawatan keluarga menjadi:

1) Intervensi supplemental

Perawat sebagai pemberi perawatan langsung dengan mengintervensi bidang-bidang yang keluarga tidak dapat melakukannya.

2) Intervensi fasilitatif

Perawat berusaha memfasilitasi pelayanan yang diperlukan keluarga seperti pelayanan medis, kesejahteraan sosial, transportasi dan pelayanan kesehatan di rumah.

3) Intervensi perkembangan

Perawat melakukan tindakan dengan tujuan memperbaiki dan meningkatkan kapasitas keluarga dalam perawatan diri dan tanggung jawab pribadi. Perawat membantu keluarga memanfaatkan sumber-sumber perawatan untuk keluarganya termasuk dukungan internal dan eksternal.

Selanjutnya intervensi keperawatan keluarga diklasifikasikan menjadi intervensi yang mengarah pada aspek kognitif, efektif dan psikomotor (prilaku). Semua intervensi baik berupa pendidikan kesehatan, tetapi modalitas ataupun terapi komplementer pada akhirnya 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, sehingga dalam menentukan standar antara klien satu

dengan klien yang lainnya walaupun masalahnya sama, standarnya bisa jadi berbeda.

d. Implementasi keperawatan

Implementasi adalah serangkaian tindakan perawat pada keluarga berdasarkan perencanaan sebelumnya. Tindakan perawatan terhadap keluarga mencakup dapat berupa:

- 1) Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenal masalah dan kebutuhan kesehatan, dengan cara:
 - a) Memberikan informasi: penyuluhan atau konseling
 - b) Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
 - c) Mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah
- 2) Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, dengan cara:
 - a) Mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan
 - b) Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki oleh keluarga
 - c) Mendiskusikan tentang konsekuensi setiap tindakan
- 3) Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit:
 - a) Mendemonstrasikan cara perawatan
 - b) Menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah
 - c) Mengawasi keluarga melakukan tindakan/perawatan
- 4) Membantu keluarga menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi:
 - a) Menggunakan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
 - b) Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin
- 5) Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, dengan cara:

- a) Memperkenalkan fasilitas kesehatan yang ada dalam lingkungan keluarga
- b) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

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

e. Evaluasi keperawatan

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

S: Hal-hal yang dikemukakan keluarga

O: Hal-hal yang ditemukan perawat yang dapat diukur

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

P: Perencanaan yang akan datang setelah melihat respon keluarga.

Penilaian terhadap asuhan keperawatan juga dilakukan dengan melakukan penilaian tingkat kemandirian keluarga. Pada saat pengkajian, kemandirian keluarga dikaji untuk mengetahui tingkat kemandirian keluarga sebelum diberikan pembinaan/tindakan keperawatan, sedangkan pada saat evaluasi dilakukan untuk mengetahui tingkat kemandirian keluarga setelah pembinaan/tindakan keperawatan dilakukan.