

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar Manusia**

##### **1. Konsep kebutuhan dasar**

Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow yaitu manusia mempunyai kebutuhan tertentu yang harus dipenuhi secara memuaskan melalui proses homeostatis, baik fisiologis maupun psikologis. Adapun kebutuhan merupakan suatu hal yang sangat penting, bermanfaat, atau diperlukan untuk menjaga homeostatis dan kehidupan itu sendiri. Banyak ahli filsafat, psikologis, dan fisiologis menguraikan kebutuhan manusia dan membahasnya dari berbagai segi. Abraham Maslow merupakan seorang psikolog dari Amerika yang mengembangkan teori tentang kebutuhan dasar manusia yang lebih dikenal dengan istilah Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow. Hierarki tersebut meliputi lima kategori kebutuhan dasar, yakni:

a. Kebutuhan fisiologis (*Physiologic needs*). Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam hierarki Maslow. Umumnya, seseorang yang memiliki beberapa kebutuhan yang belum terpenuhi akan lebih dulu memenuhi kebutuhan fisiologisnya dibandingkan kebutuhan yang lain. Kebutuhan fisiologis merupakan hal yang mutlak dipenuhi manusia untuk bertahan hidup. Manusia memiliki delapan macam kebutuhan, yaitu:

- 1) Kebutuhan oksigen dan pertukaran gas.
- 2) Kebutuhan cairan dan elektrolit.
- 3) Kebutuhan makanan.
- 4) Kebutuhan eliminasi urine dan alvi.
- 5) Kebutuhan istirahat dan tidur.
- 6) Kebutuhan aktivitas.
- 7) Kebutuhan kesehatan temperature tubuh.
- 8) Kebutuhan seksual.

- Kebutuhan seksual tidak diperlukan untuk menjaga kelangsungan hidup seseorang, tetapi penting untuk mempertahankan kelangsungan umat manusia.
- b. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman (*safety and security needs*). Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek, baik fisiologis, maupun psikologis. Kebutuhan ini meliputi:
- 1) Kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan, dan infeksi.
  - 2) Bebas dari rasa takut dan kecemasan.
  - 3) Bebas dari perasaan terancam karena pengalaman yang baru atau asing.
- c. Kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki (*love and belonging needs*). Kebutuhan ini meliputi:
- 1) Memberi dan menerima kasih sayang.
  - 2) Perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain.
  - 3) Kehangatan.
  - 4) Persahabatan.
  - 5) Mendapat tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok, serta lingkungan sosial.
- d. Kebutuhan harga diri (*self-esteem needs*). Kebutuhan ini meliputi:
- 1) Perasaan tidak bergantung pada orang lain.
  - 2) Kompeten.
  - 3) Penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain.
- e. Kebutuhan aktualisasi diri (*need for self actualization*). Kebutuhan ini meliputi:
- 1) Dapat mengenal diri sendiri dengan baik (mengetahui dan memahami potensi diri).
  - 2) Belajar memenuhi kebutuhan diri sendiri.
  - 3) Tidak emosional.
  - 4) Mempunyai dedikasi yang tinggi.
  - 5) Kreatif.
  - 6) Mempunyai kepercayaan diri yang tinggi, dan sebagainya.

Dengan mengetahui konsep kebutuhan dasar menurut Maslow, kita perlu memahami bahwa:

- 1) Manusia senantiasa berkembang sehingga dapat mencapai potensi diri yang maksimal.
- 2) Kebutuhan pada tingkat yang lebih tinggi tidak akan terpenuhi dengan baik sampai kebutuhan di bawahnya terpenuhi.
- 3) Jika kebutuhan dasar pada tiap tingkat tidak terpenuhi, pada akhirnya akan muncul suatu kondisi patologis.
- 4) Setiap orang mempunyai kebutuhan dasar yang sama, dan setiap kebutuhan tersebut dimodifikasi sesuai dengan budaya masing – masing.
- 5) Setiap orang memenuhi kebutuhan dasarnya menurut prioritas.
- 6) Walaupun kebutuhan pada umumnya harus dipenuhi, tetapi beberapa kebutuhan sifatnya dapat ditunda.
- 7) Kegagalan dalam memenuhi kebutuhan menyebabkan ketidakseimbangan homeostatis. Kondisi ini lebih lanjut dapat menimbulkan penyakit.
- 8) Kebutuhan dapat menyebabkan seseorang berpikir dan bergerak untuk memenuhinya. Ini disebabkan oleh rangsangan yang berasal dari factor internal dan eksternal.
- 9) Seseorang dapat merasakan adanya kebutuhan sehingga dapat berespons melalui beberapa cara.
- 10) Kebutuhan dasar sifatnya saling berkaitan, beberapa kebutuhan yang tidak terpenuhi akan memengaruhi kebutuhan lainnya.

## **2. Konsep kebutuhan dasar nutrisi**

Kebutuhan nutrisi bagi tubuh merupakan suatu kebutuhan dasar manusia yang sangat vital. Nutrisi merupakan sumber energi untuk segala aktivitas dalam sistem tubuh. Sumber nutrisi dalam tubuh berasal dari dalam tubuh itu sendiri, seperti glikogen yang terdapat dalam otot dan hati ataupun protein dan lemak dalam jaringan dan sumber lain yang berasal dari luar tubuh seperti yang sehari – hari dimakan oleh manusia (Andina Vita Susanto, Yuni Fitriana, 2017).

Bentuk – bentuk kebutuhan dasar manusia nutrisi (zat gizi) yaitu yang terdiri dari karbohidrat, lemak protein, mineral, vitamin, dan air (Hidayat Alimul Aziz, 2009). Macam- macam masalah gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi yaitu seperti kekurangan nutrisi, kelebihan nutrisi, obesitas, malnutrisi, diabetes mellitus, hipertensi, penyakit jantung coroner, kanker, anoreksia nervosa (Haswita, Reni Sulistyowati, 2017).

a. Definisi nutrisi

Nutrisi adalah bahan organik dan anorganik yang terdapat dalam makanan dan oleh tubuh agar dapat berfungsi dengan baik. Nutrisi dibutuhkan oleh tubuh untuk memperoleh energi bagi aktivitas tubuh, membentuk sel dan jaringan tubuh, serta mengatur berbagai proses kimia di dalam tubuh (Hidayat Alimul Aziz, 2009).

b. Macam–macam nutrisi

1) Karbohidrat

Karbohidrat merupakan zat gizi yang terdapat dalam makan, pada umumnya dalam bentuk amilum. Pembentukan amilum terjadi dalam mulut melalui enzim ptialin yang ada dalam air ludah. Amilum diubah menjadi maltose, kemudian diteruskan ke dalam lambung. Dari dalam lambung hidrat arang dikirim terus ke usus dua belas jari. Getah pankreas yang dialirkan ke usus dua belas jari mengandung amilase. Dengan demikian, sisa amilum yang belum diubah menjadi maltosa oleh amilase pankreas diubah seluruhnya menjadi maltosa. Maltosa ini kemudian diteruskan ke dalam usus halus. Usus halus mengeluarkan getah pankreas hidrat arang, yaitu maltose yang bertugas mengubah maltose menjadi dua molekul glukosa sakrosa, fruktosa dan glukosa. Laktosa bertugas mengubah laktosa menjadi glukosa dan galaktosa. Setelah berada dalam usus halus, seluruhnya diubah menjadi monosakarida oleh enzim – enzim tadi.

Penyerapan karbohidrat yang dikonsumsi/dimakan masih dapat ditemukan dalam tiga bentuk, yaitu polisakarida, disakarida, dan monosakarida. Disakarida dan monosakarida mempunyai sifat mudah larut

dalam air sehingga dapat diserap melewati dinding usus/ mukosa usus mengikuti hukum difusi osmose dan tidak memerlukan tenaga serta langsung memasuki pembuluh darah. Proses penyerapan yang tidak memerlukan tenaga dan mengikuti hukum difusi osmose dikenal sebagai penyerapan pasif.

## 2) Lemak

Pencernaan lemak dimulai dalam lambung (walaupun hanya sedikit), karena dalam mulut tidak ada enzim pemecah lemak. Lambung mengeluarkan enzim lipase untuk mengubah sebagian kecil lemak menjadi asam lemak dan gliserin, kemudian diangkut melalui getah bening dan selanjutnya masuk ke dalam peredaran darah untuk kemudian tiba di hati. Sintesis kembali terjadi dalam saluran getah bening mengubah lemak gliserin menjadi lemak seperti aslinya.

Penyerapan lemak dilakukan secara pasif setelah lemak diubah menjadi gliserol asam lemak. Asam lemak mempunyai sifat empedu, asam lemak yang teremulsi ini mampu diserap melewati dinding halus. Penyerapan membutuhkan tenaga, lagi pula tidak semua lemak dapat diserap, maka penyerapan lemak dikatakan dengan cara aktif selektif.

**Tabel 1**  
**Kebutuhan Energi Perhari**

Umur	Berat Badan (kg)	Tinggi Badan (cm)	Energi (Kkal)
Pria			
10 – 12 tahun	30	135	1950
13 – 15 tahun	40	152	2200
16 – 19 tahun	53	160	2360
20 – 59 tahun	56	162	2400
60 tahun	56	162	1960
Wanita			
10 – 12 tahun	32	139	1750
13 – 15 tahun	42	153	1900
16 – 19 tahun	46	154	1850
20 – 59 tahun	50	154	1900
60 tahun	50	154	1700

Sumber: Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi, (1988), dikutip dari Mubarak Wahit Iqbal, Cahyatin Nurul (2008).

### 3) Protein

Kelenjar ludah dalam mulut tidak membentuk enzim protase, Enzim protase baru terdapat dalam lambung, yaitu pepsin, yang mengubah protein menjadi albuminosa dan pepton. Kemudian, tripsin dalam usus dua belas jari yang berasal dari pankreas mengubah sisa protein yang belum sempurna menjadi albuminosa dan pepton. Dalam usus halus, albuminosa dan pepton seluruhnya diubah oleh enzim pepsin menjadi asam – asam amino yang siap untuk diserap.

Protein yang telah diubah ke dalam bentuk asam amino mempunyai sifat larut dalam air. Seperti halnya hidrat arang, asam amino yang mudah larut dalam air ini juga dapat diserap secara pasif dan langsung memasuki pembuluh darah.

**Tabel 2**  
**Kebutuhan Protein Perhari**

Umur	Berat Badan (kg)	Tinggi Badan (cm)	Protein (gr)
Pria			
10 – 12 tahun	30	135	45
13 – 15 tahun	40	152	57
16 – 19 tahun	53	160	62
20 – 59 tahun	56	162	50
60 tahun	56	162	50
Wanita			
10 – 12 tahun	32	139	49
13 – 15 tahun	42	153	47
16 – 19 tahun	46	154	47
20 – 59 tahun	50	154	44
60 tahun	50	154	44

Sumber: Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi, 1988, dikutip dari Mubarak Wahit Iqbal, Cahyatin Nurul (2008).

### 4) Mineral

Mineral tidak membutuhkan perencanaan. Mineral hadir dalam bentuk tertentu sehingga tubuh mudah untuk memprosesnya. Umumnya, mineral diserap dengan mudah melalui dinding usus halus secara difusi pasif maupun transportasi aktif.

Mekanisme transportasi aktif penting jika kebutuhan tubuh meningkat atau adanya diet rendah kadar mineral. Hormone adalah zat yang memegang peranan penting dalam mengatur mekanisme aktif ini. Penyerapan dapat lebih jauh dipengaruhi oleh isi system pencernaan.

Beberapa senyawa organik tertentu, seperti asam oxalit, akan menghambat penyerapan kalsium. Mineral dipakai dalam berbagai hal. Beberapa dari mineral adalah komponen esensial dari jaringan tubuh, sedang yang lainnya esensial pada proses kimia tertentu.

**Tabel 3**  
**Jenis Mineral, Sumber, dan Fungsi**

<b>Jenis Mineral</b>	<b>Sumber</b>	<b>Fungsi</b>
Kalsium	Susu	Pembentukan gigi dan tulang, aktivitas neuromuscular, dan koagulasi (penggumpalan) darah
Fosfor	Telur, daging, dan susu	Penyangga pembentukan gusi dan tulang
Yodium	Garam beryodium, dan makanan laut	Pengaturan metabolisme tubuh dan memperlancar pertumbuhan
Besi	Hati, telur, dan daging	Komponen hemoglobin dan membantu oksidasi dalam sel
Magnesium	Biji – bijian, susu, dan daging	Pengaktifan enzim, pembentukan gigi dan tulang, dan membentuk kegiatan neuromuscular
Zinc	Makanan laut dan hati	Bahan pembentuk enzim dan insulin

Sumber: Hidayat Alimul Aziz, 2009

### 5) Vitamin

Pencernaan vitamin melibatkan penguraiannya menjadi molekul–molekul yang lebih kecil sehingga dapat diserap dengan efektif. Beberapa penyerapan vitamin dilakukan dengan difusi sederhana, tetapi sistem transportasi aktif sangat penting untuk memastikan pemasukan yang cukup.

Vitamin yang larut dalam lemak yang diserap oleh sistem transportasi aktif yang juga membawa lemak keseluruh tubuh, sedang vitamin yang larut dalam air mempunyai beberapa variasi mekanisme transportasi aktif. Sebagai contoh faktor dasar yang dihasilkan oleh lambung memudahkan penyerapan

vitamin B12. Tanpa faktor tersebut, tubuh tidak mampu menyerap dengan cukup, sehingga menyebabkan terjadinya defisiensi vitamin tersebut.

**Tabel 4**  
**Jenis Vitamin, Sumber, dan Fungsi**

<b>Jenis Vitamin</b>	<b>Sumber</b>	<b>Fungsi</b>
Vitamin A	Lemak hewani, mentega, keju, kuning telur, susu lengkap, minyak ikan, sayur hijau, buah yang kuning, dan sayuran.	Membantu pertumbuhan sel tubuh dan penglihatan, menyehatkan rambut dan kulit, integritas membrane epitel, dan mencegah xerophtalmi.
Vitamin B1 (thiamin) larut dalam air	Ikan, daging ayam tanpa lemak, kacang – kacangan, dan susu.	Metabolisme karbohidrat, membantu kelancaran sistem persarafan, dan mencegah beri – beri atau penyakit yang ditandai neuritis.
Vitamin B2 (riboflavin) larut dalam air	Telur, sayuran hijau, daging tanpa lemak, susu, dan biji – bijian.	Membantu pembentukan enzim, pertumbuhan, dan membantu adaptasi cahaya dalam mata.
Vitamin B3 (niacin)	Daging tanpa lemak, hati, ikan, kacang – kacangan, biji – bijian, telur, dan hati.	Metabolisme karbohidrat, lemak, protein, dan komponen enzim serta mencegah menurunnya nafsu makan.
Vitamin B6 (pyridoksin)	Biji – bijian, sayuran, daging, pisang.	Membantu kesehatan gusi, dan gigi, pembentukan sel darah merah, serta metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein.
Vitamin B12 (cyanocobalamin)	Hati, susu, daging tanpa lemak, ikan, dan kerrang laut.	Metabolisme protein, membantu pembentukan sel darah merah, kesehatan jaringan, dan mencegah anemia.
Vitamin C (ascorbutacid)	Jeruk, tomat, kubis, sayuran hijau, dan kentang.	Menjaga kesehatan tulang, gigi, dan gusi, membantu pembentukan dinding pembuluh darah dan pembekuan kapiler, kesembuhan jaringan dan tulang, serta memudahkan penyerapan zat besi dan asam folat.
Vitamin D	Minyak ikan, susu, kuning telur, mentega, hati, kerrang, tau terbentuk dikulit akibat pemanasan sinar matahari.	Membantu penyerapan kalsium dan fosfor serta mencegah rakhitis,
Vitamin E (alpha tocopherol)	Sayuran hijau.	Membantu pembentukan sel darah merah dan melindungi asam amino utama.
Vitamin (biotin)	Kuning telur, sauran hijau, susu, dan hati.	Membantu kegiatan enzim serta metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein.
Vitamin K	Hati, telur, dan sayuran hijau.	Membantu produksi protombin.

Sumber: Hidayat Alimul Aziz, 2009



## 6) Air

Air merupakan zat makanan paling mendasar yang dibutuhkan oleh tubuh manusia. Tubuh manusia terdiri atas 50% - 70 % air. Asupan air secara teratur sangat penting bagi makhluk hidup untuk bertahan hidup dibandingkan dengan pemasukan nutrisi.

Pada orang dewasa, asupan air berkisar antara 1200–1500 cc per hari, namun dianjurkan sebanyak 1900 cc sebagai batas optimum. Selain itu, air yang masuk ke tubuh melalui makanan lain berkisar antara 500–900 cc per hari. Air juga dapat diperoleh melalui hasil akhir proses oksidasi. Kebutuhan asupan air akan semakin meningkat jika terjadi peningkatan pengeluaran air, misalnya melalui keringat, muntah, diare, atau adanya gejala–gejala dihidrasi.

## **B. Tinjauan Asuhan Keperawatan**

### **1. Asuhan keperawatan**

Asuhan keperawatan adalah tindakan mandiri perawat profesional atau ners melalui kerjasama yang bersifat kolaboratif, baik dengan klien maupun tenaga kesehatan lainnya, dalam upaya memberikan asuhan keperawatan holistik sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya pada berbagai tatanan pelayanan, termasuk praktik keperawatan individu dan kelompok yang terdiri dari proses pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi (Nursalam, 2003 dikutip dari Abdul Muhith, 2015).

### **2. Proses keperawatan**

Proses keperawatan adalah suatu metode yang sistematis dan terorganisasi dalam pemberian asuhan keperawatan, yang difokuskan pada reaksi dan respon unik individu pada suatu kelompok atau perorangan terhadap gangguan kesehatan yang dialami, baik actual maupun potensial. Proses keperawatan juga dapat diartikan sebagai pendekatan yang digunakan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan, sehingga kebutuhan dasar klien dapat terpenuhi (Mahyar Suara, Ermawati Dalami, Rochimah, Een Raenah, Rusmiyati, 2010).

### 3. Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi pada gastritis

#### a. Pengkajian

Proses pengkajian merupakan pengumpulan informasi yang berkesinambungan, dianalisa dan diinterpretasikan serta diidentifikasi secara mendalam (Yohanes & Yasinta, 2013). Data diperoleh dari riwayat kesehatan keluarga, riwayat penyakit sekarang, dan pemeriksaan fisik melalui inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi (Achar Ayu Komang, 2010). Berikut adalah pengkajian pada pasien gastritis:

- 1) Identitas pasien/biodata: meliputi nama lengkap, tempat tinggal, jenis kelamin, umur, asal suku bangsa.
- 2) Keluhan utama yang dirasakan oleh pasien.
- 3) Apakah pasien mengeluh nyeri ulu hati, tidak dapat makan, mual dan muntah.
- 4) Kapan terjadinya gejala, apakah sebelum makan, setelah makan, setelah mencerna makanan pedas, obat-obatan tertentu atau alkohol.
- 5) Apakah gejala berhubungan dengan ansietas, stress, alergi, makan minum terlalu banyak atau makan terlalu cepat.
- 6) Bagaimana gejalanya berkurang atau hilang.
- 7) Apakah ada riwayat alergi penyakit lambung sebelumnya.
- 8) Apakah pasien ada muntah darah atau tidak.
- 9) Apakah nyeri tekan abdomen.
- 10) Dehidrasi atau perubahan turgor kulit atau membran mukosa kering

Menurut Wahid Iqbal Mubarak dan Nurul Cahyatin (2008) status nutrisi seseorang, dalam hal ini klien dengan gangguan status nutrisi, dapat dikaji dengan menggunakan pedoman A-B-C-D.

A: Pengukuran antropometrik (*antropometric measurements*).

B: Data biomedis (*biomedical data*).

C: Tanda – tanda klinis status nutrisi (*clinical sign*).

D: Diet (*dietary*).

**Tabel 5**  
**Jumlah Energi Pangan yang Dianjurkan**

<b>Jenis Kelamin</b>	<b>Kategori Pekerjaan</b>	<b>kJ</b>	<b>kcal</b>
Laki – laki (18 – 34 tahun)	Menetap/duduk	10.500	2.510
	Agak aktif	12.000	2.900
	Sangat aktif	14.000	3.350
Perempuan (18-54 tahun)	Berbagai pekerjaan umumnya	9.000	2.150
	Sangat aktif	10.500	2.500

Sumber: Mubarak Iqbal Wahit dan Cahyatin Nurul, 2008

Tujuan mengkaji kebutuhan nutrisi:

- a) Mengidentifikasi adanya defisiensi nutrisi dan pengaruhnya terhadap status kesehatan.
- b) Mengumpulkan informasi khusus guna menetapkan rencana asuhan keperawatan terkait nutrisi.
- c) Menilai keefektifan asuhan keperawatan terkait nutrisi dan kemungkinan untuk memodifikasi asuhan tersebut (Potter & Perry, 1992).
- d) Mengidentifikasi kebutuhan nutrisi klien (Barkauskas, 1994).

Peran perawat dalam pengkajian nutrisi ialah untuk mengidentifikasi masalah nutrisi, membuat rencana asuhan keperawatan, serta merencanakan Pendidikan kesehatan bagi klien, khususnya tentang nutrisi.

Dengan menggunakan pedoman, tersebut, kita dapat menilai status gizi seseorang. Untuk itu, perawat perlu memahami tentang tanda – tanda status gizi yang normal.

**Tabel 6**  
**Pengkajian Umum Status Gizi Individu**

<b>Area Pemeriksaan</b>	<b>Tanda–Tanda Normal</b>	<b>Tanda–Tanda Abnormal (Malnutrisi)</b>
Penampilan umum dan vitalitas	Gesit, energik, mampu beristirahat dengan baik	Apatis, lesu, tampak lelah
Berat badan	Dalam rentang normal, sesuai dengan usia dan tinggi badan	Berat badan kurang atau lebih
Rambut	Rambut bercahaya, berminyak, tidak kering	Rambut kering, kusam, pecah – pecah, tipis, rapuh
Kulit	Lembut, sedikit lembab, turgor kulit baik	Kering, kusam, pecah – pecah, pucat atau berpigmen, ada petekia atau memar, lemak subkutan sedikit
Kuku	Merah muda, keras	Rapuh, pucat,, bentuk seperti sendok
Mata	Berbinar, jernih, lembap, konjungtiva merah muda	Kering, konjungtiva pucat atau merah, kornea lembut
Lidah	Merah muda, lembap	Berwarna merah atau magenta, tampilan halus, bengkak, ukuran lidah bertambah atau kurang
Bibir	Lembap, merah muda	Bengkak, pecah – pecah pada sudut bibir
Gusi	Merah muda, lembap	Bengkak, meradang, mudah berdarah, berbentuk seperti spon
Otot	Kenyal, berkembang dengan baik	Tonus buruk, lembek dan tidak berkembang
Sistem kardivaskular	Nadi dan tekanan darah normal, irama jantung normal	Irama jantung abnormal (tidak teratur)
Sistem pencernaan	Nafsu makan baik, eliminasi normal dan teratur	Anoreksia, indegesti, diare, konstipasi
Sistem persyarafan	Reflex normal, waspada, perhatian baik, emosi stabil	Refles menurun, emosi tidak stabil, kurang perhatian, bingung dan emosi labil

Sumber: Mubarak Iqbal Wahid, Cahyatin Nurul, 2008

Komponen-komponen pengkajian nutrisi meliputi pengukuran antropometrik, pemeriksaan fisik, pemeriksaan biokimia, dan data riwayat diet. Pengukuran Antropometrik menurut Mubarak Iqbal Wahit, Cahyatin Nurul (2008) yaitu sebagai berikut:

Metode ini meliputi pengkajian ukuran dan proporsi tubuh manusia. Pengukuran antropometrik terdiri atas (a) tinggi badan, (b) berat badan, (c) tebal lipatan kulit, dan (d) lingkar tubuh di beberapa area seperti kepala, dada, dan lengan. Tujuan pengukuran ini adalah mengevaluasi pertumbuhan dan mengkaji status nutrisi serta ketersediaan energi tubuh.

- a. Tinggi badan. Pengukuran tinggi badan pada individu dewasa dan balita dilakukan dalam posisi berbaring. Pada kasus – kasus tertentu, seperti pasien yang mengalami cedera dan fraktur tulang belakang, pengukuran dilakukan dalam posisi berbaring. Satuan tinggi badan adalah cm atau inci.
- b. Berat badan. Alat ukur yang lazim digunakan untuk mengukur berat badan adalah timbangan manual, meskipun ada pula alat ukur yang menggunakan *sistem digital elektrik*. Hal – hal yang harus diperhatikan saat mengukur berat badan adalah:
  - 1) Alat serta skala alat ukur yang digunakan harus sama setiap kali menimbang.
  - 2) Pasien ditimbang tanpa alas kaki.
  - 3) Pakaian diusahakan tidak tebal dan relatif sama beratnya setiap kali menimbang.
  - 4) Waktu (jam) penimbangan relatif sama, misalnya sebelum dan sesudah makan.

**Tabel 7**  
**Perbandingan Tinggi Badan dan Berat Badan Berdasarkan**  
**Ukuran dan Golongan.**

Kategori	Umur (tahun)	Berat (kg)	Tinggi (cm)
Pria	11-14	45	157
	15-18	66	176
	19-24	72	177
	25-50	79	176
	51+	77	173
Wanita	11-14	46	157
	15-18	55	163
	19-24	58	164
	25-50	63	163
	51+	65	160

Sumber: Health and Physical Assesment (Barkauskas, 1994) dikutip dari Hidayat Alimul Aziz

Dalam menilai berat badan pasien, kita perlu mempertimbangkan tinggi badan, bentuk rangka, proporsi lemak, otot, dan tulang, serta bentuk dada pasien. Di samping itu, kita juga perlu mengkaji patologi yang berpengaruh terhadap berat badan, seperti edema, splenomegaly, asites, gagal jantung, atau kardiomegali.

- c. Karakteristik status nutrisi. Menurut Haswita dan Reni Sulistyowati karakteristik status nutrisi terdiri dari:

1) *Body Mass Index (BMI)*

Merupakan ukuran dari gambaran berat badan seseorang dengan tinggi badan. BMI dihubungkan dengan total lemak dalam tubuh dan sebagai panduan untuk mengkaji kelebihan berat badan (*over weight*) dan obesitas.

Rumus BMI diperhitungkan:

$$BB \text{ (kg)} / TB \text{ (m)}^2 \quad \text{atau} \quad BB \text{ (pon)} \times 704,5 / TB \text{ (inc)}^2$$

2) *Ideal Body Weight (IBW)*

Merupakan perhitungan berat badan optimal dalam fungsi tubuh yang sehat. Berat badan ideal adalah jumlah tinggi dalam sentimeter dikurangi 100 dikurangi 10 % dari jumlah itu.

- d. Tebal lipatan kulit. Pengukuran tebal lipatan kulit bertujuan untuk menentukan presentase lemak pada tubuh. Pengukuran ini mencerminkan massa otot, jumlah lemak di jaringan subkutan, dan status kalori. Selain itu, pengukuran ini juga digunakan untuk mengkaji kemungkinan malnutrisi, berat badan normal, atau obesitas (Kamath, 1986). Area yang sering digunakan untuk pengukuran ini adalah lipatan kulit trisep (*tricep skinfold* [TSF]), scapula, dan suprailiaka. Hal-hal yang perlu diperhatikan saat pengukuran antara lain:
- 1) Anjurkan klien untuk membuka baju guna mencegah kesalahan pada hasil pengukuran.
  - 2) Perhatikan selalu privasi dan rasa nyaman klien.
  - 3) Dalam pengukuran TSF, utamakan lengan klien yang tidak dominan.
  - 4) Pengukuran TSF dilakukan pada titik tengah lengan atas, antara acromion dan olekranon.
  - 5) Ketika pengukuran dilakukan, anjurkan klien untuk relaks.
  - 6) Alat yang digunakan adalah kapiler.
- e. Lingkar tubuh. Umumnya, area tubuh yang digunakan untuk pengukuran ini adalah kepala, dada, dan otot bagian tengah lengan atas. Lingkar dada dan kepala digunakan dalam pengkajian pertumbuhan dan perkembangan otak bayi. Sedangkan lingkar lengan atas (LLA) dan lingkar otot lengan (LOLA) digunakan untuk menilai status nutrisi. Satuan ukuran untuk LLA adalah sentimeter. LLA diukur dengan menggunakan alat ukur yang umum digunakan tukang jahit (*tape around*). Pengukuran dilakukan pada titik tengah lengan yang tidak dominan. Lingkar pergelangan tangan merupakan area pengkajian yang digunakan untuk menilai bentuk atau kerangka tubuh manusia. Untuk mengukurnya, meteran (*tape around*) diletakkan sekeliling bagian distal pergelangan tangan dekat prosesus stiloideus. Bila hasil pengukuran lebih dari 10,4 cm, kerangka atau bentuk tubuh dianggap besar. Jika hasilnya 9,6 – 10,4 cm kerangka atau bentuk tubuh dianggap sedang, dan jika kurang 9,6 cm dianggap kecil (Potter & Perry, 1992).

- f. Pemeriksaan fisik. Pemeriksaan yang dilakukan pada klien merupakan penilaian kondisi fisik yang berhubungan dengan masalah malnutrisi. Prinsip pemeriksaan ini adalah head to toe yaitu dari kepala sampai ke kaki. Selanjutnya dilakukan pengamatan terhadap tanda – tanda atau gejala klinis defisiensi nutrisi (Mubarak Iqbal Wahit dan Cahyatin Nurul, 2008).

#### **b. Diagnosa keperawatan**

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 Edisi 1 Cetakan II diagnosa keperawatan yang akan muncul pada pasien yang mengalami gastritis adalah sebagai berikut :

- 1) Defisit Nutrisi b.d keengganan untuk makan.
  - a) Gejala dan tanda mayor
    - Data objektif: Berat badan menurun 10 % di bawah rentang ideal.
    - Data Subjektif: (tidak tersedia)
  - b) Gejala dan tanda minor
    - Data objektif: (1) Bising usus hiperaktif.
    - (2) Otot pengunyah lemah.
    - (3) Otot menelan lemah.
    - (4) Membran mukosa pucat.
    - (5) Sariawan.
    - (6) Serum albumin turun.
    - (7) Rambut rontok berlebihan.
    - (8) Diare.
  - Data subjektif: (1) Cepat kenyang setelah makan.
  - (2) Kram/nyeri abdomen.
  - (3) Nafsu makan menurun.
- 2) Nyeri kronis b.d penyakit terkait (gastritis).
  - a) Gejala dan tanda mayor
    - Data objektif: (1) Tampak meringis.
    - (2) Gelisah.
    - (3) Tidak mampu menuntaskan aktivitas.



Data subjektif: (1) Mengeluh nyeri.

(2) Merasa depresi (tertekan).

b) Gejala dan tanda minor

Data objektif: (1) Bersikap protektif (mis. posisi menghindari nyeri).

(2) Waspada.

(3) Pola tidur berubah.

(4) Anoreksia.

(5) Fokus menyempit

(6) Berfokus pada diri sendiri.

Data subjektif: (1) Merasa takut mengalami cedera berulang.

Sesuai dengan judul yang penulis ambil, pada laporan tugas akhir ini diagnosis keperawatan yang akan dilakukan intervensi sesuai dengan keadaan klien. Akan tetapi penulis akan lebih berfokus pada diagnosis keperawatan yaitu defisit nutrisi yang bertujuan untuk memenuhi jumlah asupan gizi yang dibutuhkan pada klien.

### c. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan pada masalah gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi tergantung dari diagnosa keperawatan. Berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SLKI) tahun 2018 Edisi 1 Cetakan II adalah sebagai berikut:

**Tabel 8**  
**Intervensi Keperawatan Defisit Nutrisi**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Intervensi Utama</b>	<b>Intervensi Pendamping</b>
Defisit Nutrisi berhubungan dengan keangasan untuk makan. <b>Tujuan :</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan status nutrisi klien membaik. Dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi. 2. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat. 3. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat.	Dukungan ambulasi observasi : 1. Identifikais status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan. 3. Identifikasi makanan yang disukai. 4. Monitor asupan makanan 5. Monitor berat badan <b>Teraupetik :</b> 1. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan) 2. Sajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai 3. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 4. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein	1. Edukasi diet 2. Konseling nutrisi 3. Konsultasi nutrisi 4. Pemantauan nutrisi 5. Manajemen cairan 6. Manajemen energi 7. Manajemen gangguan makan 8. Pemantauan tanda vital 9. Pemberian makanan

<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Sikap terhadap makanan dan minuman sesuai dengan tujuan Kesehatan meningkat.</li> <li>5. Perasaan cepat kenyang menurun</li> <li>6. Nyeri abdomen menurun</li> <li>7. Frekuensi makanan membaik</li> <li>8. Nafsu makan membaik</li> </ol>	<p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan diet yang diprogramkan.</li> <li>2. Jelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi, namun tetap terjangkau</li> <li>3. Jelaskan peningkatan asupan kalori yang di butuhkan.</li> </ol>	
--	--	--

Sumber: PPNI (2018)

**Tabel 9**  
**Intervensi Keperawatan Nyeri Kronis**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Intervensi Utama</b>	<b>Intervensi Pendamping</b>
<p>Nyeri kronis b.d penyakit terkait (gastritis).</p> <p><b>Tujuan:</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri klien menurun. Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun.</li> <li>2. Gelisah menurun.</li> <li>3. Kesulitan tidur menurun.</li> <li>4. Tekanan darah membaik.</li> <li>5. Nafsu makan membaik</li> </ol>	<p>Manajemen nyeri</p> <p><b>Tindakan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri.</li> <li>3. Identifikasi respon nonverbal.</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.</li> <li>6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup.</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Teknik relaksasi nafas dalam).</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan).</li> <li>3. Fasilitasi istirahat tidur</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan strategi nyeri.</li> <li>2. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukung hypnosis diri.</li> <li>2. Edukasi aktivitas/istirahat.</li> <li>3. Edukasi teknik napas.</li> <li>4. Teknik distraksi</li> <li>5. Promosi koping.</li> </ol>

Sumber: PPNI (2018)

#### **d. Implementasi**

Implementasi adalah langkah yang dilakukan setelah perencanaan keperawatan untuk tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana keperawatan disusun dan ditujukan untuk menciptakan keinginan berubah dari keluarga dan memandirikan keluarga. Perencanaan keperawatan dapat dilaksanakan dengan baik jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi keperawatan (Achar Ayu Komang,2010). Adapun tujuan umum pada klien dengan masalah kebutuhan nutrisi adalah:

- 1) Mengidentifikasi status nutrisi pasien.
- 2) Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan.
- 3) Mengidentifikasi makanan yang disukai.
- 4) Memonitor asupan makanan.
- 5) Memonitor berat badan.
- 6) Mengajarkan diet yang diprogramkan.
- 7) Menjelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi, namun tetap terjangkau
- 8) Menjelaskan peningkatan asupan kalori yang dibutuhkan
- 9) Menyajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai
- 10) Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- 11) Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- 12) Mendukung program diet yang disarankan

#### **e. Evaluasi**

Evaluasi dilaksanakan dengan membandingkan hasil yang di dapatkan dalam melakukan proses asuhan keperawatan dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia yang telah di tetapkan.

**Tabel 10**  
**Standar Luaran Keperawatan Indonesia**

Status Nutrisi	Membaik				
	Kriteria Hasil				
	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Porsi makan yang dihabiskan	1	2	3	4	5
Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi	1	2	3	4	5
Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat	1	2	3	4	5
Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat	1	2	3	4	5
Penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman	1	2	3	4	5
Sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan kesehatan	1	2	3	4	5
Perasaan cepat kenyang	1	2	3	4	5
Frekuensi makan	1	2	3	4	5
Nafsu makan	1	2	3	4	5
Bising usus	1	2	3	4	5
Tebal lipatan kulit trisep	1	2	3	4	5

Sumber: PPNI, 2019

#### 4. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

Menurut *teori/model family centre nursing friedman*, pengkajian asuhan keluarga meliputi 7 komponen pengkajian yaitu:

##### a. Pengkajian (*assesment*)

##### 1) Data umum

##### a) Identitas kepala keluarga

- (1) Nama kepala keluarga (KK) :
- (2) Umur (KK) :
- (3) Pekerjaan kepala keluarga (KK) :
- (4) Pendidikan kepala keluarga (KK) :
- (5) Alamat dan nomor telepon :

## b) Komposisi anggota keluarga :

Nama	Umur	Sex	Hubungan Dengan KK	Pendidikan	Pekerjaan	Keterangan

## c) Genogram

Genogram harus menyangkut minimal 3 generasi, harus tertera nama, umur, kondisi kesehatan tiap keterangan gambar. Terdapat keterangan gambar dengan simbol berbeda (Friedman, 1998).

## d) Tipe keluarga

Menurut Allender & Spradley tahun 2001(dalam Achjar, 2010) tipe keluarga terdiri dari keluarga tradisional dan non tradisional, dan yang terpilih yaitu:

## (1) Keluarga tradisional

Keluarga usia lanjut yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri yang berusia lanjut.

## e) Suku bangsa:

## (1) Asal suku bangsa keluarga

## (2) Bahasa yang dipakai keluarga

## (3) Kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat mempengaruhi kesehatan

## f) Agama:

## (1) Agama yang dianut keluarga

## (2) Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan

## g) Status sosial ekonomi keluarga:

## (1) Rata-rata penghasilan seluruh anggota keluarga

## (2) Jenis pengeluaran keluarga tiap bulan

(3) Tabungan khusus kesehatan

(4) Barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (perabot, transportasi)

h) Aktivitas rekreasi keluarga

**2) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga menurut Komang Ayu Achar (2010) yaitu:**

a) Tahap perkembangan keluarga saat ini (ditentukan dengan anak tertua)

Tahap perkembangan keluarga melepas anak dewasa dan perkembangan keluarga ini dimulai pada saat salah satu pasangan atau keduanya pensiun.

b) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Perkembangan ini dapat dilihat dari:

(1) Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan

(2) Adaptasi dengan perubahan kehilangan asangan, teman, kekuatan fisik dan pendapatan

(3) Mempertahankan keakraban suami istri dan saling merawat

(4) Mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat

(5) Melakukan life review (merenungkan hidupnya).

c) Riwayat keluarga inti:

(1) Riwayat terbentuknya keluarga inti

(2) Penyakit yang di derita keluarga orangtua (adanya penyakit menular atau penyakit menular di keluarga)

Menurut Bakri, Maria (2017) dikutip dari Achar Ayu Komang (2010) tidak hanya dikaji tentang riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, melainkan lebih luas lagi. Apakah ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit yang beresiko menurun, bagaimana pencegahan penyakit dengan imunisasi, fasilitas pelayanan kesehatan apa saja yang pernah di akses, riwayat penyakit yang pernah di derita, serta riwayat perkembangan dan kejadian-kejadian atau pengalaman yang berhubungan dengan kesehatan.

a) Riwayat keluarga sebelumnya (suami istri):

- (1) Riwayat penyakit keturunan dan penyakit menular di keluarga.
- (2) Riwayat kebiasaan/ gaya hidup yang mempengaruhi kesehatan.

Menurut Bakri, Maria.H (2017) riwayat keluarga besar dari pihak suami istri juga dibutuhkan. Hal ini dikarenakan ada penyakit yang bersifat genetik atau berpotensi menurun kepada anak cucu. Jika hal ini dapat di deteksi lebih awal, dapat dilakukan berbagai pencegahan atau antisipasi.

**3) Menurut Achar Ayu Komang (2010) pengkajian lingkungan meliputi seperti:**

a) Karakteristik rumah:

- (1) Ukuran rumah  
Berapakah luas Panjang x Lebar rumah pasien.
- (2) Kondisi dalam dan luar rumah  
Lihat bagaimana kondisi dalam dan luar rumah apakah ada banyak barang didalam atau di luar rumah.
- (3) Kebersihan rumah  
Melihat bagaimana kebersihan lantai rumah, dinding rumah, dan halaman rumah pasien.
- (4) Ventilasi rumah  
Apakah dirumah pasien ada ventilasi udara yang baik atau tidak.
- (5) Saluran pembuangan air limbah  
Bagaimana proses pembuangan air untuk di dapur dan di toilet apakah ada pembuangan khusus atau tidak.
- (6) Air bersih  
Air yang digunakan apakah air sumur atau air pam lihat jernih atau keruh air tersebut.
- (7) Pengelolaan sampah  
Untuk membuang sampah apakah di buang secara sembarangan atau ada tempat khusus yang disediakan untuk membuang sampah – sampah yang ada di rumah pasien.

## (8) Kepemilikan rumah

Rumah tersebut apakah milik sendiri atau menyew dengan orang lain.

## (9) Kamar mandi/toilet

Lihat bagaimana kamar mandi atau toiletnya apakah sudah ada jambannya atau belum, lihat juga kebersihan lantainya apakah berlumut atau bersih mengkilat.

## (10) Denah rumah

Menggambar rumah sesuai dengan keadaan rumah pasien dengan hanya menggunakan denah rumah sederhana.

## b) Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal:

- (1) Apakah ingin tinggal dengan satu suku saja.
- (2) Aturan dan kesepakatan penduduk setempat.
- (3) Budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan.

## c) Mobilitas geografis rumah:

- (1) Apakah keluarga sering pindah rumah.
- (2) Dampak pindah rumah terhadap kondisi keluarga (apakah menyebabkan stres).

Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat:

- (1) Perkumpulan/organisasi sosial yang diikuti oleh keluarga.
- (2) Digambarkan dalam ecomap.

## d) Sistem pendukung keluarga

Termasuk siapa saja yang terlibat jika keluarga mengalami masalah.

**4) Struktur keluarga**

## a) Pola komunikasi keluarga:

Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga, abahasa apa yang digunakan dalam keluarga, bagaimana frekuensi dan kualitas komunikasi berlangsung dalam keluarga dan apakah hal-hal/amsalah dalam keluarga yang menutup diskusi.

- (1) Cara dan jenis komunikasi yang dilakukan keluarga.
- (2) Cara keluarga memecahkan masalah (Komang Ayu Achjar, 2010).



b) Struktur kekuatan keluarga:

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku diantaranya yang perlu dikaji:

- (1) Respon keluarga apabila ada anggota keluarga yang mengalami masalah
- (2) Siapa yang membuat keputusan?
- (3) Siapakah pengambilan keputusan tersebut?
- (4) Bagaimana cara keluarga dalam mengambil keputusan (oteriter, musyawarah/kesepakatan, diserahkan pada masing-masing individu)
- (5) Power yang digunakan keluarga (Achar Ayu Komang, 2010).

c) Struktur peran (formal dan informal)

Menjelaskan peran masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun non formal dan siapa yang menjadi model peran dalam keluarga apakah ada konflik dalam pengaturan peran yang selama ini dijalani (Achar Ayu Komang, 2010 dikutip dari Setiadi, 2008).

- (1) Peran seluruh anggota keluarga

d) Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai norma yang dianut keluarga yang berhubungan dengan kesehatan (Achar Ayu Komang, 2010 dikutip dari Setiadi, 2008).

**5) Fungsi keluarga**

a) Fungsi afektif:

- (1) Bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang
- (2) Perasaan saling memiliki
- (3) Dukungan terhadap anggota keluarga
- (4) Saling menghargai, kehangatan

b) Fungsi sosialisasi:

- (1) Bagaimana mengenalkan anggota keluarga dengan dunia luar
- (2) Interaksi dan hubungan dalam keluarga

c) Fungsi perawatan kesehatan:

- (1) Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga (bukan hanya jika sakit diapakan tetapi bagaimana prevensi/promosi)
- (2) Bila ditemui data maladaptif, langsung lakukan penjajagan tahap II (berdasar 5 tugas keluarga seperti bagaimana keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan).

**6) Stress dan koping keluarga:**

- a) Stressor jangka panjang dan jangka pendek serta kekuatan keluarga  
Stressor yang dialami keluarga tetapi bisa ditangani dalam jangka waktu kurang dari 6 bulan.
- b) Respon keluarga terhadap stres  
Stressor yang dialami keluarga yang waktu penyelesaiannya lebih dari 6 bulan (Bakri Maria, 2017).
- c) Strategi koping yang digunakan  
Strategi apa yang digunakan jika menghadapi permasalahan (Setiadi, 2008).
- d) Strategi adaptasi yang disfungsional:  
Adakah cara keluarga mengatasi masalah secara maladaptif. Jelaskan mengenai adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan (Setiadi,2008).
- e) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi stressor  
Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi atau stressor (Setiadi,2008).

**7) Pemeriksaan fisik (head to toe) menurut Achjar Ayu Komang (2010)**

**yaitu:**

- a) Tanggal pemeriksaan fisik yang dilakukan
- b) Pemeriksaan kesehatan dilakukan pada seluruh anggota keluarga

- c) Aspek pemeriksaan fisik mulai vital sign, rambut, kepala, mata, mulut, THT, leher, thorax, abdomen, ekstremitas atas dan bawah, sistem genitalia.

**Pemeriksaan fisik:**

- a) Aktivitas/istirahat

Gejala:

- (1) Kelemahan
- (2) Letih
- (3) Nafas pendek
- (4) Gaya hidup

Tanda:

- (1) Frekuensi jantung meningkat
- (2) Perubahan irama jantung
- (3) Takipnea

- b) Integritas ego

Gejala:

- (1) Riwayat perubahan kepribadian, ansietas, depresi
- (2) Faktor stres multiple (hubungan, keuangan yang berkaitan dengan pekerjaan)

Tanda:

- (1) Letupan suasana hati, gelisah, penyempitan kontinu perhatian, tangisan yang meledak
- (2) Gerakan tangan empati, otot muka tegang (khususnya sekitar mata), gerakan fisik cepat, ernafasan menghela, peningkatan pola bicara.

- c) Eliminasi

Gejala:

Gangguan ginjal saat ini atau yang lalu (seperti infeksi/obstruksi atau riwayat penyakit ginjal masa yang lalu)

- d) Makanan/cairan

Gejala:

- (1) Makanan yang disukai, yang dapat mencakup makanan tinggi garam, tinggi lemak, tinggi kolestrol
- (2) Mual, muntah
- (3) Perubahan BB akhir-akhir ini (meningkat/menurun)
- (4) Riwayat penggunaan diuretik

Tanda:

- (1) BB normal atau obesitas, adanya edema, glukosuria

e) Neurosensori

Gejala:

- (1) Episode kebas dan/ atau kesemutan tangan dan kaki, hilang sensasi jari tangan, pembengkakan pada sendi serta kelemahan pada satu sisi tubuh
- (2) Gangguan penglihatan (diplopia, penglihatan kabur). Episode epitaksis.

Tanda:

- (1) Status mental: perubahan keterjagaan, orientasi, pola/isi bicara, afek, proses pikir, memori (ingatan)
- (2) Respon motorik: penurunan kekuatan genggam tangan dan reflek.

f) Nyeri/ ketidaknyamanan

Gejala: sakit dibagian persendian tulang yang pernah terjadi sebelumnya

g) Pernafasan

Gejala:

- (1) Dispnea yang berkaitan dengan aktivitas/kerja
- (2) Takipnea, ortopnea, dispnea nocturnal paroksimal
- (3) Batuk dengan/tanpa pembentukan sputum
- (4) Riwayat merokok

Tanda:

- (1) Penggunaan otot aksesoris pernafasan, bunyi tambahan, sianosis.

h) Keamanan

Gejala:

(1) Gangguan koordinasi/cara berjalan, hipotensi postura

**8) Harapan keluarga :**

- a) Terhadap masalah kesehatan keluarga
- b) Terhadap petugas kesehatan yang ada (Aspiani, 2014).

**b. Diagnosa**

Diagnosa keperawatan keluarga disusun berdasarkan jenis diagnosis seperti:

1) Diagnosis sehat/wellness

Diagnosis sehat/wellness, digunakan apabila keluarga memiliki potensi untuk ditingkatkan, belum ada data maladaptif. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga potensial, hanya terdiri dari komponen problem (P) saja atau P (Problem) dan S (symptom/sign), tanpa komponen etiologi (E).

2) Dignosis ancaman (risiko)

Diagnosis ancaman, digunakan bila belum terdapat paparan masalah kesehatan, namun sudah ditemukan beberapa data maladaptif yang kemungkinan timbulnya gangguan. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga risiko, terdiri dari problem (P), etiologi (E) dan symptom/sign (S).

3) Diagnosis nyata/gangguan

Dignosis gangguan, digunakan bila sudah timbul gangguan/ masalah kesehatan di keluarga, didukung dengan adanya beberapa data maladaptif. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga nyata/ gangguan, terdiri dari problem (P), etiologi (E), dan symptom/sign (S).

Perumusan problem (P) merupakan respon terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan dasar. Sedangkan etiologi (E) mengacu pada 5 tugas keluarga yaitu:

- a) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, meliputi:
  - (a)Persepsi terhadap keparahan penyakit
  - (b)Pengertian
  - (c)Tanda dan gejala
  - (d)Faktor penyebab
  - (e)Persepsi keluarga terhadap masalah

- b) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi:
- (a) Se jauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah
  - (b) Masalah dirasakan keluarga
  - (c) Keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami
  - (d) Sikap negatif terhadap masalah kesehatan
  - (e) Kurang percaya terhadap tenaga kesehatan
  - (f) Informasi yang salah
- c) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, meliputi:
- (a) Bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit
  - (b) Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan
  - (c) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga
  - (d) Sikap keluarga terhadap yang sakit
- d) Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan meliputi:
- (a) Keuntungan/ manfaat pemeliharaan lingkungan
  - (b) Pentingnya higiyene sanitasi
  - (c) Upaya pencegahan penyakit
- e) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas keluarga, meliputi:
- (a) Keberadaan fasilitas kesehatan
  - (b) Keuntungan yang didapat
  - (c) Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan
  - (d) Pengalaman keluarga yang kurang baik
  - (e) Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga.

Setelah menentukan diagnosa keperawatan tentu harus menyusun prioritas masalah dengan menggunakan proses skoring:

**Tabel 11**  
**Skoring prioritas masalah keperawatan keluarga**

No	Kriteria	Bobot	Skor
1.	Sifat masalah	1	Aktual = 1 Risiko = 2 Potensial = 1
2.	Kemungkinan masalah untuk dipecahkan	2	Mudah = 2 Sebagian = 1 Tidak dapat = 0

3.	Potensi masalah untuk dicegah	1	Tinggi = 3 Cukup = 2 Redah = 1
4.	Menonjolnya masalah	1	Segera diatasi = 2 Tidak segera diatasi = 1 Tidak dirasakan adanya masalah = 0

Sumber: Achar Komang Ayu, 2010.

### c. Skoring

- 1) Tentukan skor untuk setiap kriteria
- 2) Skor dibagi dengan angka tertinggi dan dikalikan dengan bobot
- 3) Jumlah skor untuk semua kriteria
- 4) Skor tertinggi adalah 5 dan sama untuk seluruh bobot

Diagnosa yang mungkin muncul:

- a) Gangguan kebutuhan nutrisi pada keluarga lansia Bapak W berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga dalam mengambil keputusan pada klien gastritis.
- b) Gangguan kebutuhan nutrisi pada keluarga lansia Bapak W berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga dalam merawat klien gastritis.
- c) Gangguan kebutuhan nutrisi pada keluarga lansia Bapak W berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga dalam memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang aman bagi klien gastritis.
- d) Gangguan kebutuhan nutrisi pada keluarga lansia Bapak W berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan pada klien gastritis.

### d. Intervensi keperawatan keluarga

Tahap berikutnya adalah merumuskan diagnosis keperawatan keluarga adalah melakukan perencanaan. Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan dirumuskan untuk mengatasi atau meminimalkan stressor dan intervensi dirancang berdasarkan tiga tingkat pencegahan. Pencegahan primer untuk memperkuat garis pertahanan fleksibel, pencegahan sekunder untuk memperkuat garis pertahanan sekunder dan pencegahan tersier untuk memperkuat garis pertahanan resisten. Tujuan terdiri dari tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Penetapan tujuan jangka

panjang (tujuan umum) mengacu pada bagaimana mengatasi problem/masalah (P) di keluarga, sedangkan penentuan jangka pendek (tujuan khusus) mengacu pada bagaimana mengatasi etiologi (E). tujuan jangka pendek harus SMART (S= *spesifik*, M= *measurable*/ dapat diukur, A= *achiavable*/ dapat dicapai, R= *reality*, T= *time limited*/punya limid waktu (Anderson dan Mc Farlane, 2000 dikutip dalam Achar Ayu Komang, 2010)

**Tabel 12**  
**Rencana Keperawatan Keluarga pada Klien Gastritis**

<b>Dx. Kep</b>	<b>Tujuan</b>	<b>Kriteria Evaluasi</b>	<b>Standar Evaluasi</b>	<b>Rencana inetvensi</b>
Defisit Nutrisi b.d KMK mengenal masalah gastritis	<p><b>Tujuan umum :</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga pada keluarga diharapkan masalah dapat teratasi</p> <p><b>Tujuan khusus:</b> Setealah 4x pertemuan keluarga mampu mengenal masalah gastritis</p>			
	1.1 Keluarga menyebutkan definisi Gastritis	Respon verbal	Gastritis adalah kondisi ketika lapisan lambung mengalami iritasi, peradangan atau pengikisan yang bisa muncul secara tiba – tiba dan dalam waktu yang relatif lama.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan dengan keluarga tentang Gastritis</li> <li>2. Tanyakan kembali bila ada yang belum dimengerti</li> <li>3. Evaluasi kembali tentang persendian Gastritis</li> <li>4. Beri pujian pada keluarga</li> </ol>
	1.2 Keluarga mampu menyebutkan penyebab Gastritis	Respon verbal	Penyebab penyakit Gastritis: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stres</li> <li>2. Infeksi bakteri dan virus</li> <li>3. Pola makan yang tidak teratur</li> <li>4. Muntah</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan dengan keluarga tentang penyebab penyakit Gastritis</li> <li>2. Minta keluarga menentukan penyebab Gastritis pada klien</li> <li>3. Evaluasi kembali penyebab Gastritis</li> </ol>



			kronis	4. Beri pujian pada keluarga
	1.3 Keluarga mampu meyebutkan tanda-tanda Gastritis	Respon verbal	Gejala yang dikeluhkan oleh penderita Gastritis biasanya : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hilang nafsu makan</li> <li>2. Cepat merasa kenyang saat makan</li> <li>3. Perut kembung</li> <li>4. Mual</li> <li>5. Muntah</li> <li>6. Sakit perut</li> </ol>	Diskusikan dengan keluarga tentang tanda Gastritis Bersama keluarga identifikasi tanda Gastritis pada klien Beri pujian atas kemampuan keluarga mengidentifikasi kondisi klien
	<b>Tujuan khusus :</b> Keluarga mampu mengambil keputusan untuk menangani Gastritis klien			
	2.1 Keluarga mampu menjelaskan akibat yang terjadi bila Gastritis tidak ditangani dengan tepat	Respon verbal	Menyebutkan dari akibat bila Gastritis tidak ditangani dengan segera : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terjadinya tukak lambung (luka pada dinding lambung)</li> <li>2. Gastritis atrofi</li> <li>3. Anemia</li> <li>4. Kanker</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan bersama keluarga tentang akibat lanjut dari Gastritis bila tidak ditangani dengan tepat dan segera</li> <li>2. Evaluasi kembali kemampuan keluarga dalam menyebutkan kembali akibat dari Gastritis</li> <li>3. Beri pujian positif atas kemampuan keluarga</li> </ol>

	2.2 Mengambil keputusan untuk mengatasi Gastritis pada klien dengan tepat dan segera	Respon verbal	Keputusan keluarga untuk mengatasi Gastritis dengan tepat dan segera	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan dengan keluarga tentang bagaimana cara mengatasi Gastritis</li> <li>2. Berikan kesempatan keluarga bertanya</li> <li>3. Tanyakan kembali hal yang telah dijelaskan</li> <li>4. Beri pujian atas jawaban yang benar</li> </ol>
	<b>Tujuan khusus :</b> 3. Setelah 1x pertemuan selama 30 menit keluarga mampu merawat klien Gastritis			
	3.1 Menjelaskan cara merawat klien Gastritis	Respon verbal	<p>Menyebutkan cara merawat klien Gastritis :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kurangi makanan berlemak dan pedas</li> <li>2. Tidur setidaknya selama 7 jam setiap malam</li> <li>3. Kurangi faktor yang menyebabkan stress</li> <li>4. Olahraga secara teratur</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan dengan keluarga tentang cara perawatan Gastritis</li> <li>2. Beri kesempatan keluarga bertanya</li> <li>3. Tanyakan kembali hal yang telah dijelaskan</li> <li>4. Beri pujian atas jawaban yang benar</li> </ol>
	<b>Tujuan khusus :</b> 4. Keluarga mampu memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang aman bagi klien dengan Gastritis			
	4.1 Menyebutkan lingkungan yang dapat mendukung	Respon verbal	Lingkungan yang dapat mendukung untuk klien Gastritis yaitu :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan dengan keluarga tentang hal-hal atau lingkungan yang</li> </ol>

	untuk klien Gastritis		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kurangi aktivitas berlebihan</li> <li>2. Kurangi konsumsi makanan yang pedas dan asam</li> <li>3. Anjurkan pencahayaan rumah baik dalam arti tidak kurang pencahayaan</li> </ol>	<p>dapat mendukung untuk klien Gastritis</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Beri kesempatan keluarga bertanya</li> <li>3. Tanyakan kembali hal yang telah dijelaskan</li> <li>4. Beri pujian atas jawaban yang benar</li> </ol>
	4.2 Melakukan modifikasi atau menciptakan lingkungan rumah yang kondusif bagi klien Gastritis	Kunjungan yang tidak direncanakan	Lingkungan keluarga atau rumah mendukung bagi klien Gastritis seperti lingkungan yang tidak kurang pencahayaan dan memiliki ventilasi udara yang baik serta lingkungan rumahnya yang bersih dan rapih	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Motivasi keluarga untuk tetap mempertahankan lingkungan rumah yang kondusif untuk klien Gastritis dengan memberikan reinforcement positif</li> </ol>
	<p><b>Tujuan khusus :</b></p> <p>5. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk mencegah Gastritis</p>			
	5.1 Menjelaskan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan dan manfaatnya	Respon verbal	Fasilitas kesehatan yang dapat dikunjungi, Posbindu, Puskesmas dan klinik terdekat yang ada di desa pasien	<p>Kaji pengetahuan keluarga tentang pelayanan kesehatan untuk pengobatan dan perawatan Gastritis</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beri penjelasan kepada keluarga tentang pelayanan kesehatan untuk pengobatan dan perawatan Gastritis</li> <li>2. Berikan kesempatan untuk keluarga bertanya</li> <li>3. Tanyakan kembali</li> </ol>

				hal yang telah dijelaskan 4. Berikan pujian atas jawaban yang benar
	5.2 Memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada untuk mengontrol faktor resiko Gastritis	Respon verbal	Keluarga menunjukkan kartu berobat di klinik didekat rumahnya sebagai bukti telah melakukan kunjungan pada fasilitas pelayanan kesehatan	1. Motivasi keluarga untuk dapat mengunjungi klinik atau pelayanan kesehatan lainnya 2. Beri reinforcement positif atas tindakan yang tepat yang dilakukan keluarga.

## C. Tinjauan Konsep Penyakit

### 1. Definisi gastritis

Gastritis merupakan suatu keadaan peradangan atau perdarahan mukosa lambung yang dapat bersifat akut, kronis, difusi, atau lokal. Dua jenis gastritis yang sering terjadi adalah gastritis superficial akut dan gastritis atrofik kronis (NANDA, 2015 dikutip dari Price & Wilson, 2006).

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, difusi, atau lokal dan secara histopologi terdapat infiltrasi sel radang (Murtaqib, Kushariyadi, 2019 dikutip dari Kowalak, Welsh, & Mayer, 2011).

### 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 gangrene atau perforasi (Murtaqib, Kushariyadi, 2019 dikutip dari Mitchell & Abbas, 2008).

#### b. Gastritis kronis

Inflamasi lambung kronis disebabkan karena ulkus benigna atau maligna lambung atau oleh bakteri *helicobacter pylori*. Gastritis kronis terdiri dari 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 antibody. Anemia pernisiiosa berkembang pada proses ini. Gastritis kronis tipe B berhubungan dengan infeksi *helicobacter pylori* yang menimbulkan ulkus pada dinding lambung (Murtaqib, Kushariyadi, 2019 dikutip dari Smeltzer & Bare, 2002).

### 3. Etiologi

Lambung adalah kantong otot yang kosong, terletak bagian kiri atas abdomen tepat dibawah 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 meliputi seperti sebuah akordeon. Pada saat memulai 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 esofagus, sebuah cincin otot yang berada pada sambungan antara esofagus 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. Penyebab terjadinya gastritis, antara lain infeksi bakteri, pemakaian obat analgetic, penggunaan alkohol, penggunaan kokain, stress fisik, kelainan autoimun, dan faktor lain (Murtaqib, Kushariyadi, 2019 dikutip dari Barret et al, 2015).

#### **4. Tanda dan Gejala Gastritis**

Menurut Joyce M. Black & Jane Hokanson Hawks Jilid 2, 2014 tanda dan gejala gastritis yaitu:

- a. Mual
- b. Muntah
- c. Terasa nyeri pada epigastrium
- d. Hilang nafsu makan
- e. Penurunan berat badan
- f. Sering bersendawa

#### **5. Manifestasi Klinis Gastritis**

Manifestasi klinis untuk gastritis akut yaitu pengkajian khususnya pada ketidaknyamanan epigastrium biasanya di figurkan dengan rasa terbakar atau sakit, nyeri abdominal, kram, sendawa, refluks, mual dan muntah., serta kadang – kadang hematemesis. Kadang kala perdarahan gastrointestinal adalah satu – satunya manifestasi. Ketika makan yang terkontaminasi penyebab gastritis, maka biasanya diare terjadi dalam 5 jam setelah mengkonsumsi zat tersebut. Diagnosis berdasarkan pada riwayat menyeluruh terhadap asupan makanan, obat yang diminum, dan gangguan lainnya terkait dengan gastritis. Dokter mungkin akan melakukan pemeriksaan gastrokopik dengan biopsy untuk menentukan perubahan histologis (sel) juga degenerasi epithelia (respon terhadap luka) (Joyce M. Black & Jane Hokanson Hawks Jilid 2, 2014).

Sedangkan untuk manifestasi klinis gastritis kronik yaitu sangat beragam mencakup sakit atau nyeri yang menggerogoti tau rasa terbakar, mual, muntah, hilang nafsu makan, sendawa, dan penurunana berat badan. Manifestasi ini mungkin sama atau tidak ada (karena masalahnya tidak menyebabkan peningkatan

asam hidrokloris). Pada pengkajian mungkin didapati adanya anoreksia, perasaan kenyang, dyspepsia, serdawa, nyeri epigastrium samar, muntah, serta tidak tahan dengan makanan pedas dan berlemak (Joyce M. Black & Jane Hokanson Hawks Jilid 2, 2014).

## 6. Penatalaksanaan pada gastritis

### a. Penatalaksanaan medis

#### 1) Gastritis akut

Mukosa lambung mampu memperbaiki dirinya sendiri setelah episode gastritis. Biasanya, pasien pulih dalam satu hari, meskipun nafsu makan mungkin hilang selama 2 atau 3 hari. Pasien tidak boleh mengonsumsi alkohol dan makan sampai gejala reda. Kemudian diet pasien dapat dilanjutkan menjadi diet noniritatif. Jika gejala menetap, cairan intravena mungkin diperlukan. Jika perdarahan terus terjadi, penatalaksanaannya serupa dengan penatalaksanaan untuk hemoragi saluran gastrointestinal atas. Jika gastritis disebabkan oleh menelan asam atau alkali yang kuat, encerkan dan netralkan asam dengan antacid yang umum (mis. aluminium hidroksida), netralkan alkali dengan jus lemon yang encer atau cuka encer. Jika kondisi korosi luas atau berat, hindari emetic dan lavase karena terdapat bahaya perforasi. Terapi suporatif dapat mencakup intubasi nasogastric, agens analgesic dan sedative, antacid, dan cairan IV. Endoskopi fiberoptik mungkin diperlukan, pembedahan darurat mungkin diperlukan untuk mengangkat jaringan gengren atau jaringan yang mengalami perforasi, reseksi lambung (gastro jejunostomi) mungkin diperlukan untuk mengatasi obstruksi pilorik (Brunner & Suddarth Edisi 12, 2017).

#### 2) Gastritis kronis

Modifikasi diet, istirahat, kurangi stress, hindari alkohol dan NSAID, dan farmakoterapi adalah tindakan terapi inti. Gastritis yang disebabkan oleh *helicobacter pylori* ditangani dengan dengan kombinasi obat tertentu (Brunner & Suddarth Edisi 12, 2017).

b. Penatalaksanaan keperawatan gastritis menurut Brunner dan Suddarth edisi 12 (2017) yaitu:

- 1) Mengurangi ansietas.
- 2) Meningkatkan nutrisi yang optimal.
- 3) Meningkatkan keseimbangan cairan.
- 4) Meredakan nyeri.

## 7. Patofisiologi gastritis

### a. Gastritis akut

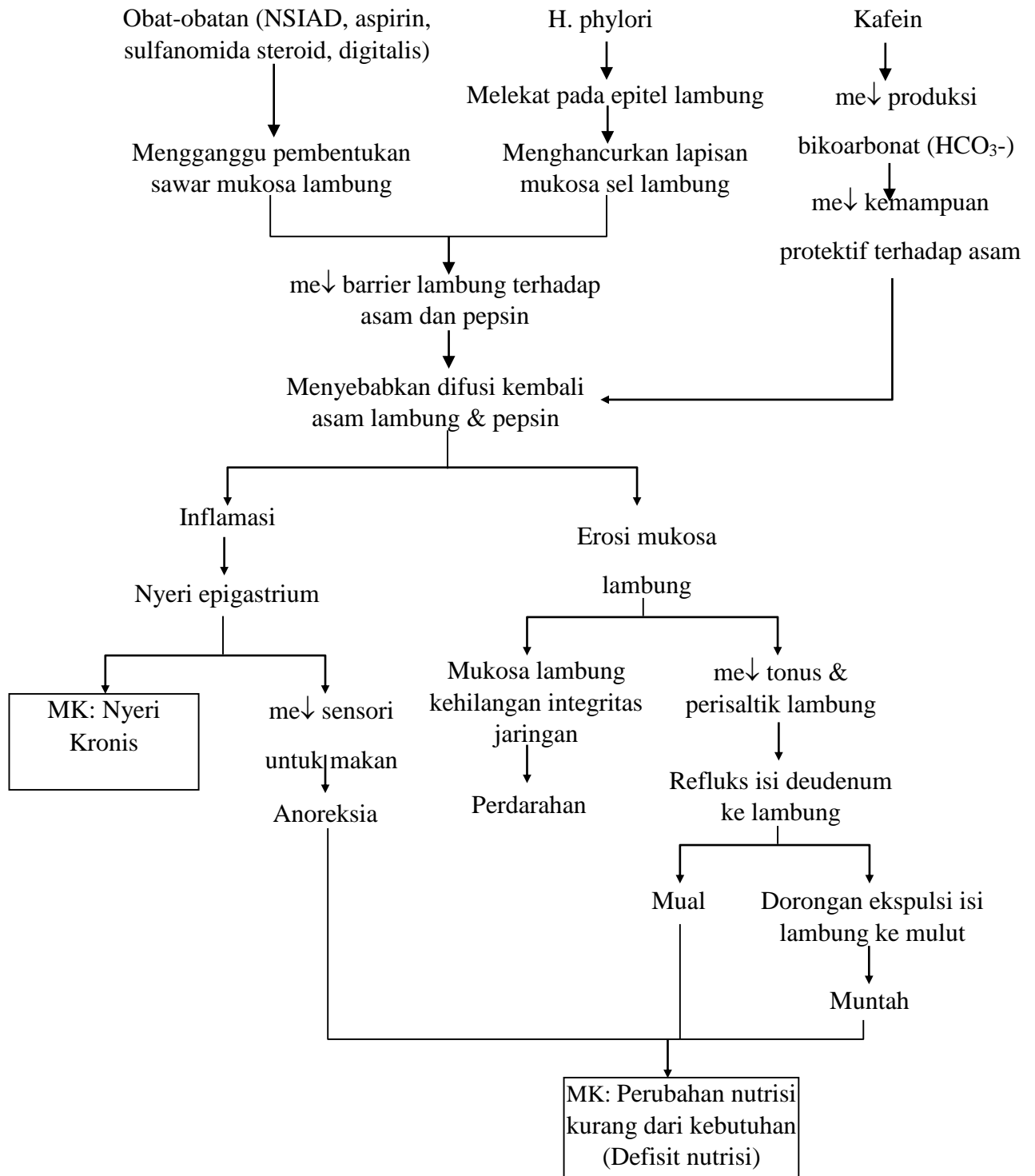
Penyebab yang paling umum gastritis akut adalah infeksi. Patogen termasuk *helicobacter pylori*, *escherichia coli*, *proteus*, *haemophilus*, *streptokokus*, dan *stafilokokus*. Infeksi bakteri lambung jarang terjadi tetapi dapat mengancam kehidupan. Lapisan mukosa lambung normalnya melindunginya dari asam lambung, sementara asam lambung melindungi lambung dari infeksi. Jika asam lambung tersebut ditembus dengan inflamasi dan nekrosis, maka terjadilah infeksi, sehingga terdapat luka pada mukosa. Ketika asam hidroklorida (asam lambung) mengenai mukosa lambung, maka terjadi luka pada pembuluh kecil yang diikuti dengan edema, perdarahan, dan mungkin juga terbentuk ulkus. Kerusakan yang berhubungan dengan gastritis akut biasanya terbatas jika diobati dengan tepat (Joyce M. Black & Jane Hokanson Hawks Jilid 2, 2014).

### b. Gastritis kronis

Perubahan patofisiologis awal yang berhubungan dengan gastritis kronis adalah sama dengan gastritis akut. Mulanya lapisan lambung menebal dan eritematosa lalu kemudian menjadi tipis dan atrofi. Deteriorasi dan atrofi yang berlanjut mengakibatkan hilangnya fungsi kelenjar lambung yang berisi sel parietal. Ketika sekresi asam menurun, sumber faktor intrinsik hilang. Kehilangan ini mengakibatkan ketidakmampuan untuk menyerap vitamin B12 dan perkembangan anemia pernisiiosa. Atrofi lambung dengan metaplasia telah diamati pada gastritis kronis dengan infeksi *pylori*. Perubahan ini mungkin mengakibatkan peningkatan risiko adenokarsinoma lambung (Joyce M. Black & Jane Hokanson Hawks Jilid 2, 2014).



## 8. Pathway gastritis



**Gambar 2.1 Pathway Gastritis**  
Sumber: NANDA, 2015

## **D. Tinjauan Konsep Keluarga**

### **1. Konsep keluarga**

#### **a. Pengertian keluarga**

Pengertian keperawatan kesehatan keluarga (*family health nursing*) dapat dinyatakan berdasar berbagai sumber sebagai berikut:

- 1) Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami, istri, dan anak atau suami istri, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya (Depkes RI, 1988).
- 2) Keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari individu-individu yang ada didalamnya terlihat dari pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama (Friedman,1998).

#### **b. Tipe keluarga**

Menurut Sussman (1974) dan Macklin (1988) menjelaskan tipe-tipe keluarga sebagai berikut:

- 1) Keluarga tradisional
  - a) Keluarga inti, yaitu terdiri dari suami, istri dan anak. Biasanya keluarga yang melakukan perkawinan pertama atau keluarga dengan orangtua campuran atau orang tua tiri.
  - b) Pasangan istri, terdiri dari suami dan istri saja tanpa anak, atau tidak anak yang tinggal Bersama mereka. Biasanya keluarga dengan karier tunggal atau karier keduanya.
  - c) Keluarga dengan orangtua tunggal, biasanya sebagai konsekuensi dari perceraian.
  - d) Bujangan dewasa sendirian.
  - e) Keluarga besar, terdiri dari keluarga inti dan orang – orang yang berhubungan.
  - f) Pasangan usia lanjut, keluarga inti dimana suami istri sudah tua anak – anaknya sudah berpisah.

## 2) Keluarga non tradisional

- a) Keluarga dengan orangtua beranak tanpa menikah, biasanya ibu dan anak.
- b) Pasangan yang memiliki anak tapi tidak menikah, didasarkan pada hukum tertentu.
- c) Pasangan kumpul kebo, kumpul Bersama tanpa menikah.
- d) Keluarga gay atau lesbian, orang – orang berjenis kelamin yang sama hidup bersama sebagai pasangan yang menikah.
- e) Keluarga komuni, keluarga yang terdiri dari lebih dari satu pasangan *monogamy* dengan anak – anak secara Bersama menggunakan fasilitas, sumber yang sama.

### c. Struktur keluarga

#### 1) Definisi struktur keluarga

Struktur keluarga menunjukkan bagaimana keluarga tersebut siorganisasikan, cara unit-unit tersebut ditata serta bagaimana komponen tersebut berhubungan satu sama lain. Selain itu, struktur data keluarga dapat menggambarkan bagaimana keluarga melaksanakan fungsi keluarga tersebut di masyarakat.

#### 2) Ciri-ciri struktur keluarga

Menurut Mubarak dkk tahun 2006 (dikutip dalam Yohanes & Yasinta, 2013), ciri-ciri dari struktur keluarga adalah sebagai berikut:

##### a) Terorganisasi

Keluarga adalah cerminan sebuah organisasi, dimana setiap anggota keluarga memiliki peran dan fungsinya masing-masing sehingga tujuan keluarga dapat tercapai. Organisasi yang baik ditandai dengan adanya hubungan yang kuat antara anggota sebagai bentuk saling ketergantungan dalam mencapai tujuan.

##### b) Keterbatasan

Dalam mencapai tujuan, setiap anggota keluarga memiliki peran dan tanggung jawab masing-masing, sehingga dalam berinteraksi setiap anggota tidak bisa semena-mena tetapi memiliki keterbatasan yang dilandaskan pada tanggung jawab masing-masing anggota keluarga.

c) Perbedaan dan kekhususan

Adanya peran yang beragam dalam keluarga menunjukkan bahwa masing-masing anggota keluarga mempunyai peran dan fungsi yang berbeda dan khas.

3) Jenis struktur keluarga

Menurut Padila (2012) ada beberapa jenis 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/ istri.

**d. Fungsi keluarga**

Fungsi keluarga merupakan hasil atau konsekuensi dari struktur keluarga atau sesuatu tentang apa yang dilakukan oleh keluarga. Terdapat beberapa fungsi keluarga menurut Friedman (1998); Setiawati & Dermawan (2005) yang dikutip dalam Achjar (2010) yaitu:

1) Fungsi afektif

Fungsi afektif merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi kebutuhan pemeliharaan kepribadian diri anggota keluarga. Merupakan respon dari keluarga terhadap kondisi dan situasi yang dialami tiap anggota keluarga baik senang maupun sedih, dengan melihat bagaimana cara keluarga mengekspresikan kasih sayang.

## 2) Fungsi sosialisasi

Fungsi sosialisasi tercermin dalam melakukan pembinaan sosialisasi pada anak, membentuk nilai dan norma yang diyakini anak, memberikan batasan perilaku yang boleh dan tidak boleh pada anak, meneruskan nilai-nilai budaya keluarga. Bagaimana keluarga produktif terhadap sosial dan bagaimana keluarga memperkenalkan anak dengan dunia luar dengan belajar berdisiplin, mengenal budaya dan norma melalui hubungan interaksi dalam keluarga sehingga mampu berperan dalam masyarakat.

## 3) Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan keluarga merupakan fungsi keluarga dalam melindungi keamanan dan kesehatan seluruh anggota keluarga serta menjamin pemenuhan kebutuhan perkembangan fisik, mental dan spiritual, dengan cara memelihara dan merawat anggota keluarga serta mengenali kondisi sakit tiap anggota keluarga.

## 4) Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, papan, dan kebutuhan lainnya melalui keefektifan sumber daya keluarga. Mencari sumber penghasilan guna memenuhi kebutuhan keluarga, pengaturan penghasilan keluarga, menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

## 5) Fungsi reproduksi

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

### e. Tahapan dan tugas perkembangan keluarga

Tahapan dan tugas perkembangan keluarga menurut Friedman (2010) adalah:

#### 1) Tahap 1: Keluarga pemula

Perkawinan dari sepasang insan menandai bermulanya sebuah keluarga baru, keluarga yang menikah atau prokreasi dan perpindahan dari keluarga asal atau

status lajang ke hubungan baru yang intim. Adapun tugas perkembangan keluarga yaitu:

- a) Membangun perkawinan yang saling memuaskan.
- b) Menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis.
- c) Keluarga berencana (keputusan tentang kedudukan sebagai orangtua).

## 2) Tahap II: Keluarga yang sedang mengasuh anak

Tahap kedua dimulai dengan kelahiran anak pertama hingga bayi berumur 30 bulan. Biasanya orang tua bergetar hatinya dengan kelahiran anak pertama mereka, tapi agak takut juga. Kekhawatiran terhadap bayi biasanya berkurang setelah beberapa hari, karena ibu dan bayi tersebut mulai mengenal. Ibu dan ayah tiba-tiba berselisih dengan semua peran-peran mengasyikkan yang telah dipercaya kepada mereka. Peran tersebut pada mulanya sulit karena perasaan ketidakadekuatan menjadi orang tua baru. Adapun tugas perkembangan keluarga yaitu:

- a) Membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap (mengintegrasikan bayi baru kedalam keluarga).
- b) Rekonsiliasi tugas-tugas perkembangan yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga.
- c) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan.
- d) Memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran-peran orangtua dan kakek-nenek.

## 3) Tahap III: Keluarga yang anak usia prasekolah

Tahap ketiga siklus kehidupan keluarga dimulai ketika anak pertama berusia 2,5 tahun dan berakhir ketika anak berusia 5 tahun. Sekarang, keluarga mungkin terdiri tiga hingga lima orang, dengan posisi suami - ayah, istri - ibu, anak laki-laki - saudara, anak perempuan - saudari. Keluarga menjadi lebih majemuk dan berbeda. Adapun tugas perkembangan keluarga yaitu:

- a) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti rumah, ruang bermain, privasi, keamanan.
- b) Mensosialisasikan anak.

- c) Mengintegrasikan anak yang baru sementara tetap memenuhi kebutuhan anak-anak yang lain.
  - d) Mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga (hubungan perkawinan dan hubungan orangtua dan anak) dan diluar keluarga (keluarga besar dan komunitas).
- 4) Tahap IV: Keluarga dengan anak usia sekolah
- Tahap ini dimulai ketika anak pertama telah berusia 6 tahun dan mulai masuk sekolah dasar dan berakhir pada usia 13 tahun, awal dari masa remaja. Keluarga biasanya mencapai jumlah anggota maksimum, dan hubungan keluarga di akhir tahap ini. Adapun tugas perkembangan keluarga yaitu:
- a) Membantu sosialisasi anak dengan tetangga, sekolah dan lingkungan.
  - b) Mempertahankan hubungan perkawinan bahagia.
  - c) Memenuhi kebutuhan dan biaya hidup yang semakin meningkat.
  - d) Meningkatkan komunikasi terbuka.
- 5) Tahap V: Keluarga dengan anak remaja
- Ketika anak pertama melewati umur 13 tahun, tahap kelima dari siklus kehidupan keluarga dimulai. Tahap ini berlangsung selama 6 hingga 7 tahun, meskipun tahap ini dapat lebih singkat jika anak meninggalkan keluarga lebih awal atau lebih lama jika anak masih tinggal dirumah hingga berumur 19 atau 20 tahun. Adapun tugas perkembangan keluarga yaitu:
- a) Menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri.
  - b) Memfokuskan kembali hubungan perkawinan.
  - c) Berkomunikasi secara terbuka antara orangtua dan anak-anak
- 6) Tahap VI: Keluarga yang melepaskan anak usia dewasa muda
- Permulaan dari fase kehidupan keluarga ini ditandai oleh anak pertama meninggalkan rumah orang tua dan berakhir dengan rumah kosong, ketika anak terakhir meninggalkan rumah. Tahap ini dapat singkat atau agak panjang, tergantung pada berapa banyak anak yang ada dalam rumah atau berapa banyak

anak yang belum menikah yang masih tinggal di rumah. Adapun tugas perkembangan keluarga yaitu:

- a) Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar.
- b) Mempertahankan keintiman pasangan.
- c) Membantu orang tua suami/isteri yang sedang sakit dan memasuki masa tua.
- d) Membantu anak untuk mandiri di masyarakat.
- e) Penataan kembali peran dan kegiatan rumah tangga.

#### 7) Tahap VII: Orang tua pertengahan

Tahap ketujuh dari siklus kehidupan keluarga, tahap usia pertengahan dari bagi orangtua, dimulai ketika anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir pada saat pensiun atau kematian salah satu pasangan. Tahap ini biasanya dimulai ketika orangtua memasuki usia 45-55 tahun dan berakhir pada saat seorang pasangan pensiun, biasanya 16-8 tahun kemudian. Adapun tugas perkembangan keluarga yaitu:

- a) Mempertahankan kesehatan.
- b) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan teman sebaya dan anak-anak
- c) Meningkatkan keakraban pasangan

#### 8) Tahap VIII: Keluarga dalam masa pensiun dan lansia

Tahap terakhir siklus kehidupan keluarga dimulai dengan salah satu atau kedua pasangan memasuki masa pensiun, terus berlangsung hingga salah satu pasangan meninggal, dan berakhir dengan pasangan lain meninggal. Adapun tugas perkembangan keluarga yaitu:

- a) Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan.
- b) Adaptasi dengan perubahan, kehilangan pasangan, teman, dll.
- c) Mempertahankan keakraban suami-isteri dan saling merawat
- d) Mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat
- e) Melakukan “*life review*”



**f. Tugas keluarga**

Menurut Achar Ayu Komang (2010) tugas keluarga merupakan pengumpulan data yang berkaitan dengan ketidakmampuan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan. Asuhan keperawatan keluarga mencantumkan lima tugas keluarga sebagai paparan etiologi/ penyebab masalah yang biasanya dikaji pada saat penjajagan tahap II bila ditemui data maladaptif pada keluarga. Lima tugas keluarga yang dimaksud adalah:

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, termasuk bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami keluarga.
- 2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, termasuk sejauhmana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana masalah dirasakan oleh keluarga, keluarga meyerah atau tidak terhadap masalah yang dihadapi, adakah rasa takut akibat atau adakah sikap negatif dari keluarga terhadap masalah kesehatan, bagaimana system pengambilan keputusan yang dilakukan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.
- 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, seperti bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakitnya, sifat dan perkembangan perawatan yang diperlukan, sumber-sumber yang ada pada keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit.
- 4) Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan, seperti pentingnya hygiene sanitasi bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, upaya pemeliharaan lingkungan yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga.
- 5) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada, keuntungan keluarga dalam menggunakan fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan

terjangkau oleh keluarga, adakah pengalaman yang kurang baik yang dipersepsikan keluarga.