

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Pengertian Konsep Kebutuhan Dasar

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam menjaga keseimbangan baik secara fisiologi maupun psikologi yang bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan.

Teori Hierarki kebutuhan yang dikemukakan oleh Abraham Maslow menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar, yaitu :

a. Kebutuhan Fisiologis

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar pada manusia. Antara lain: pemenuhan kebutuhan oksigen dan pertukaran gas, cairan (minuman), nutrisi (makanan), eliminasi, istirahat dan tidur, aktivitas, keseimbangan suhu tubuh, serta seksual.

b. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan

Dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis. Perlindungan fisik, meliputi perlindungan dari ancaman terhadap tubuh dan kehidupan seperti kecelakaan, penyakit, bahaya lingkungan, dll. Perlindungan psikologis, perlindungan dari ancaman peristiwa atau pengalaman baru atau asing yang dapat mempengaruhi kondisi kejiwaan seseorang .

c. Kebutuhan rasa cinta

Kebutuhan rasa cinta yaitu kebutuhan untuk memiliki dan dimiliki, memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan, persahabatan, dan kekeluargaan.

d. Kebutuhan akan harga diri

Kebutuhan akan harga diri dan perasaan dihargai oleh orang lain serta pengakuan dari orang lain.

e. Kebutuhan aktualisasi diri

Kebutuhan aktualisasi diri ini merupakan kebutuhan tertinggi dalam Hierarki Maslow, yang berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain atau lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya. Pengetahuan adalah merupakan hasil tahu dari hal ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Notoatmojo, 2003).

2. Konsep Nyeri

Asosiasi internasional yang khusus mempelajari tentang nyeri (The International Association for the Study of Pain/ IASP) (1979) mendefinisikan nyeri sebagai sesuatu yang tidak menyenangkan, bersifat subjektif dan berhubungan dengan pancaindera, serta merupakan suatu pengalaman emosional yang dikaitkan dengan kerusakan/ cedera. Oleh karena itu, nyeri secara fisik dapat menyebabkan nyeri secara psikologis dan vice versa.

Nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri bersifat subjektif dan sangat bersifat individual. Stimulus nyeri dapat berupa stimulus yang bersifat fisik dan mental, sedangkan kerusakan dapat terjadi pada jaringan aktual atau pada fungsi ego seorang individu (Mahon, 1994). Nyeri oleh McCaffery (1979: “Nyeri adalah pengalaman apapun yang dikatakan oleh klien dan timbul pada saat hal tersebut diungkapkan”. Manajemen nyeri yang efektif dapat meningkatkan kualitas hidup, mengurangi ketidaknyamanan secara fisik, menstimulus mobilisasi lebih awal sehingga dapat kembali bekerja, serta berakibat pada menurunnya

jumlah kunjungan ke rumah sakit/ klinik, dan memperpendek jangka waktu perawatan di rumah sakit, oleh karena itu dapat mengurangi biaya perawatan.

3. Fisiologi Nyeri

a. Teori Awal

Suatu teori yang menjelaskan nyeri sebagai suatu mekanisme relatif sederhana yang menjelaskan bahwa respon nyeri timbul apabila suatu stimulus nyeri mengaktifasi reseptor nyeri. Stimulus dapat berupa zat kimia, listrik, panas, mekanik maupun mikroorganisme baik yang berasal dari dalam maupun luar tubuh. Informasi ini telah sampai di thalamus, maka seseorang akan merasakan adanya suatu sensasi serta mempelajari tentang lokasi dan kekuatan stimulus. Bila informasi telah sampai di kortek serebral, maka seseorang menjadi lebih terlibat dengan sensasi nyeri, mencoba menginterpretasikan arti nyeri dan mencari cara untuk menghindari sensasi lebih lanjut (Priharjo, 1993).

b. Teori Gate Control

Teori gatecontrol oleh Melzack dan Wall tahun 1965 mengemukakan bahwa substansi gelatinosa (SG), yaitu suatu area dari sel-sel khusus pada bagian ujung dorsal serabut saraf sum-sum tulang belakang (spinalcord) mempunyai peran sebagai mekanisme pintu gerbang (gatingmechanism). menginterpretasikan nyeri. Mekanisme pintu gerbang ini dapat memodifikasi dan merubah sensasi nyeri yang datang sebelum mereka sampai kortek serebral dan menimbulkan persepsi nyeri. Ada tiga faktor yang berinteraksi pada pintu gerbang (gate), antara lain: pertama adalah reseptor nyeri dan serabut nyeri dan interaksinya dipintu gerbang, kedua adalah efek pada pintu gerbang elemen kognitif dan emosional, yang sering disebut

sebagai fungsi sistem syaraf pusat lebih tinggi. Ketiga adalah input neural desenden dari batang otak.

Dua jenis serabut nyeri yang utama dalam mempelajari nyeri adalah serabut diameter kecil yang mentransmisikan sensasi nyeri yang keras yang mempunyai reseptor berupa ujung-ujung saraf bebas dikulit dan struktur dalam seperti tendon, otot dan alat dalam. Sedangkan serabut diameter besar mentransmisikan sensasi sentuhan, getaran, suhu hangat dan tekanan halus (Priharjo, 1993).

Ada tiga gambaran yang membantu untuk medetermiasi seberapa banyak nyeri yang diterima seseorang. Pertama input emosional dan kognitif yang terus menerus berkaitan dengan stimulus nyeri. Kedua adalah intensitas stimulus nyeri dalam arti jumlah serabut yang terstimulasi dan frekuensi impuls. Ketiga adalah keseimbangan relatif aktivitas serabut besar terhadap serabut kecil (Priharjo, 1993).

Gate control theory tergantung pada konsep dua serabut serat yang keduanya terletak secara “parallel” dengan batang sel pada akar dorsal ganglia. Serabut besar secara dasar mempunyai dasar mempunyai efek inhibitor terhadap persepsi nyeri, serabut kecil secara dasar mempunyai efek fasilitatif. Serabut besar beraksi terhadap subtansi gelatinosa (SG) dan menstimulusnya. Stimulus ini mencegah transmisi dari sel T yang diperlukan terhadap persepsi nyeri (Priharjo, 1993).

c. Ciri- ciri Nyeri

Dalam mengkaji nyeri perawat perlu memastikan lokasi nyeri secara jelas meliputi dimana nyeri itu dirasakan, misalnya nyeri pada abdomen kuadran kanan bawah. Untuk lebih memperjelas dapat juga digunakan istilah- istilah seperti proksominal, distal, medial dan lateral. Intensitas nyeri dinyatakan dengan nyeri ringan, sedang, berat atau sangat nyeri. Waktu dan durasi dinyatakan dengan sejak kapan nyeri dirasakan, berapa lama

terasa, apakah nyeri berulang makan dalam selang waktu berapa lama dan kapan nyeri berakhir. Kualitas nyeri dinyatakan sesuai dengan apa yang diutarakan pasien misalnya nyeri seperti dipukul- pukul, nyeri seperti diiris- iris pisau dan lainnya. Perilaku nonverbal pada pasien yang mengalami nyeri dapat diamati oleh perawat misalnya ekspresi wajah kesakitan, gigi mencengkeram, memejamkan mata rapat- rapat, menggigit bibir bawah, dan lain- lain (Priharjo, 1993).

d. Jenis-Jenis Nyeri

Nyeri dikategorikan dengan durasi atau lamanya nyeri berlangsung (ajut atau kronis), atau dengan kondisi patologis (contoh: kanker atau neuropatik).

1) Nyeri Akut/ Sementara

Nyeri akut bersifat melindungi, memiliki penyebab yang dapat diidentifikasi, berdurasi pendek, dan memiliki sedikit kerusakan jaringan serta respons emosional. Pada akhirnya, nyeri akut akan ditangani dengan atau tanpa pengobatan setelah jaringan yang rusak sembuh. Itu disebabkan karena nyeri akut dapat diprediksi waktu penyembuhannya dan penyebabnya dapat diidentifikasi, hal ini akan membuat para anggota tim medis merasa termotivasi untuk segera menangani nyeri tersebut. Penting untuk menyadari bahwa nyeri akut yang tidak terobati dapat berkembang menjadi nyeri kronis (Cousins dan Power, 2003; Kehlet et al., 2006).

2) Nyeri Kronis/ Menetap

Perbedaan utama antara nyeri kronis dan nyeri akut adalah nyeri kronis bukanlah suatu hal yang bersifat protektif, sehingga menjadi tak bertujuan. Nyeri Kronis berlangsung lebih lama dari yang diharapkan, tidak selalu memiliki penyebab yang dapat diidentifikasi, dan dapat memicu penderitaan yang teramat sangat bagi seseorang. Nyeri kronis bisa merupakan hal yang bersifat kanker atau bukan.

Kemungkinan penyebab yang tak diketahui dari nyeri bukan kanker, digabung dengan nyeri yang tak henti-hentinya dirasakan oleh klien, dan ketidakpastian akan durasi/lamanya nyeri, serta perasaan frustasi klien, secara terus-menerus dapat memicu terjadinya depresi secara psikologis atau bahkan bunuh diri.

e. Riwayat Nyeri

Riwayat nyeri harus meliputi lokasi, intensitas, durasi dan lainnya. Perawat harus mengetahui berapa lama pasien telah menderita nyeri, bagaimana pengaruhnya terhadap aktifitas sehari-hari cepat atau lambat dan hal-hal apa saja yang dapat mengurangi nyeri (Priharjo, 1993).

f. Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Menurut Potter & Perry (2003), faktor yang dapat mempengaruhi nyeri antara lain :

1) Usia

Anak yang masih kecil mempunyai kesulitan memahami nyeri dan prosedur yang dilakukan perawat yang menyebabkan nyeri. Kemampuan klien lansia untuk menginterpretasikan nyeri dapat mengalami komplikasi dengan keberadaan berbagai macam penyakit disertai gejala samar-samar yang mungkin mengenai bagian tubuh yang sama.

2) Jenis kelamin

Secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berespon terhadap nyeri. Kebudayaan menganggap bahwa seorang laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis sedangkan anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama.

3) 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 mereka harus bereaksi terhadap nyeri.

4) Makna nyeri

Makna seseorang yang dikaitkan dengan nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Hal ini juga dikaitkan secara dekat dengan latar belakang budaya individu tersebut. Individu akan mempersiapkan nyeri secara berbeda-beda, apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman dan tantangan.

5) Perhatian

Tingkat seorang klien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya pengalihan dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

6) Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas besifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas.

7) Keletihan

Keletihan meningkatkan persepsi nyeri. Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intesif dan menurunkan kemampuan coping.

8) Pengalaman sebelumnya

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri sebelumnya yang tidak selalu berarti bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah dimasa yang akan datang. Apabila individu sejak lama sering mengalami nyeri yang berulang-ulang, kemudian nyeri tersebut

dengan berhasil dihilangkan akan lebih mudah bagi individu.

g. Pengukuran skala nyeri

Intensitas nyeri (skala nyeri) adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda (Tamsuri, 2007 dalam Wiarto, 2017).

Nyeri dinilai berdasarkan tingkah laku manusia yang secara kultur mempengaruhi, sehingga latar belakang mempengaruhi ekspresi dan pemahaman terhadap nyeri. Penilaian skala nyeri dapat dibagi atas pasien yang memiliki kemampuan verbal dan dapat melaporkan sendiri rasa sakitnya (self reported) dan pasien dengan ketidakmampuan verbal baik karena terganggu kognitifnya, dalam keadaan tersedasi, ataupun berada dalam mesin ventilator (Wiarto, 2017).

Berikut ini adalah beberapa cara pengukuran skala nyeri:

1) Pasien dapat berkomunikasi

a) Numering rating scale (NRS)

Skala ini sudah biasa dipergunakan dan telah divalidasi.

Berat ringannya rasa sakit atau nyeri dibuat menjadi terukur dengan mengobyektifkan pendapat subyektif nyeri. Skala numeric dari 0 hingga 10, dibawah ini, nol(0) merupakan keadaan tanpa atau bebas nyeri, sedangkan sepuluh (10), suatu nyeri yang sangat hebat.



Sumber: Wiarto 2017.

Gambar 2.1

Numerical Rating Scale

b) Visual descriptif scale (VDS)

Terdapat skala sejenis yang adalah garis lurus, tanpa angka. Bisa bebas mengekspresikan nyeri, arah kiri menuju tidak sakit, arah kanan sakit tak tertahankan, dengan tengah kira-kira nyeri yang sedang. Pasien diminta menunjukkan posisi nyeri pada garis antara kedua nilai ekstrem. Bila anda menunjuk tengah garis, menunjukkan nyeri yang moderate/ sedang.

c) Visual analogue scale (VAS)

Cara lain untuk menilai intensitas nyeri yaitu dengan menggunakan visual analogue scale (VAS). Skala berupa garis lurus yang panjangnya biasanya 10 cm (atau 100mm). Penggambaran verbal pada masing-masing ujungnya, seperti angka 0 (tanpa nyeri) sampai angka 10 (nyeri terberat). Nilai VAS 0 - <4 = nyeri ringan, 4-<7 = nyeri sedang dan 7-10 = nyeri berat.

- (1) Skala nyeri 0 : tidak terasa nyeri
- (2) Skala nyeri 1-3: nyeri ringan seperti gatal, kesetrum, nyut- nyutan, perih.
- (3) Skala nyeri 4-6: nyeri sedang seperti kram, kaku, terbakar, ditusuk- tusuk.
- (4) Skala nyeri 7-9: nyeri berat namun masih dapat dikontrol oleh pasien
- (5) Skala nyeri 10: nyeri berat yang tidak dapat dikontrol pasien.

2) Pasien tidak dapat berkomunikasi

a) Face pain rating scale

Skala nyeri enam wajah dengan ekspresi yang berbeda, menampilkan wajah bahagia hingga wajah sedih, digunakan untuk mengekspresikan rasa nyeri. Skala ini biasanya dipergunakan mulai anak usia 3 tahun.



Sumber : Saputra, 2013

Gambar 2.2

Skala Wajah

b) Behavioral pain scale (BPS)

BPS adalah skala yang terdiri dari tiga indikator yaitu : ekspresi wajah, pergerakan ekstremitas atas, dan toleransi terhadap ventilasi mekanik. Alasan penggunaan tiga indikator ini adalah sebagai berikut : pergerakan saat dilakukannya suatu prosedur biasanya dianggap sebagai indikator nyeri perilaku dan banyak disertakan dalam skala nyeri perilaku pada anak. Ekspresi wajah dihubungkan dengan berbagai stimulasi nosiseptif yang menghasilkan bukti untuk ekspresi wajah dapat diterima secara luas sebagai suatu respon terhadap stimulus nosiseptif belum banyak mendapat perhatian

Tabel 2.1 Behavioral Pain Scale (BPS)

Indikator	Karakteristik	Nilai
Ekspresi wajah	Tenang	1
	Tegang sebagian (kelopak mata menutup)	2
	Tegang seluruhnya (kelopak mata menutup)	3
	Meringis/ menyeringai	4
Ekstremitas atas	Tenang	1
	Menekuk sebagian di daerah siku	2
	Menekuk seluruhnya dengan dahi menggelap	3

	Menekuk total terus menerus	4
Toleransi terhadap ventilasi mekanik	Dapat mengikuti pola ventilasi	1
	Batuk, tapi masih bisa mengikuti pola ventilasi	2
	Melawan pola ventilasi	3
	Pola ventilasi tidak dapat diikuti	4

Sumber : Wiarto, 2017

h. Terapi Nyeri Farmakologis

Menurut Potter & Perry (2005), beberapa agen farmakologis digunakan untuk memahami nyeri antara lain:

1) Analgesik

Analgesik merupakan metode yang paling umum untuk mengatasi nyeri. Walaupun analgesik dapat menghilangkan nyeri dengan efektif, perawat dan dokter masih cenderung tidak melakukan upaya analgesik untuk penanganan nyeri, karena informasi obat yang tidak benar, karena kekhawatiran klien akan mengalami ketagihan obat, cemas akan melakukan kesalahan dalam menggunakan analgesik narkotik dan pemberian obat yang kurang direspon.

Ada tiga jenis analgesik yaitu analgesik non narkotik dan obat anti inflamasi nonsteroid (NSAID), analgesik narkotik dan obat tambahan koanalgesik.

2) Anastesi lokal

Anastesi lokal adalah suatu keadaan hilangnya sensasi pada lokalisasi bagian tubuh. Digunakan pada saat tindakan menjahit luka, membantu persalinan dan melakukan pembedahan yang sederhana. Anastesi lokal beresiko kecil daripada anastesi umum.

3) Analgesia epidural

Analgesia epidural merupakan suatu bentuk anastesi lokal dan terapi yang efektif untuk menangani nyeri pascaoperasi akut, nyeri persalinan, melahirkan dan nyeri kronik

khusunya yang berhubungan dengan kanker (Potter & Perry, 2005).

i. Terapi Nyeri Non Farmakologis

Menurut Priharjo (1993), terapi nyeri non farmakologis antara lain :

1) Distraksi

Distraksi merupakan metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal lain sehingga pasien lupa terhadap nyeri yang dialami. Aktifitas mengalihkan perhatian tersebut meliputi kegiatan menyanyi, berdoa, menceritakan foto atau gambar dengan suara keras, mendengarkan musik dan bermain. Salah satu teknik distraksi yang efektif adalah musik, yang dapat menurunkan nyeri fisiologis, stress dan kecemasan dengan mengalihkan perhatian seseorang dari nyeri. Musik terbukti menunjukkan efek yaitu menurunkan frekuensi denyut jantung, mengurangi kecemasan dan depresi, menghilangkan nyeri, menurunkan tekanan darah dan mengubah persepsi waktu (Guzetta, 1989) dalam Potter dan Perry (2005). Musik klasik, pop dan modern (musik tanpa vokal, periode tenang) digunakan pada terapi musik. Musik harus didengarkan 15 menit supaya dapat memberikan efek terapeutik.

2) Relaksasi

Relaksasi merupakan kebiasaan mental dan fisik dari ketegangan dan stress. Teknik relaksasi memberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik dan emosi pada nyeri. Relaksasi merupakan metode yang efektif terutama pada pasien yang mengalami nyeri kronis. Ada tiga hal utama yang diperlukan dalam relaksasi, yaitu posisi yang tepat, pikiran beristirahat dan lingkungan yang tenang. Posisi pasien

diatur senyaman mungkin dengan semua bagian tubuh disokong, persendian fleksi dan otot-otot tidak tertarik. Sweater (1976) dalam Priharjo (1993), menjelaskan teknik relaksasi sebagai berikut:

- a) Pasien menarik nafas dalam dan mengisi paru-paru dengan udara.
- b) Perlahan-lahan udara dihembuskan kembali sambil membiarkan tubuh menjadi kendor dan merasakan betapa nyaman hal tersebut.
- c) Pasien bernafas beberapa kali dengan irama normal.
- d) Pasien menarik nafas dalam lagi dan menghembuskan pelan-pelan dan membiarkan hanya kaki dan telapak yang kendor.
- e) Pasien mengulang langkah 4 dan mengkonsentrasi pikiran pada lengan, perut, punggung dan kelompok otot yang lainnya.
- f) Setelah pasien relaks, pasien dianjurkan bernafas secara pelan-pelan. Bila nyeri menjadi hebat, pasien dapat bernafas secara dangkal.

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengertian

Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien/ pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, bersifat humanistic, dan berdasarkan pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien.

Menurut Ali (1997) proses keperawatan adalah metode asuhan keperawatan yang ilmiah, sistematis, dinamis, dan terus-menerus serta berkesinambungan dalam rangka pemecahan masalah

kesehatan pasien/ klien, dimulai dari pengkajian (pengumpulan data, analisi data, dan penentuan masalah) diagnosis keperawatan, pelaksanaan, dan penilaian tindakan keperawatan. Asuhan keperawatan diberikan dalam upaya memenuhi kebutuhan klien .

Menurut A Maslow ada lima kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan fisiologis meliputi oksigen, cairan, nutrisi, kebutuhan rasa aman dan perlindungan, kebutuhan rasa cinta dan saling memiliki, kebutuhan upaya memenuhi kebutuhan klien.

2. Tujuan asuhan keperawatan

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. Fungsi proses keperawatan

Proses keperawatan berfungsi sebagai berikut:

- a. Memberikan pedoman dan bimbingan yang sistematis dan ilmiah bagi tenaga keperawatan dalam memecahkan masalah klien melalui asuhan keperawatan
- b. Memberi ciri profesional asuhan keperawatan melalui pendekatan pemecahan masalah dan pendekatan komunikasi yang efektif dan efesien
- c. Memberikan kebebasan pada klien untuk mendapat pelayanan yang optimal sesuai dengan kebutuhannya dalam kemandiriannya di bidang kesehatan

4. Tahap- tahap proses keperawatan

a. Pengkajian

Pengkajian nyeri yang faktual dan akurat dibutuhkan untuk menetapkan data dasar, untuk menegakkan diagnosa keperawatan yang tepat, untuk menyeleksi terapi yang cocok, dan untuk mengevaluasi respons klien terhadap terapi. Pengkajian nyeri merupakan aktivitas yang paling umum dilakukan perawat, perawat harus menggali pengalaman nyeri dari sudut pandang klien. Perawat tidak dapat membiarkan bias pribadi, yang akan membuat mereka berprasangka dalam melakukan pengkajian nyeri. Penting untuk menginterpretasi secara cermat tanda- tanda nyeri dan untuk mengingat bahwa komponen fisik dan psikologis dari suatu nyeri mempengaruhi reaksi klien terhadap nyeri. Keuntungan pengkajian nyeri bagi klien terhadap nyeri adalah bahwa nyeri diidentifikasi, dikenali sebagai sesuatu yang nyata, dapat diukur, dan dapat dijelaskan, serta digunakan untuk mengevaluasi perawatan (McGuire, 1992). Pengkajian nyeri yang benar memungkinkan petugas kesehatan untuk menetapkan status nyeri klien, lebih bertanggung jawab dan bertanggung gugat terhadap perawatan yang diberikan, dan lebih berorientasi pada sifat kemitraan dalam melakukan penatalaksanaan nyeri.

Saat mengkaji, perawat harus sensitif terhadap tingkat ketidaknyamanan klien. Apabila nyeri bersifat akut atau parah, ada kemungkinan klien dapat memberi penjelasan yang terinci tentang pengalaman nyerinya secara keseluruhan. Selama episode nyeri akut, tindakan perawat yang terutama adalah mengkaji perasaan klien, menetapkan respons fisiologis klien terhadap nyeri dan lokasi nyeri, tingkat keparahan dan kualitas nyeri. Pengkajian nyeri yang lebih seksama memerlukan waktu dan sebaiknya tidak dilakukan saat klien dalam keadaan lebih waspada dan penuh perhatian. Sangat bermanfaat, membantu

mengurangi kecemasan klien sebelum mencoba mengkaji kuantitas persepsi klien terhadap nyeri.

Untuk klien yang mengalami nyeri kronik, cara pengkajian yang paling baik adalah dengan memfokuskan pengkajian pada dimensi perilaku, afektif, kognitif, perilaku dari pengalaman nyeri dan pada riwayat nyeri tersebut atau konteks nyeri tersebut (NIH, 1986; McGuire, 1992). Pada kasus nyeri nonmaligna yang kronik, pengkajian yang dilakukan harus mencakup tingkat fungsi klien karena tidak mungkin mencapai penghilangan nyeri dengan kompleks.

1) Data subjektif

Data yang harus didapat sebelum nyeri diantisipasi apakah harapan dari pasien mengenai pertolongan nyeri dari pemberi jasa pelayanan kesehatan. Pengkajian yang terbaik dari nyeri adalah hasil evaluasi dari pasien. Data yang perlu dikumpulkan dari sifat-sifat nyeri adalah lokasi, intensitas, kualitas, waktu (serangan, kekerapan, sebab) dan faktor-faktor yang meringankan. Salah satu untuk mendapatkan cara pendekatan adalah menggunakan singkatan PQRST :

- P. Provoking (pemacu) faktor yang mempergawat atau meringankan nyeri
- Q. Qualitiy (kualitas) tumpul, tajam, merobek
- R. Region (daerah) daerah penjalaran kedaerah lain
- S. Severity (keganasan) atau intensitas
- T. Time (waktu) serangan, lamanya, kekerapan, sebab.

Intensitas nyeri dapat ditentukan dengan berbagai cara. Salah satunya adalah bertanya kepada pasien tentang nyeri atau ketidaknyamanan. Metode lain adalah bertanya kepada pasien untuk menguraikan bagaimana gawatnya nyeri yang mendatangkan ketidaknyamanan dengan menggunakan skala. Ada juga skala nyeri, yaitu

- 0 – tidak nyeri
- 1 – nyeri ringan
- 2 – nyeri sedang
- 3 – nyeri parah
- 4 – nyeri separah parahnya.

Skor skala nyeri dapat dicatat pada lembaran agar bisa membuat pengkajian yang berkesinambungan mengenai kemajuan nyeri.

2) Data objektif

Gejala-gejala fisiologi bisa tidak didapat pada orang dengan nyeri kronis akibat adanya sistem kompensasi dari tubuh. Walaupun terjadi adaptasi terhadap rangsang nyeri, rasa nyeri tetap ada. Tidak terdapatnya gejala-gejala fisiologi, karena tidak menunjukkan bahwa nyeri tidak ada. Nyeri yang berkepanjangan sesungguhnya dapat memunculkan penampilan pasien untuk waktu yang lama mungkin karena kehilangan selera, atau kurang perhatian terhadap penampilan karena jemu dan depresi.

Respons perilaku dari nyeri kronis beragam dan unik pada individu. Dengan demikian banyak gejala-gejala yang tidak nampak untuk nyeri yang tidak nampak untuk nyeri yang sekarang ada.

b. Diagnosa Keperawatan

Penegakan diagnosa keperawatan yang akurat untuk klien yang mengalami nyeri dilakukan berdasarkan pengumpulan dan analisa data yang cermat. Diagnosa yang akurat dibuat hanya setelah pengkajian lengkap semua variabel. Dalam contoh diagnosa nyeri, perawat dapat mengkaji perilaku klien yang menarik diri dari komunikasi, postur tubuh kaku, klien mengeluh, ungkapan verbal ketidaknyamanan klien. Sebaliknya, diagnosis untuk cemas dapat ditegakkan dengan mengobservasi ketegangan dan raut

wajah klien, kontak mata minimal, gelisah, dan ungkapan verbal tentang perasaan takut. Kedua diagnosa tersebut tersebut memiliki batasan karakteristik yang sama. Perawat menyeleksi pola data untuk mengidentifikasi nyeri sebagai diagnosa yang tepat.

Diagnosa keperawatan harus berfokus pada sifat khusus nyeri untuk membantu perawat mengidentifikasi jenis intervensi yang paling berguna untuk menghilangkan nyeri dan meminimalkan efek intervensi yang paling berguna untuk menghilangkan nyeri dan meminimalkan efek intervensi itu pada gaya hidup dan fungsi klien. Nyeri yang berhubungan dengan trauma fisik melawan nyeri yang berhubungan dengan proses melahirkan membutuhkan intervensi keperawatan yang sangat berbeda. Identifikasi yang akurat pada faktor terkait memastikan pemilihan terapi keperawatan yang sesuai.

Perawat dapat membuat diagnosa lain dari diagnosa nyeri. Sejauh mana nyeri mempengaruhi gaya hidup klien dan status kesehatan klien secara umum menentukan apakah diagnosa keperawatan lain relevan.

c. Perencanaan

Untuk setiap diagnosa keperawatan yang telah teridentifikasi, perawat mengembangkan rencana keperawatan untuk kebutuhan klien. Perawat dan klien secara bersama-sama mendiskusikan harapan yang realistik dari tindakan mengatasi nyeri, derajat pemulihan nyeri yang diharapkan, dan efek-efek yang harus diantisipasi pada gaya hidup dan fungsi klien. Perawat memastikan kembali kepada klien dan keluarga bahwa kebanyakan nyeri dapat dihilangkan dengan cara yang aman dan efektif (Jacox dkk, 1994). Hal ini tentu saja bergantung kepada rencana perawatan yang komprehensif dan ditangani dengan baik. Hasil akhir yang diharapkan dan tujuan perawatan diseleksi berdasarkan pada diagnosa keperawatan

dan kondisi klien. Terapi yang tepat dipilih berdasarkan pada faktor-faktor terkait yang menyebabkan nyeri atau masalah kesehatan klien. Misalnya, nyeri yang berhubungan dengan nyeri insisi akut berespons terhadap analgesik, sedangkan nyeri yang berhubungan dengan kontraksi persalinan dini dapat dikurangi dengan latihan relaksasi.

Terapi yang berhasil untuk seorang klien tidak akan berhasil untuk semua klien. Di rumah, perawat menggunakan beberapa obat yang telah klien konsumsi sejak lama. Namun, perawat tidak dapat menggunakan terapi yang tidak aman.

Saat mengembangkan rencana keperawatan, perawat menyeleksi prioritas berdasarkan tingkat nyeri klien dan efeknya pada kondisi klien. Untuk nyeri akut dan berat, adalah penting untuk melakukan upaya untuk menghilangkan nyeri sesegera mungkin. Analgesik dapat menghilangkan nyeri dengan cepat dan menurunkan kesempatan nyeri mengalami perburukan. Setelah nyeri yang klien rasakan hilang, perawat merencanakan terapi lain, seperti relaksasi atau aplikasi panas untuk meningkatkan efek analgesik.

Rencana yang komprehensif terdiri dari berbagai sumber untuk pengontrolan nyeri. Penting melibatkan keluarga dalam rencana perawatan. Di keadaan perawatan akut, keluarga harus memahami sifat dan luaskan nyeri klien dan bentuk terapi yang digunakan. Anggota keluarga yang tampak tidak tertarik atau mempunyai prasangka terhadap nyeri dapat memperlambat proses penyembuhan klien. Sumber-sumber tambahan yang tersedia meliputi perawat dengan keahlian khusus, ahli terapi fisik, dan ahli terapi okupasi. Perawat ahli onkologi sangat mengenal terapi yang paling efektif untuk nyeri kronik dan nyeri maligna. Apabila perawat memberi asuhan keperawatan pada klien yang mengalami nyeri, tujuan berorientasi pada klien dapat mencakup hal-hal berikut:

- 1) Klien menyatakan merasa sehat dan nyaman
- 2) Klien mempertahankan kemampuan untuk melakukan perawatan diri
- 3) Klien mempertahankan fungsi fisik dan psikologis yang dimiliki saat ini
- 4) Klien menjelaskan faktor-faktor penyebab ia merasa nyeri
- 5) Klien menggunakan terapi yang diberikan di rumah dengan aman

Untuk menetapkan rencana perawatan yang efektif, maka perawat membina hubungan yang terapeutik dengan klien dan memberi penyuluhan tentang nyeri kepada klien.

1) Hubungan terapeutik

Individu yang mengalami nyeri merasa sangat tidak nyaman dan selalu yakin bahwa seseorang peduli dengan kesejahteraan mereka. Klien yang mengalami nyeri membutuhkan seseorang yang dapat dipercaya. Apabila keluarga klien tersebut tidak memberi dukungan atau bila perawat tidak mampu membina hubungan terapeutik dengan klien, maka klien tersebut dapat memiliki sikap tidak percaya dan meningkatkan kewaspadaan nyeri. Reaksi klien terhadap nyeri menjadi tidak tepat, kecuali klien memiliki cara untuk mengekspresikan kekhawatiran atau ketakutan mengenai nyeri. Seringkali klien menjadi marah atau mengeluh ketika kebutuhan untuk mengatasi nyeri diabaikan.

Keberhasilan hubungan perawat-klien sebagian bergantung kepada kemampuan perawat untuk menghormati respons klien terhadap nyeri. Banyak perawat menghargai pengendalian diri yang kuat. Namun, seorang klien mungkin merasa perlu menangis atau mengeluh atau bahkan menjadi marah.

2) Penyuluhan

Klien akan lebih siap menghadapi hampir setiap situasi apabila mereka memahami hal tersebut. Tidak terkecuali untuk pengalaman nyeri. Mengajar klien tentang pengalaman nyeri akan mengurangi rasa cemas dan membantu klien dalam menguasai pengendalian diri. Pada pengalaman nyeri, yakni selama fase antisipatori perawat merencanakan untuk mengajar klien tentang prosedur yang berhubungan dengan rasa tidak nyaman. Misalnya, sebelum melakukan insersi intravena (IV), perawat sebaiknya menjelaskan sensasi yang akan ditimbulkan oleh pemasangan turniket, begitu juga sensasi yang akan ditimbulkan oleh tusukan jarum. Pemberian penjelasan dengan nada suara yang penuh percaya diri akan memberikan klien suatu keyakinan bahwa perawat merawat klien dengan benar.

d. Implementasi

Sifat nyeri dan sejauh mana nyeri tersebut mempengaruhi kesejahteraan individu menentukan pilihan terapi penanganan nyeri. Terapi nyeri membutuhkan pendekatan yang individual, yang mungkin lebih dibandingkan dengan masalah klien yang lain. Klien dan perawat harus menjadi rekan kerja dalam melakukan upaya mengontrol nyeri. Perawat memberi dan memantau terapi yang diprogramkan dokter untuk penghilang nyeri dan penggunaan tindakan penghilang nyeri yang mandiri sehingga melengkapi terapi yang diprogramkan dokter.

Pengobatan klien seringkali merupakan cara menghilangkan nyeri yang paling berhasil, khususnya apabila klien pernah mengalami nyeri. Umumnya, terapi yang paling aman atau terapi yang membutuhkan tindakan invasif minimal yang dilakukan pertama kali. Apabila ada keraguan mengenai

terapi keperawatan, maka perawat harus berkonsultasi dengan dokter.

1) Perawatan dalam meningkatkan kenyamanan

Tanpa memperhatikan jenis terapi yang digunakan, kemampuan perawat untuk menunjukkan kepedulian kepada klien akan meningkatkan kenyamanan mereka. Kolcaba (1992) menekankan pentingnya mengenal sifat rasa nyaman secara holistik. Rasa nyaman mencakup segi fisik dan mental, sehingga tanggung jawab perawat tidak berakhir dengan perawatan fisik. Kompetensi perawat dalam mengembangkan hubungan interpersonal dengan klien berpusat pada kemampuan perawat membina dan mempertahankan hubungan peduli yang meyakinkan bahwa klien berharga. Seorang perawat yang terampil dengan cepat mengkomunikasikan rasa hormatnya pada klien, meningkatkan harga diri klien, dan memperoleh rasa percaya klien. Hal ini membuat klien merasa nyaman dan aman.

Perawat dapat menunjukkan kepedulian dalam berbagai cara: mengatur posisi klien dengan hati-hati, memperlihatkan sikap bersahabat, dapat dipercaya, dan menunjukkan kesan yang dapa diterima klien, berupaya tetap memberikan perhatian dan bertanggung jawab terhadap permintaan klien, dan melakukan setiap aspek perawatan dengan pendekatan personal.

2) Strategi kesehatan holistik

Karena kenyamanan mempengaruhi fungsi mental dan fisik individu, maka pendekatan kesehatan holistik menjadi intervensi yang penting untuk mempertahankan kesejahtera individu.

e. Evaluasi

Evaluasi nyeri merupakan salah satu dari berbagai tanggung jawab keperawatan yang membutuhkan pemikiran kritis yang efektif. Respons perilaku klien dan petunjuk tentang nyeri tidak selalu terlihat jelas. Misalnya, beberapa klien merasa takut akan kehilangan kontrol karena pengaruh obat-obatan nyeri sehingga klien tidak bersikap jujur tentang efektifitas obat. Perawat harus melakukan observasi dengan penuh perhatian dan mengetahui respons apa yang akan diantisipasi berdasarkan jenis terapi nyeri, waktu pemberian terapi, sifat fisiologis setiap cedera atau penyakit, dan respons klien terdahulu.

Klien biasanya merupakan sumber paling baik untuk mengevaluasi keefektifitan upaya penanganan nyeri. Perawat harus secara kontinu mempertimbangkan karakter perubahan nyeri yang klien alami dan apakah terjadi secara individual itu efektif.

Apabila perawat menetapkan bahwa klien terus merasa tidak nyaman setelah pemberian terapi, mungkin perlu dilakukan terapi tambahan. Misalnya, jika analgesik hanya menghilangkan sebagian nyeri, maka perawat dapat menambahkan latihan relaksasi. Perawat juga dapat berkonsultasi dengan dokter untuk mencoba analgesik yang berbeda.

Perawat juga mengevaluasi persepsi klien tentang keefektifan terapi. Klien dapat membantu memutuskan waktu yang paling baik untuk mencoba terapi. Perawat juga menetapkan toleransi klien terhadap terapi dan tingkat penanganan nyeri yang dicapai. Misalnya, apabila perawat memberi analgesik, maka perawat harus mengkaji efek samping akibat pengobatan dan laporan tingkat keberhasilan penanganan nyeri. Begitu juga setelah perawat mengubah

posisi yang baru dan apakah nyeri mereda dengan perubahan posisi tersebut.

Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional:

S : Hal-hal yang dikemukakan oleh keluarga secara subjektif setelah dilakukan intervensi keperawatan, misalnya: keluarga mengatakan mengerti cara merawat anggota keluarga yang gastritis.

O : Hal-hal yang ditemui oleh perawat secara objektif setelah dilakukan intervensi keperawatan.

A : Analisa dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu pada tujuan yang terkait dengan diagnosis.

P : Perencanaan yang akan datang setelah melihat respon dari keluarga pada tahapan evaluasi (Padila, 2015: 114).

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Pengertian

Gastritis adalah istilah yang mencakup serangkaian kondisi yang hadir dengan inflamasi mukosa lambung. Gastritis atau maag berasal dari bahasa Yunani, yaitu gatro 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 respons terjadi kelainan bagian tersebut (Barret et al., 2015).

2. 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 esofagus, sebuah cincin otot yang berada pada sambungan 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 reguler 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 masa 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).

Penelitian menyimpulkan bahwa tingkat asam lambung yang rendah dapat mengakibatkan racun yang dihasilkan oleh kanker tidak dapat dihancurkan atau dikeluarkan secara sempurna dari lambung sehingga meningkatkan risiko (tingkat bahaya) dari kanker lambung. Sebagian besar orang yang terkena infeksi Helicobacter pylori kronis tidak mempunyai kanker dan tidak mempunyai gejala gastritis. Hal ini mengindikasikan bahwa ada penyebab lain yang membuat sebagian orang rentan terhadap Helicobacter pylori, sedangkan yang lain tidak (Ester, 2002).

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 (Hudak & Gallo, 1996).

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 secara 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

Autoimune 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 instrinsik (yaitu zat yang membantu tubuh mengabsorpsi vitamin B₁₂). Kekurangan vitamin B₁₂ dapat mengakibatkan anemia perniosis (yaitu kondisi serius yang memengaruhi seluruh sistem dalam tubuh). Autoimmune atrophic gastritis terjadi terutama pada orang tua (Barret et al., 2015).

Kelainan autoimun meliputi Crohn's disease, radiasi dan kemoterapi, penyakit bile reflux, dan faktor lain.

g. Crohn's disease

Crohn's disease biasanya menyebabkan peradangan kronis dinding saluran cerna, dan terkadang menyebabkan peradangan pada dinding lambung. Lambung yang terkena crohn's disease akan menimbulkan berbagai gejala, meliputi sakit perut dan diare dalam bentuk cairan, tampak lebih mencolok daripada gejala gastritis (Misnadiarly & Djajaningrat, 2014).

h. Radiasi dan kemoterapi

Perawatan terhadap kanker seperti kemoterapi dan radiasi mengakibatkan peradangan dinding lambung yang berkembang menjadi gastritis dan tukak peptik tubuh saat terkena sejumlah kecil radiasi maka kerusakan yang terjadi biasanya sementara, tetapi dalam dosis besar akan mengakibatkan kerusakan permanen dan mengikis dinding lambung serta merusak kelenjar penghasil asam lambung (Smeltzer & Bare, 2002).

i. Penyakit bile reflux

Bile (empedu) adalah cairan yang membantu mencerna berbagai lemak dalam tubuh. Hati memproduksi cairan empedu dan saat dilepaskan maka empedu akan melewati serangkaian saluran kecil dan menuju ke usus kecil. Kondisi normal sebuah otot sfingter yang berbentuk cincin (pylori valve) akan mencegah empedu mengalir balik ke lambung, tetapi jika katup tidak bekerja dengan benar maka empedu akan masuk ke lambung dan mengakibatkan peradangan dan gastritis (Perry & Potter, 2005).

j. Faktor lain

Gastritis sering dihubungkan dengan kondisi kesehatan lain seperti HIV/ AIDS, infeksi parasit, dan gagal hati atau ginjal (Ester, 2002).

3. 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 faktor luar seperti bahan kimia (lisol, alkohol, rokok, kafein, lada, steroid), iritasi mekanis, bakterial, obat analgetik, obat antiinflamasi 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 terdiri 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 perniosis berkembang pada proses ini. Gastritis kronis tipe B berhubungan dengan infeksi Helicobacter pylori yang menimbulkan ulkus pada dinding lambung (Smeltzer & Bare , 2002).

4. Manifestasi Klinis

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 :

- a. Hematemesis dan melena yang berlangsung sangat hebat hingga terjadi syok karena kehilangan darah.
- b. 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 .
- c. Gastritis akut terkadang disertai dengan mual dan muntah.
- d. Perdarahan saluran cerna sering merupakan satu-satunya gejala.
- e. Kasus yang sangat ringan perdarahan bermanifestasi sebagai darah samar pada tinja dan secara fisik dijumpai tanda anemia defisiensi dengan etiologi yang tidak jelas.
- f. Pemeriksaan fisik biasanya tidak menemukan kelainan kecuali yang mengalami perdarahan hebat sehingga menimbulkan tanda dan gejala gangguan hemodinamik nyata, seperti hipotensi, pucat, keringat dingin, takikardia sampai gangguan kesadaran.

Gastritis Kronis

Gastritis kronis terdapat beberapa gejala meliputi bervariasi dan tidak jelas, perasaan penuh, anoreksia, distres epigastrik yang tidak nyata, dan cepat kenyang (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 pemakaian yang berlebihan mengakibatkan gastritis dan tukak peptik. Pemberian aspirin menurunkan sekresi bikarbonat dan mucus oleh lambung sehingga kemampuan faktor defensif terganggu (Hudak & Gallo, 1996).

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 psikologis maupun fisiologis yang berkepanjangan menyebabkan gastritis. Penyebab yang paling umum gastritis akut adalah infeksi. Patogen termasuk *Helicobacter pylori*, *Escherichia coli*, *Proteus*, *Haemophilus*, *Streptokokus*, dan stafilocokus. Infeksi bakteri lambung jarang terjadi tetapi dapat mengancam kehidupan. Lapisan mukos 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.

b. **Gastritis Kronis**

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

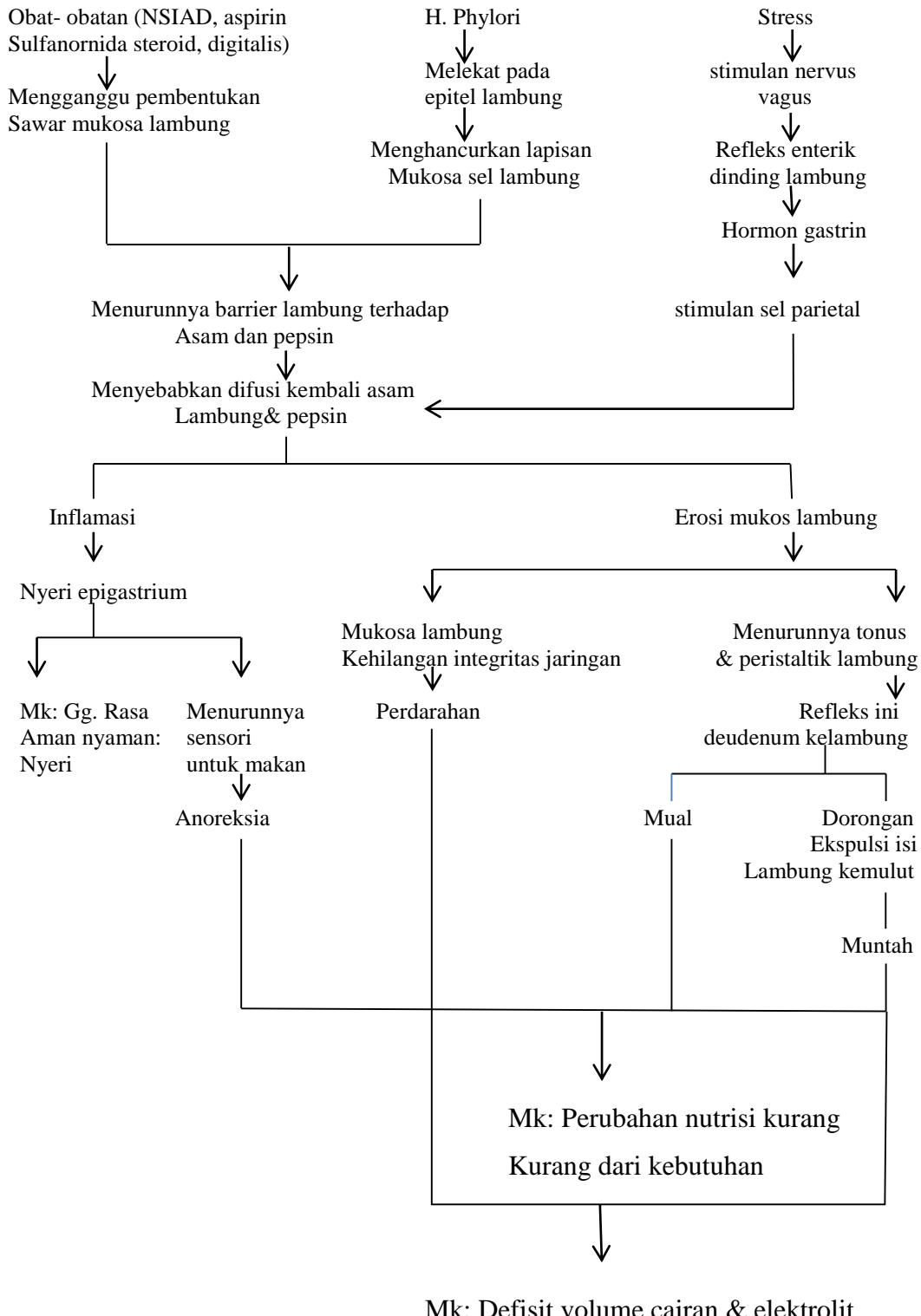
1) **Gastritis Kronis Tipe A**

Gastritis tipe A atau gastritis autoimun diakibatkan karena perubahan sel parietal yang menimbulkan atrofi dan infiltrasi sel. Hal ini dihubungkan dengan penyakit autoimun seperti anemia perniosis dan terjadi pada fundus atau korpus lambung.

2) **Gastritis Kronis 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. Sistem kekebalan tubuh akan merespons infeksi bakteri Helicobacter pulori dengan mengirimkan butir-butir leukosit, sel T-killer, dan melawan infeksi lainnya. Sistem kekebalan tidak semuanya mampu melawan infeksi Helicobacter pylori sebab tidak dapat menembus lapisan lambung. Sistem kekebalan tidak dapat dibuang sehingga respons kekebalan terus meningkat dan tumbuh. Polymorph akan mati dan mengeluarkan senyawa perusak radikal superoksida pada sel lapisan lambung. Pengiriman 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).

6. Pathway Gastritis



Gambar 2.3

Pathway

7. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksaan gastritis secara umum adalah menghilangkan faktor utama, yaitu etiologinya, diet dengan porsi kecil dan sering, serta obat-obatan. Namun, secara spesifik penatalaksaan 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 intraven.
- 3) Jika gastritis terjadi akibat menelan asam kuat atau alkali maka encerkan dan netralkan asam dengan antasida umum, misalnya alumunium 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 menetralisasi 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 farmakologi.
- 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 antibiotik (misalnya tetrasiklin atau amoxillin) dan garam bismuth (pepto bismol) atau terapi Helicobacter pylori. Terapi dalam mengatasi infeksi Helibacter pylori terdapat beberapa regimen. Paling sering digunakan adalah kombinasi antibiotik dan penghambat pompa proton. Terkadang ditambahkan bismuth subsalycilate. 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 pernafasan 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 kenyataannnya bakteri Helicobater pylori sudah hilang (Barret et al., 2015).

8. Farmakologi

Pengobatan gastritis menggunakan obat yang mengandung bahan efektif yang berfungsi menetralkan asam lambung dan tidak diserap ke dalam tubuh sehingga aman digunakan sesuai aturan pakai. Semakin banyak kadar antasida dalam obat maag maka semakin banyak asam yang dapat dinetralkan sehingga lebih efektif mengatasi gejala sakit gastritis dengan baik. Pengobatan gastritis bergantung pada penyebab (Hudak & Gallo, 1996).

Gastritis akut akibat mengonsumsi alkohol dan kopi secara berlebihan, OAINS dan kebiasaan merokok dapat sembuh dengan menghentikan konsumsi bahan tersebut. Gastritis kronis akibat infeksi bakteri *Helicobacter pylori* dapat diobati dengan terapi eradikasi *Helicobacter pylori*. Terapi eradikasi terdiri atas 2 macam pemberian antibiotik dan 1 macam penghambat produksi asam lambung, yaitu PPI (Proton pump inhibitor) (Rosa, 1993).

Mengurangi gejala iritasi dinding lambung oleh asam lambung penderita gastritis dengan cara pemberian obat yang membantu menetralkan atau mengurangi asam lambung sebagai berikut.

a. Antasida

Obat bebas berbentuk cairan atau tablet dan merupakan obat yang umum dipakai mengatasi gastritis ringan. Antasida menetralkan asam lambung sehingga cepat mengobati gejala. Contoh merk dagang antasida yang ada dipasaran, seperti promag dan mylanta.

b. Penghambat asam (acid blocker)

Antasida tidak cukup untuk mengobati gejala maka perlu obat penghambat asam, antara lain simetidin, ranitidin, atau famotidin.

c. Penghambat pompa proton (proton pump inhibitor)

Obat bekerja mengurangi asam lambung dengan cara menghambat pompa kecil dalam sel penghasil asam. Jenis obat yang tergolong penghambat pompa proton adalah omeprazole, lanzoprazole, esomeprazol, dan rabeprazole. Mengatasi infeksi bakteri *Helicobacter*

pylori menggunakan obat golongan penghambat pompa proton yang dikombinasi dengan antibiotik (Ester, 2002).

9. Pemeriksaan Diagnostik

a. Pemeriksaan darah

Pemeriksaan darah berfungsi untuk memeriksa keberadaan *Helicobacter pylori* dalam darah. Hasil pemeriksaan bernilai positif menunjukkan bahwa pasien pernah kontak dengan bakteri pada suatu waktu dalam hidup, terapi tidak menunjukkan bahwa pasien tersebut terkena infeksi. Pemeriksaan darah juga berguna untuk memeriksa anemia yang terjadi akibat perdarahan lambung karena gastritis (Price& Wilson, 1995).

b. Uji napas urea

Uji napas merupakan metode diagnostik berdasarkan prinsip bahwa urea diubah oleh urease *Helicobacter pylori* dalam lambung menjadi amonia dan karbon dioksida (CO_2). CO_2 dengan segera diabsorpsi melalui dinding lambung dan dapat terdeteksi dalam udara ekspirasi (Kowalak, Welsh, & Mayer, 2011).

c. Pemeriksaan feses

Pemeriksaan feses bertujuan memeriksa keberadaan bakteri *Helicobacter pylori* dalam feses. Hasil pemeriksaan positif dapat mengindikasikan terjadinya infeksi pemeriksaan juga dilakukan terhadap darah dalam feses yang menunjukkan adanya perdarahan dalam lambung (Mitchell & Abbas, 2008).

d. Endoskopi saluran cerna bagian atas

Endoskopi saluran cerna bagian atas bertujuan melihat adanya ketidaknormalan pada saluran cerna bagian atas yang mungkin tidak terlihat pada pemeriksaan sinar-X. Endoskopi ini dilakukan dengan cara memasukkan sebuah slang kecil yang fleksibel (endoskop) melalui mulut dan masuk ke dalam esofagus, lambung dan bagian bagian atas usus kecil. Tenggorok lebih dahulu dianestesi sebelum endoskop dimasukkan untuk memastikan pasien merasa nyaman

menjamin tes ini. Jika terdapat jaringan dalam saluran cerna yang terlihat mencurigakan maka akan diambil sedikit sampel (biopsi) dari jaringan tersebut. Sampel tersebut kemudian dibawa ke laboratorium untuk diperiksa. Tes ini memerlukan waktu sekitar 20 hingga 30 menit. Pasien biasanya tidak langsung diminta pulang ketika tes ini selesai, tetapi harus menunggu hingga efek anestesi menghilang sekitar satu atau dua jam. Hampir tidak ada risiko akibat tes ini. Komplikasi yang sering terjadi adalah rasa tidak nyaman pada tenggorok akibat menelan endoskop (Sherwood, 2014).

e. Rontgen saluran cerna bagian atas

Rontgen saluran cerna bagian atas bertujuan melihat adanya tandanya gastritis atau penyakit pencernaan lain. Pasien diminta menelan cairan barium terlebih dulu sebelum dilakukan rontgen. Cairan barium akan melapisi saluran cerna dan akan terlihat lebih jelas ketika di rontgen (Guyton & Hall, 2013).

f. Analisis lambung

Analisis lambung bertujuan mengetahui sekresi asam dan merupakan teknik untuk menegakkan diagnosis penyakit lambung. Slang nasogastric dimasukkan ke lambung dan dilakukan aspirasi lambung puasa untuk dianalisis. Analisis lambung bermanfaat untuk menegakkan diagnosis sindrom Zollinger-Ellison (tumor pankreas yang menyekresi gastrin dalam jumlah besar yang dapat menyebabkan asiditas) (Price & Wilson, 1995).

g. Analisis stimulasi

Analisis stimulasi dilakukan dengan mengukur pengeluaran asam maksimal (maximal acid output) setelah pemberian obat perangsang sekresi asam seperti histamin atau pentagastrin. Tes ini untuk mengetahui terjadinya aklorhidria atau tidak (Kowalak, Welsh, & Mayer, 2011).

D. Tinjauan Konsep Keluarga

Salah satu aspek yang penting dalam keperawatan adalah keluarga. Keluarga adalah unit terkeci dalam masyarakat merupakan klien keperawatan atau si penerima asuhan keperawatan. Keluarga berperan dalam menentukan cara asuhan yang diperlukan anggota keluarga yang sakit. Keberhasilan keperawatan di rumah sakit dapat menjadi sia-sia jika tidak dilanjutkan oleh keluarga. Secara empiris dapat dikatakan bahwa kesehatan anggota keluarga dan kualitas kehidupan keluarga menjadi sangat berhubungan atau signifikan.

1. Definisi Keluarga

Keluarga berasal dari bahasa Sansekerta: kula dan warga “kulawarga” yang berarti “anggota” kelompok kerabat. Keluarga adalah lingkungan di mana beberapa orang yang masih memiliki hubungan darah.

Keluarga merupakan kesatuan dari orang-orang yang terikat dalam perkawinan, ada hubungan darah, atau adopsi dan tinggal dalam satu rumah (Friedman, 1998).

Keluarga merupakan satu kelompok atau sekumpulan manusia yang hidup bersama sebagai satu kesatuan unit masyarakat yang terkecil dan biasanya tidak selalu ada hubungan darah, ikatan perkawinan, atau ikatan lain. Mereka hidup bersama dalam satu rumah, dibawah asuhan seorang kepala keluarga dan makan dari satu periuk.

Menurut Salvacion dan Celis (1998) di dalam keluarga terdapat dua atau lebih dari dua pribadi yang tergabung karena hubungan darah hubungan perkawinan atau pengangkatan, dihidupnya dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan didalam perannya masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu kebudayaan.

Menurut Burgess (1963) memberikan pandangan tentang definisi keluarga yang berorientasi kepada tradisi, yaitu :

- a. Keluarga terdiri dari orang-orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan, darah dan ikatan adopsi.
- b. Anggota sebuah keluarga biasanya hidup bersama-sama dalam satu rumah tangga atau jika mereka hidup secara terpisah mereka tetap menganggap rumah tangga tersebut sebagai rumah mereka.

- c. Anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran-peran sosial keluarga seperti halnya peran sebagai suami istri, peran sebagai ayah dan ibu, peran sebagai suami istri, peran sebagai anak laki-laki dan anak perempuan .
- d. Keluarga bersama-sama menggunakan kultur yang sama yaitu: kultur yang diambil dari masyarakat dengan beberapa ciri unik tersendiri.

2. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (1986) adalah :

a. Fungsi Afektif

Fungsi afektif adalah fungsi internal keluarga sebagai dasar kekuatan keluarga. Didalamnya terkait dengan saling mengasihi, saling mendukung dan saling menghargai antar anggota keluarga.

b. Fungsi Sosialisasi

Fungsi sosialisasi adalah fungsi yang mengembangkan proses interaksi dalam keluarga. Sosialisasi dimulai sejak lahir dan keluarga merupakan tempat individu untuk belajar bersosialisasi.

c. Fungsi Reproduksi

Fungsi reproduksi adalah fungsi keluarga untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia.

d. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi adalah fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarganya yaitu: sandang, pangan dan papan .

e. Fungsi Perawatan Kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan adalah fungsi keluarga untuk mencegah terjadinya masalah kesehatan dan merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan.

3. Tipe dan Bentuk Keluarga

a. Tipe keluarga

Ada beberapa tipe keluarga yakni :

- 1) Keluarga inti, yang terdiri dari suami, istri dan anak atau anak-anak.
- 2) Keluarga konjugal, yang terdiri dari pasangan dewasa (ibu dan ayah) dan anak-anak mereka, dimana terdapat interaksi dengan kerabat dari salah satu atau dua pihak orang tua.
- 3) Selain itu terdapat juga keluarga luas yang ditarik atas dasar garisketurunan di atas keluarga aslinya. Keluarga luas ini meliputi hubungan antara paman, bibi, keluarga kakek, dan keluarga nenek.

b. Bentuk keluarga

Ada dua macam bentuk keluarga dilihat dari bagaimana keputusan diambil, yaitu berdasarkan lokasi dan berdasarkan pola otoritas.

1) Berdasarkan lokasi

- a) Adat Utrolokal, yaitu adat yang memberi kebebasan kepada sepasang suami istri untuk memilih tempat tinggal, baik itu disekitar kediaman kaum kerabat suami ataupun disekitar kediaman kaum kerabat istri.
- b) Adat Virilokal, yaitu adat yang menentukan bahwa sepasang suami istri diharuskan menetap disekitar pusat kediaman kaum kerabat suami.
- c) Adat Uxurilokal, yaitu adat yang menentukan bahwa sepasang suami istri harus tinggal disekitar kediaman kaum kerabat istri.
- d) Adat Bilokal, yaitu adat yang menentukan bahwa sepasang suami istri dapat tinggal di sekitar pusat kediaman kerabat suami pada masa tertentu, dan disekitar pusat kediaman kaum kerabat istri pada masa tertentu pula (bergantian).
- e) Adat Neolokal, yaitu adat yang menentukan bahwa sepasang suami istri dapat menempati tempat yang baru, dalam arti kata tidak berkelompok bersama kaum kerabat suami maupun istri.

- f) Adat Avunkulokal, yaitu adat yang mengharuskan sepasang suami istri untuk menetap di sekitar tempat kediaman saudara laki-laki ibu (avunculus) dari pihak suami.
- 2) Berdasarkan pola otoritas
- a) Patriarkal, yakni otoritas di dalam keluarga dimiliki oleh laki-laki (laki-laki tertua, umumnya ayah)
 - b) Matriarkal, yakni otoritas didalam keluarga dimiliki oleh perempuan (perempuan tertua, umumnya ibu)
 - c) Equalitarian, suami dan istri berbagi otoritas secara seimbang.

4. Macam-Macam Struktur Keluarga

- a. Tradisional:
 - 1) *The nuclear family* (keluarga inti), yaitu keluarga yang terdiri dari suami, istri, dan anak.
 - 2) *The dyad family*, yaitu keluarga yang terdiri dari suami dan istri (tanpa anak) yang hidup bersama dalam satu rumah.
 - 3) *Keluarga usila*, yaitu keluarga yang terdiri dari suami istri yang sudah tua dengan anak sudah memisahkan diri.
 - 4) *The childless family*, yaitu keluarga tanpa anak karena terlambat menikah dan untuk mendapatkan anak terlambat waktunya, yang disebabkan karena mengejar karir/pendidikan yang terjadi pada wanita.
 - 5) *The extended family* (keluarga luas/besar), yaitu keluarga yang terdiri dari tiga generasi yang hidup bersama dalam satu rumah seperti nuclear family disertai: paman, tante, orang tua (kakak-nenek), keponakan, dll.
 - 6) *The single-parent family* (keluarga duda/ janda), yaitu keluarga yang terdiri dari satu orangtua (ayah dan ibu) dengan anak, hal ini terjadi biasanya melalui proses penceraian, kematian dan ditinggalkan (menyalahi hukum pernikahan).

- 7) *Coummuter family*, yaitu kedua orang tua bekerja di kota yang berbeda, tetapi salah satu kota tersebut sebagai tempat tinggal dan orang tua yang bekerja diluar kota bisa berkumpul pada anggota keluarga pada saat akhir pekan (week-end).
- 8) *Multigenerational family*, yaitu keluarga dengan beberapa generasi atau kelompok umur yang tinggal bersama dalam satu rumah.
- 9) *Kin-network family*, yaitu beberapa keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah atau saling berdekatan dan saling menggunakan barang- barang dan pelayanan yang sama. Misalnya : dapur, kamar mandi, televisi, telpon, dll.
- 10) *The single adult living alone/ single adult family*, yaitu keluarga yang terdiri dari orang dewasa yang hidup sendiri karena pilihannya atau perpisahan (separasi), seperti : penceraian atau ditinggal mati.

5. Peranan Keluarga

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

Berbagai peranan yang terdapat didalam keluarga adalah sebagai berikut:

- a. Peranan ayah: ayah sebagai suami dari istri, berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung, dan pemberi rasa aman, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya.
- b. Peranan ibu: sebagai istri dan ibu dari anak- anaknya, ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak- anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya, serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu juga dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya.

- c. Peranan anak: anak-anak melaksanakan peranan psiko-sosial sesuai dengan tingkat perkembangannya, baik fisik, mental, sosial dan spiritual.

6. Fungsi Perawatan Kesehatan

Fungsi lain keluarga adalah fungsi perawatan kesehatan. Selain keluarga menyediakan makanan, pakaian dan rumah, keluarga juga berfungsi melakukan asuhan kesehatan terhadap anggotanya baik untuk mencegah terjadinya gangguan maupun merawat anggota yang sakit. Keluarga juga menentukan kapan anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan memerlukan bantuan atau pertolongan tenaga 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) :

- a. Mengenal masalah kesehatan
- b. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat
- c. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit
- d. Mempertahankan suasana rumah yang sehat
- e. Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat.

7. Tahap Perkembangan Keluarga dan Tugas Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan keluarga adalah tantangan emosional dan intelektual yang harus dihadapi oleh sebuah keluarga. Meskipun setiap keluarga melalui tahapan perkembangan secara unik, namun secara umum seluruh keluarga mengikuti pola yang sama (Rodgers cit Friedman, 1998) :

- a. Tahap pasangan menikah dan belum memiliki anak (beginning family)

Pada tahap ini, pria dan wanita akan saling melakukan penyesuaian atas sifat dari masing-masing individu yang baru menjalin pernikahan dan meninggalkan (psikologis) keluarga masing-masing. Tugas perkembangan pada fase ini adalah:

- 1) Membina hubungan intim yang memuaskan
 - 2) Membina hubungan dengan keluarga lain, teman, kelompok sosial
 - 3) Mendiskusikan rencana memiliki anak
- b. Tahap kelahiran anak pertama (child bearing family)

Tahap ini terjadi ketika pasangan suami-istri tengah menantikan kelahiran anak pertamanya. Tahap perkembangan keluarga ini akan berlangsung hingga anak kemudian lahir dan berusia hingga 30 bulan. Tugas perkembangan pada fase ini adalah:

- 1) Mempersiapkan diri untuk menjadi orangtua
 - 2) Adaptasi dengan perubahan anggota keluarga, peran, interaksi, hubungan sexual dan kegiatan keluarga
 - 3) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan pasangan
- c. Keluarga dengan anak pra-sekolah

Tahap perkembangan keluarga ini dimulai saat anak berusia 2,5 tahun hingga 5 tahun. Di fase ini, beberapa keluarga juga mulai memiliki anak kedua sehingga orangtua harus membagi fokus antara menyiapkan keperluan anak sekolah dengan kebutuhan anak kedua yang masih bayi.

- 1) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga, seperti kebutuhan tempat tinggal, privasi dan rasa aman
- 2) Membantu anak untuk bersosialisasi
- 3) Beradaptasi dengan anak yang baru lahir, sementara kebutuhan anak yang lain juga harus terpenuhi
- 4) Mempertahankan hubungan yang sehat, baik di dalam maupun di luar keluarga (keluarga lain dan lingkungan sekitar)
- 5) Pembagian waktu untuk individu, pasangan dan anak
- 6) Pembagian tanggung jawab anggota keluarga
- 7) Kegiatan dan waktu untuk stimulasi tumbuh dan kembang anak.

- d. Keluarga dengan anak sekolah

Tahap ini bisa dibilang sebagai tahap perkembangan keluarga dengan aktivitas paling sibuk. Saat ini, anak tertua akan berusia 6-12 tahun dengan aktivitas yang padat, begitu pula orangtua yang harus

bekerja atau beraktivitas dengan agendanya sendiri. Umumnya keluarga sudah mencapai jumlah anggota keluarga maksimal, sehingga keluarga sangat sibuk:

- 1) Membantu sosialisasi anak: tetangga, sekolah dan lingkungan
 - 2) Mempertahankan keintiman pasangan
 - 3) Memenuhi kebutuhan dan biaya kehidupan yang semakin meningkat, termasuk kebutuhan untuk meningkatkan kesehatan anggota keluarga.
- e. Keluarga dengan anak remaja

Remaja di sini adalah anak yang berusia mulai dari 13 tahun dan biasanya berakhir sampai 6-7 tahun kemudian yaitu pada saat anak meninggalkan rumah orangtuanya. Tujuan keluarga ini adalah melepas anak remaja dan memberi tanggung jawab serta kebebasan yang lebih besar untuk mempersiapkan diri menjadi lebih dewasa:

- 1) Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab, mengingat remaja sudah bertambah dewasa dan meningkat otonominya
- 2) Mempertahankan hubungan yang intim dalam keluarga
- 3) Mempertahankan komunikasi terbuka antara anak dan orangtua. Hindari perdebatan, kecurigaan dan permusuhan
- 4) Perubahan sistem peran dan peraturan untuk tumbuh kembang keluarga.

f. Keluarga dengan anak dewasa (pelepasan)

Tahap perkembangan keluarga ini dimulai saat anak pertama memutuskan keluar dari rumah orangtua dan berakhir pada saat anak terakhir meninggalkan rumah. Lamanya tahap ini tergantung dari jumlah anak dalam keluarga, atau jika ada anak yang belum berkeluarga dan tetap tinggal bersama orangtua:

- 1) Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar
- 2) Mempertahankan keintiman pasangan
- 3) Membantu orangtua suami/istri yang sedang sakit dan memasuki masa tua

- 4) Membantu anak untuk mandiri di masyarakat
- 5) Penataan kembali peran dan kegiatan rumah tangga.

g. Keluarga usia pertengahan

Tahap perkembangan keluarga memasuki masa-masa akhir ketika anak terakhir telah meninggalkan rumah atau orangtua menjelang waktu pensiun atau salah satu pasangan meninggal.

- 1) Mempertahankan kesehatan
- 2) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan teman sebaya dan anak-anak
- 3) Meningkatkan keakraban pasangan

h. Keluarga usia lanjut

Tahap perkembangan keluarga akan masuk kategori usia lanjut saat suami-istri telah pensiun hingga salah satunya meninggal dunia.

- 1) Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan
- 2) Adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, 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)

E. Tinjauan Asuhan Keperawatan Keluarga

Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien/ pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Di laksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, bersifat humanistic, dan berdasarkan pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien.

Menurut Ali (1997) proses keperawatan adalah metode asuhan keperawatan yang ilmiah, sistematis, dinamis, dan terus- menerus serta berkesinambungan dalam rangka pemecahan masalah kesehatan pasien/ klien, dimulai dari pengkajian (pengumpulan data, analisi data, dan penentuan masalah) diagnosis keperawatan, pelaksanaan , dan penilaian tindakan

keperawatan. Asuhan keperawatan diberikan dalam upaya memenuhi kebutuhan klien .

Menurut A Maslow ada lima kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan fisiologis meliputi oksigen, cairan, nutrisi, kebutuhan rasa aman dan perlindungan, kebutuhan rasa cinta dan saling memiliki, kebutuhan upaya memenuhi kebutuhan klien.

1. Pengkajian

a. Pengkajian keluarga model Friedman

Asumsi yang mendasarnya adalah keluarga sebagai sistem sosial, merupakan kelompok kecil dari masyarakat. Friedman memberikan batasan 6 kategori dalam memberikan pertanyaan- pertanyaan saat melakukan pengkajian:

- 1) Data pengenalan keluarga
- 2) Riwayat dan tahapan perkembangan keluarga
- 3) Data lingkungan
- 4) Struktur keluarga
- 5) Fungsi keluarga
- 6) Koping keluarga

b. Tahapan tahapan pengkajian

1) Penjajakan 1

Data data yang dikumpulkan pada penjajakan 1 antara lain :

- a) Data umum
- b) Riwayat dan tahapan perkembangan
- c) Lingkungan
- d) Struktur keluarga
- e) Fungsi keluarga
- f) Stress dan coping keluarga
- g) Harapan keluarga
- h) Data tambahan
- i) Pemeriksaan fisik

Dari hasil pengumpulan data tersebut maka akan dapat diidentifikasi masalah kesehatan yang dihadapi.

2) Penjajakan II

Pengkajian yang tergolong dalam penjajakan II diantaranya pengumpulan data-data yang berkaitan dengan ketidakmampuan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan sehingga dapat ditegakkan diagnosa keperawatan keluarga.

Adapun ketidakmampuan keluarga keluarga dalam menghadapi masalah diantaranya :

- a) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan
- b) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan
- c) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga
- d) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan
- e) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan

2. Analisa Data dan Perumusan Diagnosa Keperawatan

Analisa data merupakan kegiatan pemilihan data dalam rangka proses klasifikasi dan valisasi informasi untuk mendukung penegakkan diagnosa keperawatan keluarga yang akurat.

Diagnosa Keperawatan merupakan kumpulan pertanyaan, uraian dari hasil wawancara, pengamatan langsung dan pengukuran dengan menunjukkan status kesehatan mulai dari potensial, resiko tinggi, sampai masalah aktual.

Struktur diagnosa keperawatan keluarga :

- a. Problem/ masalah
- b. Etiologi/ penyebab
- c. Sign dan symptom/ tanda dan gejala.

3. Prioritas Masalah

Prioritas masalah didasari atas 3 komponen :

- a. Kriteria
- b. Bobot
- c. Pemberatan

Kriteria penilaian :

a. Sifat masalah terdiri atas :

- 1) Aktual dengan nilai 3
- 2) Resiko tinggi dengan nilai 2
- 3) Potensial dengan nilai 1

Pemberian mengacu pada masalah yang sedang terjadi, baru menunjukkan tanda dan gejala atau bahkan dalam kondisi kesehatan.

b. Kemungkinan masalah untuk diubah

- 1) Mudah dengan nilai 2
- 2) Sebagian dengan nilai 1
- 3) Tidak dapat dengan nilai 0

Pembenaran mengacu pada : masalah, sumber daya keluarga, sumber daya perawat dan sumber daya lingkungan.

c. Potensial masalah untuk dicegah

- 1) Tinggi dengan nilai 3
- 2) Cukup dengan nilai 2
- 3) Rendah dengan nilai 1

Pembenaran mengacu pada berat ringannya masalah, jangka waktu terjadinya masalah, tindakan yang akan dilakukan, kelompok resiko tinggi yang bisa dicegah.

d. Menonjolnya masalah

- 1) Segera diatasi dengan nilai 2
- 2) Tidak segera diatasi dengan nilai 1
- 3) Tidak dirasakan ada masalah dengan nilai 0

Pembenaran mengacu kepada persepsi keluarga terhadap masalah

4. Rencana Keperawatan

a. Pengertian

ANA (1995) mendefinisikan intervensi sebagai rencana tindakan perawat untuk kepentingan klien atau keluarga.

b. Menetapkan tujuan intervensi

- 1) Tujuan umum

Tujuan umum merupakan tujuan yang lebih menekankan pada pencapaian akhir sebuah masalah, dimana perubahan perilaku dari yang merugikan kesehatan kearah perilaku yang menguntungkan kesehatan. Tujuan umum ini lebih mengarah kepada kemandirian klien dan keluarga sebagai sasaran asuhan keperawatann keluarga.

2) Tujuan khusus

Tujuan khusus dalam rencana perawatan lebih menekankan pada pencapaian hasil dari masing- masing kegiatan.

c. Menetapkan intervensi

- 1) Rencana tindakan yang disusun harus berorientasi pada pemecahan masalah
- 2) Rencana tindakan yang dibuat dapat dilakukan mandiri oleh keluarga
- 3) Rencana tindakan yang dibuat berdasarkan masalah kesehatan
- 4) Rencana tindakan sederhana dan mudah dilakukan
- 5) Rencana tindakan perawatan dapat dilakukan secara terus menerus oleh keluarga

d. Domain intervensi

Ada tiga domain yang bisa kita gunakan dalam menyusun intervensi (Calgary), yaitu :

1) Domain kognitif

Intervensi dengan domain kognitif ditunjukkan untuk memberikan informasi, gagasan, motivasi, dan saran kepada keluarga sebagai target asuhan keperawatan keluarga.

2) Domain afektif

Intervensi ini ditujukan membantu keluarga dalam berespon emosional, sehingga dalam keluarga terdapat perubahan sikap terhadap masalah yang dihadapi.

3) Domain psikomotor

Intervensi ini ditujukan untuk membantu anggota keluarga dalam perubahan perilaku yang merugikan ke perilaku yang menguntungkan.

5. Implementasi

Implementasi merupakan aktualisasi dari perencanaan yang telah disusun sebelumnya. Prinsip yang mendasari implementasi keperawatan keluarga antara lain :

- a. Implementasi mengacu pada rencana keperawatan yang dibuat.
- b. Implementasi dilakukan dengan tetap memperhatikan prioritas masalah.
- c. Kekuatan- kekuatan keluarga berupa finansial, motivasi, dan sumber-sumber pendukung lainnya jangan diabaikan.
- d. Pendokumentasian implementasi keperawatan keluarga jangan terlupakan dengan menyertakan tanda tangan petugas sebagai bentuk tanggung gugat jawab profesi.

6. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahapan terakhir dari proses leperawatan keluarga. Evaluasi merupakan tahapan yang menentukan apakah tujuan dapat tercapai sesuai yang ditetapkan dalam tujuan direncana keperawatan.

Evaluasi ada 2 yaitu evaluasi kuantitatif dan kualitatif. Dalam evaluasi kuantitatif menekankan pada jumlah pelayanan atau kegiatan yang telah diberikan. Evaluasi kuantitatif kelemahannya hanya mementingkan jumlah,padahal belum tentu banyaknya kegiatan yang dilakukan akan berbanding lurus dengan hasil yang memuaskan.

Evaluasi kualitatif dapat dilihat pada :

a. Evaluasi struktur

Berhubungan dengan tenaga atau bahan yang diperlukan dalam suatu kegiatan, contoh : sumber- sumber keluarga, penyediaan media untuk keluarga .

b. Evaluasi proses

Evaluasi yang dilakukan selama kegiatan berlangsung, contoh : waktu pelaksanaan tepat, keluarga antusias saat penyuluhan berlangsung.

c. Evaluasi hasil

Merupakan hasil dari pemberian asuhan keperawatan, contoh : keluarga mampu menyebutkan kembali pengertian gastritis dengan menggunakan bahasa sendiri, keluarga mampu mendemonstrasikan cara mengompres yang benar .

7. Catatan Perkembangan

Catatan perkembangan keperawatan keluarga merupakan indikator keberhasilan tindakan keperawatan yang diberikan pada keluarga oleh petugas kesehatan. Karakteristik evaluasi dengan pedoman SOAP memberikan tuntutan pada perawat dengan uraian sebagai berikut :

a. Subjektif

Pernyataan atau uraian keluarga, klien atau sumber lain tentang perubahan yang dirasakan baik kemajuan ataupun kemunduran setelah diberikan tindakan keperawatan.

b. Objektif

Data yang bisa diamati dan diukur melalui teknik observasi, palpasi, perkusi atau auskultasi sehingga dapat dilihat kemajuan atau kemunduran pada sasaran perawatan sebelum dan setelah diberikan tindakan keperawatan.

c. Analisa

Pernyataan yang menunjukkan sejauh mana masalah masalah keperawatan dapat tertanggulangi.

d. Planing

Rencana yang ada dalam catatan perkembangan merupakan rencana rencana tindakan hasil evaluasi tentang dilanjutkan atau tidak rencana tersebut sehingga diperlukan inovasi dan memodifikasi bagi perawat.

Keluarga mampu mengambil keputusan untuk mengatasi gastritis: Menjelaskan akibat yang terjadi bila gastritis tidak diatasi.