

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Teori kebutuhan dasar manusia

Menurut Abraham Maslow di dalam (Haswita & Reni, 2017) teori hierarki kebutuhan dasar manusia dikenal dapat dikembangkan untuk menjelaskan kebutuhan dasar manusia sebagai berikut:

- a. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar, yaitu kebutuhan fisiologis seperti oksigen, cairan (minuman), nutrisi (makanan), keseimbangan suhu tubuh, eliminasi, tempat tinggal, istirahat dan tidur, serta kebutuhan seksual.
- b. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologi. Perlindungan fisik meliputi atas ancaman tubuh atau hidup. Ancaman tersebut dapat berupa penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan dan sebagainya. Perlindungan psikologi yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru atau asing. Misalnya, kekhawatiran yang dialami seseorang ketika pertama kali masuk sekolah karena merasa terancam oleh keharusan untuk berinteraksi dengan orang lain dan sebagainya.
- c. Kebutuhan rasa cinta serta rasa memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, mendapatkan kehangatan keluarga, memiliki sahabat, diterima oleh kelompok sosial dan sebagainya.
- d. Kebutuhan akan harga diri maupun perasaan dihargai oleh orang lain. Kebutuhan ini berkaitan dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri, dan kemerdekaan diri. Selain itu, orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain.
- e. Kebutuhan aktualisasi diri, merupakan kebutuhan tertinggi dalam Hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain atau lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya.

2. Teori Kebutuhan Nyeri

a. Definisi kebutuhan nyeri

Nyeri merupakan sensasi yang rumit, unik, universal, dan bersifat individual. Dikatakan bersifat individual karena respons individu terhadap sensasi nyeri beragam dan tidak bisa disamakan satu dengan lainnya. Nyeri diartikan berbeda-beda antar individu, tergantung pada persepsinya. Walaupun demikian, ada satu kesamaan mengenai persepsi nyeri. Secara sederhana, nyeri dapat diartikan sebagai suatu sensasi yang tidak menyenangkan baik secara sensori maupun emosional yang berhubungan dengan adanya suatu kerusakan jaringan atau faktor lain, sehingga individu merasa tersiksa, menderita yang akhirnya akan mengganggu aktivitas sehari-hari, psikis, dan lain-lain. Hal tersebut menjadi dasar bagi perawat dalam mengatasi nyeri pada klien (Asmadi, 2008).

b. Fisiologi nyeri

Bagaimana nyeri merambat dan dipersepsikan oleh individu masih belum sepenuhnya dimengerti. Akan tetapi, bisa tidaknya nyeri dirasakan dan hingga derajat mana nyeri tersebut mengganggu dipengaruhi oleh interaksi antara sistem algesia tubuh dan transmisi sistem saraf serta interpretasi stimulus.

Terjadinya nyeri berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri yang dimaksud adalah nociceptor, merupakan ujung-ujung saraf sangat bebas yang memiliki sedikit atau bahkan tidak memiliki myelin, yang tersebar pada kulit dan mukosa, khususnya pada viscera, persendian, dinding arteri, hati, dan kandung empedu. Reseptor nyeri dapat memberikan respon akibat adanya stimulasi atau rangsangan. Proses tersebut terdiri atas empat fase, yakni:

1) Transduksi

Pada fase ini, stimulus atau rangsangan yang membahayakan (mis. bahan kimia, suhu, listrik) memicu mediator biokimia (mis. prostaglandin, bradikinin, histamin) yang mensensitisasi nosiseptor.

2) Tranmisi

Fase tranmisi nyeri terdiri atas tiga bagian. Pada bagian pertama, nyeri merambat dari serabut saraf perifer ke medulla spinalis dua jenis serabut yang terlibat dalam proses tersebut adalah serabut C yang mentranmisikan nyeri tumpul dan menyakitkan, serta serabut A-Delta yang mentranmisikan nyeri yang tajam dan terlokalisasi. Bagian kedua adalah tranmisi nyeri dari medulla spinalis menuju batang otak dan thalamus melalui jaras spinotalamikus (spinotalamikus tract (STT)). STT merupakan sistem diskriminatif yang membawa informasi mengenai sifat dan lokasi stimulus ke thalamus. Selanjutnya pada bagian ketiga, sinyal tersebut di teruskan ke korteks sensorik somatik tempat nyeri di persepsikan. Impuls yang ditranmisikan melalui STT mengaktifkan respon otonomi dan limbik.

3) Persepsi

Pada fase ini individu mulai menyadari adanya nyeri. Tampaknya persepsi nyeri tersebut terjadi di struktur korteks sehingga memungkinkan munculnya berbagai strategi perilaku-kognitif untuk mengurangi komponen sensorik dan afektif nyeri.

4) Modulasi

Fase ini disebut juga “sistem desenden”. Pada fase ini, neuron di batang otak mengirimkan sinyal-sinyal kembali ke medulla spinalis. Serabut desenden tersebut melepaskan substansi seperti opioid, serotonin, dan norepinefrin yang akan menghambat impuls asenden yang membahayakan dibagian dorsal medulla spinalis (Mubarak & Chayatin, 2007).

c. Faktor yang mempengaruhi nyeri

1) Etnik dan nilai budaya

Latar belakang etnik dan budaya merupakan faktor yang mempengaruhi reaksi terhadap nyeri dan ekspresi nyeri. Sebagai contoh, individu dari budaya tertentu cenderung ekspresif dalam mengungkapkan nyeri, sedangkan individu dari budaya lain justru

lebih memilih menahan perasaan mereka dan tidak ingin merepotkan orang lain.

2) Tahap perkembangan

Usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan variable penting yang akan mempengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri.

3) Lingkungan dan individu pendukung

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan dan aktivitas yang tinggi di lingkungan dapat memperberat rasa nyeri. Selain itu, dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu faktor penting yang mempengaruhi persepsi nyeri individu.

4) Pengalaman nyeri sebelumnya

Pengalaman nyeri yang lalu juga berpengaruh terhadap persepsi nyeri individu dan kepekaannya terhadap nyeri. Individu yang mengalami nyeri atau menyaksikan penderitaan orang terdekatnya saat mengalami nyeri cenderung merasa terancam dengan peristiwa nyeri yang akan terjadi dibandingkan individu lain yang belum pernah mengalaminya.

5) Ansietas dan stress

Ansietas sering kali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa di sekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri (Mubarak & Chayatin, 2007).

d. Penatalaksanaan nyeri farmakologis dan non-farmakologis

1) Terapi nyeri farmakologis

Analgetik merupakan metode yang paling umum mengatasi nyeri. Ada tiga jenis pengobatan yang bisa digunakan untuk mengendalikan nyeri, yaitu:

- a) Opioid, analgetik opioid bekerja dengan cara melekat pada diri pada reseptor-reseptor nyeri spieripik di dalam SSP.

b) Analgesik nonopioid, asetaminofen dan aspirin adalah dua jenis analgetik nonopioid yang paling sering digunakan. Obat-obatan ini bekerja terutama pada tingkat perifer untuk mengurangi nyeri.

c) Adjuvant, adjuvan bukan merupakan analgetik yang sebenarnya, tetapi zat tersebut dapat membantu jenis-jenis nyeri tertentu, terutama nyeri kronis.

Efek samping tanda-tanda dari reaksi yang tidak diinginkan mungkin tidak dikenali karena tanda-tanda tersebut menggambarkan tanda-tanda gangguan pada lansia seperti konfusi, tremor, depresi, konstipasi, dan hilangnya nafsu makan (M. Black & Hokanson, 2014).

2) Terapi nyeri nonfarmakologis

a) Pijat

Usapan dipunggung merupakan metode memberikan stimulasi kutaneus. Hal ini terutama lebih rileks saat dilakukan menjelang tidur dan dapat menghambat nyeri sehingga memberikan kenyamanan saat tidur.

b) Kompres panas dan dingin

Reseptor panas dan dingin mengaktivasi serat-serat A-beta ketika temperatur mereka berada antara 4°–5° dari temperatur tubuh. Reseptor-reseptor ini mudah beradaptasi, membutuhkan temperatur untuk disesuaikan pada interval yang sering berkisar 5-15 menit. Pemberian panas merupakan cara baik dalam menurunkan atau meredakan nyeri. Kompres panas dapat diberikan dengan menghangatkan peralatan (seperti bantal pemanas, handuk hangat). Kompres dingin juga dapat menurunkan atau meredakan nyeri. es dapat digunakan untuk mengurangi atau meredakan nyeri untk mencegah atau mengurangi inflamasi.

c) *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*

Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) memberikan letupan listrik melalui kulit ke saraf superfisial dan

dalam. TENS telah terbukti menurunkan atau meredakan nyeri pada banyak individu.

d) Akupuntur

Jarum metal yang sangat tipis secara cermat ditusukkan ke dalam tubuh pada lokasi tertentu dan pada kedalaman dan sudut bervariasi. Kira-kira terdapat 1.000 titik akupuntur yang diketahui yang menyebar di seluruh permukaan tubuh dalam pola yang dikenal sebagai *meridian*.

e) Akupresur

Akupresur adalah metode noninvasif dari pengurangan atau peredaan nyeri yang berdasarkan pada prinsip akupuntur. Tekakan, pijatan, atau stimulasi kutaneus lainnya, seperti kompres panas dan dingin, diberikan pada titik-titik akupuntur.

f) Napas Dalam

Napas dalam untuk relaksasi mudah dipelajari dan berkontribusi dalam menurunkan atau meredakan nyeri dengan mengurangi tekanan otot dan ansietas.

g) Distraksi

Perhatian dihindarkan dari sensasi nyeri atau rangsangan emosi negatif yang dikaitkan dengan episode nyeri.

h) Musik

Individu yang kesakitan akan merasa rileks saat mendengarkan musik. Mekanisme fisiologis yang tepat, namun beberapa teori yang mungkin termasuk distraksi, pelepasan opioid endogen, atau disosiasi.

i) Hipnotis

Reaksi seseorang akan nyeri dapat diubah dengan signifikan melalui hipnotis. Hipnotis berbasis pada sugesti, disosiasi, dan proses memfokuskan perhatian (M. Black & Hokanson, 2014).

e. Respon terhadap nyeri

1) Makna nyeri

Nyeri memiliki makna yang berbeda bagi setiap orang, juga untuk orang yang sama disaat yang berbeda. Umumnya, manusia memandang nyeri sebagai pengalaman yang negatif, walaupun nyeri juga mempunyai aspek positif. Beberapa makna nyeri antara lain berbahaya atau merusak, menunjukkan adanya komplikasi (mis. infeksi), memerlukan penyembuhan, menyebabkan ketidakmampuan, merupakan hukuman akibat dosa, merupakan sesuatu yang harus ditoleransi (Mubarak & Chayatin, 2007).

2) Persepsi nyeri

Pada dasarnya, nyeri merupakan salah satu bentuk refleksi guna menghindari rangsangan dari luar tubuh, atau melindungi tubuh dari segala bentuk bahaya. Akan tetapi, jika nyeri itu terlalu berat atau berlangsung lama dapat berakibat tidak baik bagi tubuh, dan hal ini akan menyebabkan penderita menjadi tidak tenang dan putus asa (Mubarak & Chayatin, 2007).

3) Toleransi terhadap nyeri

Toleransi terhadap nyeri terkait dengan intensitas nyeri yang membuat seseorang sanggup menahan nyeri sebelum mencari pertolongan. Tingkat toleransi yang tinggi berarti bahwa individu mampu menahan nyeri yang berat sebelum ia mencari pertolongan (Mubarak & Chayatin, 2007).

4) Reaksi terhadap nyeri

Setiap orang memberikan reaksi yang berbeda terhadap nyeri. Ada orang yang menghadapinya dengan perasaan takut, gelisah, dan cemas, ada pula yang mananggapinya dengan sikap yang optimis dan penuh toleransi (Mubarak & Chayatin, 2007).

f. Insensitas nyeri

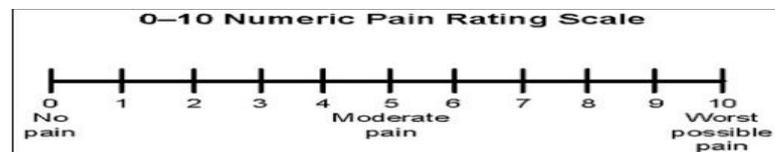
Nyeri tidak dapat diukur secara objektif, sehingga intensitas nyeri merupakan karakteristik yang sangat relatif. Oleh karena itu banyak tes,

skor, atau tingkatan angka dibuat untuk membantu dalam mengukur intensitas nyeri secara subjektif setepat mungkin (Asmadi, 2008).

g. Alat bantu menentukan skala nyeri

1) *Visual Analog Scale (VAS)* dan *Numeric Rating Scale (NRS)*

Penggunaan skala nyeri ini dengan cara pasien diminta untuk memberikan tanda pada garis angka yang menandakan intensitas nyeri yang dirasakan. Pada VAS, pemberian tanda semakin ke kiri berarti semakin tidak nyeri dan sebaliknya. Sementara pada NRS angka 0 menyatakan tidak ada nyeri dan angka 10 menandakan nyeri yang sangat berat.

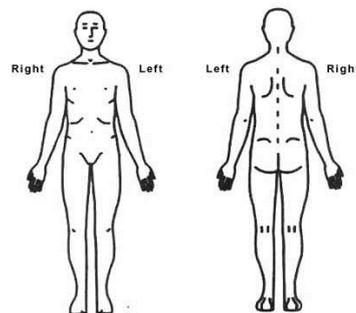


Sumber: (M. Black & Hokanson, 2014)

Gambar 2.1
Visual Analog Scale (VAS)

2) *Pain Diagram*

Diagram ini dapat digunakan untuk membantu menentukan letak posisi nyeri, seperti tipe nyeri yang dirasakan. Diagram dilengkapi dengan gambar tubuh manusia dan disertai intruksi mengenai tipe nyeri yang dirasakan.

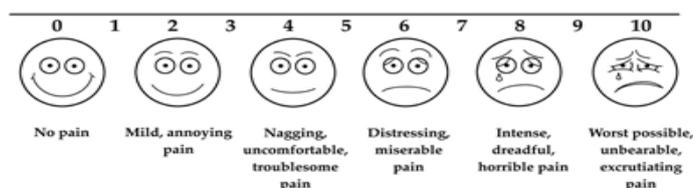


Sumber: (M. Black & Hokanson, 2014)

Gambar 2.2
Pain Diagram

3) *Face Pain Rating Scale*

Skala ini digunakan untuk evaluasi nyeri pada pasien pediatrik. Skala ini menggambarkan sketsa wajah masing-masing dengan nilai angka, dimulai dengan ekspresi senang, senyum sampai dengan sedih dan menangis dengan tidak nyeri sampai dengan nyeri sangat parah.



Sumber: (M. Black & Hokanson, 2014)

Gambar 2.3
Face Pain Rating Scale

B. Tinjauan Konsep Keluarga

1. Pengertian keluarga

Keluarga merupakan sistem dasar tempat perilaku dan perawatan kesehatan di atur, dilakukan dan dijalankan. Keluarga memiliki tanggung jawab utama dalam layanan kesehatan yaitu dengan memberikan informasi kesehatan (promosi kesehatan) dan perawatan kesehatan *preventif*, serta perawatan kesehatan lain bagi anggota keluarga yang sakit (Padila, 2015).

2. Tipe keluarga

Pembagian tipe ini bergantung kepada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokkan:

a. Keluarga tradisional

Secara tradisional keluarga dikelompokkan menjadi 2 yaitu:

- 1) Keluarga inti (*Nuclear Family*) adalah keluarga yang diperoleh dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.
- 2) Keluarga besar (*Extended Family*) adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek-nenek, paman-bibi) (Setiadi, 2008).

b. Keluarga modern

Berkembangnya individu dan meningkatnya rasa individualisme maka pengelompokan tipe keluarga selain di atas adalah:

1) *Tradisional Nuclear*

Keluarga inti (ayah, ibu, dan anak) tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja dirumah.

2) *Reconstituted Nuclear*

Pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anak-anak, baik itu bawaan dari perkawinan lama maupun hasil dari perkawinan baru.

3) *Niddle Age/Aging Couple*

Suami sebagai pencari uang, istri dirumah/kedua-duanya bekerja dirumah, anak-anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah/perkawinan/meniti karir.

4) *Dyadic Nuclear*

Suami atau istri yang sudah berumur dan tidak mempunyai anak yang keduanya atau salah satu bekerja dirumah.

5) *Single Parent*

Satu orang tua sebagai akibat perceraian atau kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal dirumah atau di luar rumah.

6) *Dual Carrier*

Suami istri atau keduanya orang karir dan tanpa anak.

7) *Commuter Married*

Suami istri keduanya orang karir dan tinggal terpisah pada jarak tertentu. Keduanya saling mencari pada waktu-waktu tertentu.

8) *Single Adult*

Wanita atau pria dewasa yang tinggal sendiri dengan tidak adanya keinginan untuk kawin.

9) *Three Generation*

Tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah.

10) *Institutional*

Anak-anak atau orang dewasa tinggal dalam suatu panti.

11) *Communal*

Satu rumah terdiri dari dua atau lebih pasangan yang monogami dengan anak-anaknya dan bersama-sama dalam penyediaan fasilitas.

12) *Group Marriage*

Satu perumahan terdiri dari orang tua dan keturunannya di dalam satu kesatuan keluarga dan tiap individu adalah kawin dengan yang lain dan semua adalah orang tua dari anak-anak.

13) *Unmarried Parent And Child*

Ibu dan anak dimana perkawinan tidak dikehendaki, anaknya diadopsi.

14) *Cohibing Couple*

Dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa kawin.

15) *Gay And Lesbian Family*

Keluarga yang dibentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama (Setiadi, 2008).

3. Struktur keluarga

a. Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga

- 1) Apakah anggota keluarga mengutarakan kebutuhan-kebutuhan dan perasaan mereka dengan jelas;
- 2) Apakah anggota keluarga memperoleh dan memberikan respons dengan baik terhadap pesan;
- 3) Apakah anggota keluarga mendengar dan mengikuti pesan;
- 4) Bahasa apa yang digunakan dalam keluarga;
- 5) Pola yang digunakan dalam berkomunikasi untuk menyampaikan pesan (langsung atau tidak langsung) dan;
- 6) Jenis-jenis disfungsi komunikasi apa yang terlihat dalam pola komunikasi keluarga (Padila, 2015).

b. Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku (Padila, 2015).

c. Struktur peran

Menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal (Padila, 2015).

d. Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai dan norma yang di anut oleh keluarga yang berhubungan dengan kesehatan (Padila, 2015).

4. Fungsi keluarga

a. Fungsi afektif

Hal yang perlu dikaji yaitu gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, bagaimana kehangatan tercipta pada keluarga dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai (Padila, 2015).

b. Fungsi sosialisasi

Dikaji bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya serta perilaku (Padila, 2015).

c. Fungsi ekonomi

Hal yang perlu dikaji adalah:

- 1) Sejahtera mana keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan, dan papan?
- 2) Sejahtera mana keluarga memanfaatkan sumber yang ada dimasyarakat dalam upaya peningkatan status kesehatan keluarga? (Padila, 2015).

d. Fungsi reproduksi

Hal yang perlu dikaji yaitu:

- 1) Berapa jumlah anak?
- 2) Apakah rencana keluarga berkaitan dengan jumlah anggota keluarga?
- 3) Metode yang digunakan keluarga upaya dalam mengendalikan jumlah anggota keluarga? (Padila, 2015).

e. Fungsi perawatan kesehatan

Menjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan serta merawat anggota keluarga yang sakit. Kesanggupan keluarga melaksanakan perawatan dilihat dari kemampuan keluarga dalam melaksanakan lima tugas keluarga, yaitu keluarga mampu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan melakukan tindakan, melakukan perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit, menciptakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan dan mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan dilingkungan setempat (Padila, 2015).

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 dan biasanya dikaji pada saat 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 sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana masalah dirasakan oleh keluarga, keluarga menyerah atau tidak terhadap masalah yang dihadapi, adakah rasa takut terhadap akibat atau adakah sikap negatif dari keluarga terhadap masalah kesehatan, bagaimana sistem 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 dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit.
- 4) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, 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 untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas kesehatan yang ada, keuntungan keluarga terhadap penggunaan fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, adakah pengalaman yang kurang baik yang dipersepsikan keluarga (Achjar, 2010).

5. Tahapan dan tugas keluarga

a. Tahap keluarga pemula (*beginning family*)

Keluarga baru/pasangan yang belum memiliki anak.

Tugas perkembangan keluarga:

- 1) Membangun perkawinan yang saling memuaskan;
- 2) Menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis;
- 3) Keluarga berencana (keputusan tentang kedudukan sebagai orang tua);
- 4) Menetapkan tujuan bersama;
- 5) Persiapan menjadi orang tua;
- 6) Memahami *prenatal care* (pengertian kehamilan, persalinan dan menjadi orang tua) (Padila, 2015).

b. Tahap keluarga sedang mengasuh anak (*child bearing*)

Keluarga dengan anak pertama berusia kurang dari 30 bulan.

Tugas perkembangan keluarga tahap ini adalah:

- 1) Membentuk keluarga muda sebagai unit yang mantap (integritas bayi dalam keluarga);
- 2) Rekonsiliasi tugas-tugas perkembangan yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga;
- 3) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan;
- 4) Memperluas persahabatan keluarga besar dengan menambah peran orangtua, kakek dan nenek;
- 5) Bimbingan orang tua tentang pertumbuhan dan perkembangan anak;

- 6) Konseling KB post partum 6 minggu;
- 7) Menata ruang untuk anak;
- 8) Menyiapkan biaya *Child bearing*;
- 9) Memfasilitasi *role learning* anggota keluarga;
- 10) Mengadakan kebiasaan keagamaan secara rutin (Padila, 2015).

c. Tahap keluarga dengan anak usia prasekolah

Keluarga dengan anak pertama berusia 30 bulan – 6 tahun

Tugas perkembangan keluarga:

- 1) Pemenuhan kebutuhan anggota keluarga seperti rumah, ruang bermain, privasi, dan keamanan;
- 2) Mensosialisasikan anak;
- 3) Mengintergrasikan anak yang baru dan memenuhi kebutuhan anak yang lain;
- 4) Mempertahankan hubungan yang sehat (hubungan perkawinan dan hubungan orangtua-anak) serta hubungan di luar keluarga (keluarga besar dan komunitas);
- 5) Pembagian waktu, individu, pasangan dan anak;
- 6) Pembagian tanggungjawab;
- 7) Merencanakan kegiatan dan waktu stimulasi tumbuh dan kembang anak (Padila, 2015).

d. Tahap keluarga dengan anak usia sekolah

Keluarga dengan anak pertama berusia 6-13 tahun

Tugas perkembangan keluarga:

- 1) Mensosialisasikan anak-anak, termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sehat;
- 2) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan;
- 3) Memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga;
- 4) Mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual;
- 5) Menyediakan aktivitas untuk anak (Padila, 2015).

e. Tahap keluarga dengan anak remaja

Keluarga dengan anak pertama berusia 13-20 tahun

Tugas perkembangan keluarga:

- 1) Memberikan keseimbangan antara kebebasan dan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri;
- 2) Memfokuskan kembali hubungan intim perkawinan;
- 3) Berkomunikasi secara terbuka antara orangtua dan anak-anak;
- 4) Mempersiapkan perubahan untuk memenuhi kebutuhan tumbuh dan kembang anggota keluarga (Padila, 2015).

f. Tahap keluarga dengan anak dewasa

Keluarga dengan anak pertama meninggalkan rumah

Tugas perkembangan keluarga:

- 1) Memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru dari perkawinan anak-anaknya;
- 2) Melanjutkan dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan;
- 3) Membantu orangtua lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami atau istri;
- 4) Membantu anak untuk mandiri sebagai keluarga baru dimasyarakat;
- 5) Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya;
- 6) Menciptakan lingkungan rumah yang dapat menjadi contoh bagi anak-anaknya (Padila, 2015).

g. Tahap keluarga usia pertengahan (*middle age family*)

Tugas perkembangan keluarga:

- 1) Menyediakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan;
- 2) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para orangtua (lansia) dan anak-anak;
- 3) Memperkokoh hubungan perkawinan;
- 4) Persiapan masa tua/pensiun (Padila, 2015).

h. Tahap keluarga lanjut usia

Tugas perkembangan keluarga:

- 1) Penyesuaian tahap masa pensiun dengan cara merubah cara hidup;
- 2) Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan;

- 3) Menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun;
- 4) Mempertahanan hubungan perkawinan;
- 5) Menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan;
- 6) Mempertahankan ikatan keluarga antar generasi;
- 7) Melakukan *life review* masa lalu (Padila, 2015).

C. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Asuhan keperawatan pada klien nyeri

a. Pengkajian

Pengkajian nyeri yang akurat penting untuk upaya penatalaksanaan nyeri yang efektif. Karena nyeri merupakan pengalaman yang subjektif dan dirasakan secara berbeda pada masing-masing individu, maka perawat perlu mengkaji semua faktor yang memengaruhi nyeri, seperti faktor fisiologis, psikologis, perilaku, emosional, dan sosiokultural. Pengkajian nyeri terdiri atas dua komponen utama, yakni (a) riwayat nyeri untuk mendapatkan data dari klien dan (b) observasi langsung pada respons perilaku dan fisiologis klien. Tujuan pengkajian adalah untuk mendapatkan pemahaman objektif terhadap pengalaman subjektif (Mubarak & Chayatin, 2007).

Tabel 2.1
Mnemonik untuk pengkajian nyeri

P	<i>Provoking</i> atau pemicu, yaitu faktor yang memicu timbulnya nyeri
Q	<i>Quality</i> atau kualitas nyeri (mis., tumpul, tajam)
R	<i>Region</i> atau daerah, yaitu daerah perjalanan ke daerah lain
S	<i>Severity</i> atau keganasan, yaitu insensitasnya
T	<i>Time</i> atau waktu, yaitu serangan, lamanya, kekerapan, dan sebab.

Sumber : (Mubarak & Chayatin, 2007).

b. Riwayat nyeri

Saat mengkaji riwayat nyeri, perawat sebaiknya memberi klien kesempatan untuk mengungkapkan cara pandang mereka terhadap nyeri dan situasi tersebut dengan kata-kata mereka sendiri. Langkah ini akan membantu perawat memahami makna nyeri bagi klien dan bagaimana ia berkoping terhadap situasi tersebut. Secara umum, pengkajian riwayat nyeri meliputi beberapa aspek, antara lain:

1) Lokasi

Untuk menentukan nyeri yang spesifik, minta klien menunjukkan area nyerinya.

2) Intensitas nyeri

Penggunaan skala intensitas nyeri adalah metode yang mudah dan terpercaya untuk menentukan intensitas nyeri pasien. Skala nyeri yang paling sering digunakan adalah rentang 0-5 atau 0-10.

3) Kualitas nyeri

Terkadang nyeri seperti “dipukul-pukul” atau “ditusuk-tusuk”. Perawat perlu mencatat kata-kata yang digunakan klien untuk menggambarkan nyerinya sebab informasi yang akurat dapat berpengaruh besar terhadap diagnosis dan etiologi nyeri serta pilihan tindakan yang diambil.

4) Pola

Pola nyeri meliputi waktu awitan, durasi dan kekambuhan atau interval nyeri. Perawat perlu mengkaji kapan nyeri di mulai, berapa lama nyeri berlangsung, apakah nyeri berulang, dan kapan nyeri terakhir kali muncul.

5) Faktor pretisipasi

Terkadang aktivitas tertentu dapat memicu munculnya nyeri. Aktivitas fisik yang berat dapat menimbulkan nyeri dada. Selain itu, faktor lingkungan, stressor fisik dan emosional juga dapat memicu timbulnya nyeri.

6) Gejala yang menyertai

Gejala ini meliputi mual, muntah, pusing, dan diare.

7) Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

Dengan mengetahui sejauh mana nyeri mempengaruhi aktivitas harian klien akan membantu perawat memahami perspektif klien tentang nyeri.

8) Sumber koping

Setiap individu memiliki sumber koping yang berbeda dalam menghadapi nyeri. Strategi tersebut dapat dipengaruhi oleh pengalaman nyeri sebelumnya, serta status emosional.

9) Respons afektif

Respon afektif klien terhadap nyeri bervariasi, bergantung pada situasi, derajat dan durasi nyeri, interpretasi tentang nyeri dan banyak faktor lainnya. Perawat perlu mengkaji adanya ansietas, takut, depresi atau perasaan gagal pada diri klien (Mubarak & Chayatin, 2007).

c. Observasi respons perilaku dan fisiologis

Eksresi wajah merupakan salah satu respons perilaku. Selain itu ada juga vokalisasi seperti mengerang, berteriak, meringis. Sedangkan respon fisiologis untuk nyeri bervariasi bergantung pada sumber dan durasi nyeri. Pada awal nyeri, respon fisiologis dapat meliputi peningkatan tekanan darah, nadi dan pernafasan, dilatasi pupil akibat terstimulasinya sistem saraf simpatis. Akan tetapi jika nyeri berlangsung lama, dan saraf simpatis telah beradaptasi, respon fisiologis tersebut mungkin akan berkurang atau bahkan tidak ada. Karenanya penting bagi perawat untuk mengkaji lebih dari satu respons fisiologis sebab bisa jadi respons tersebut merupakan indikator yang buruk untuk nyeri (Mubarak & Chayatin, 2007).

d. Diagnosa

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017 diagnosis yang muncul pada kasus nyeri dan kenyamanan antara lain:

1) Nyeri kronis

Definisi: pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual/fungsional, dengan onset

mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan.

Tanda dan gejala:

Subjektif:

- a) Mengeluh nyeri
- b) Merasa depresi (tertekan)
- c) Merasa takut mengalami cedera berulang

Objektif:

- a) Tampak meringis
 - b) Gelisah
 - c) Tidak mampu menuntaskan aktivitas
 - d) Bersikap protektif (mis. posisi menghindari nyeri)
 - e) Waspada
 - f) Pola tidur berubah
 - g) Anoreksia
 - h) Fokus menyempit
 - i) Berfokus pada diri sendiri
- 2) Risiko defisit nutrisi

Definisi: berisiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk mempengaruhi kebutuhan metabolisme.

Faktor risiko:

- a) Ketidakmampuan menelan makanan
 - b) Ketidakmampuan mencerna makanan
 - c) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient
 - d) Peningkatan kebutuhan metabolisme
 - e) Faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi)
 - f) Faktor psikologis (mis. stres, keengganan untuk makan)
- e. Rencana keperawatan

Intervensi keperawatan pada masalah nyeri tergantung dari diagnosa keperawatan. Berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (PPNI, 2018). Intervensi yang muncul antara lain dapat dilihat pada tabel 2.2:

Tabel 2.2
Rencana Keperawatan Nyeri

Diagnosa keperawatan	Intervensi utama	Intervensi pendukung
Dx 1: Nyeri kronis	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan hipnosis diri 2. Dukungan pengungkapan kebutuhan 3. Edukasi aktivitas/istirahat 4. Edukasi efek samping obat 5. Edukasi keluarga: manajemen nyeri 6. Edukasi kemoterapi 7. Edukasi kesehatan 8. Edukasi manajemen stres 9. Edukasi manajemen nyeri 10. Edukasi penyakit 11. Edukasi teknik napas 12. Kompres dingin 13. Kompres panas 14. Manajemen efek samping obat 15. Manajemen kenyamanan lingkungan 16. Manajemen mual 17. Manajemen muntah 18. Manajemen nyeri akut 19. Manajemen nyeri kronik 20. Manajemen stress 21. Pemantauan nyeri 22. Pemberian obat 23. Perawatan kenyamanan 24. Terapi relaksasi

<p>Dx 2: Risiko defisit nutrisi</p>	<p>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></p> <p>Manajemen gangguan makan</p> <p>Observasi 1. Monitor asupan dan keluarnya makanan dan cairan serta kebutuhan kalori</p> <p>Terapeutik 1. Timbang berat badan secara rutin 2. Diskusikan perilaku makan dan jumlah aktivitas fisik (termasuk olahraga) yang sesuai 3. Lakukan kontrak perilaku (mis. Target berat badan, tanggung jawab perilaku) 4. Dampingi ke kamar mandi untuk pengamatan perilaku memuntahkan kembali makanan. 5. Berikan penguatan positif terhadap keberhasilan target dan perubahan perilaku. 6. Berikan konsekuensi jika tidak mencapai target sesuai kontrak 7. Rencanakan program pengobatan untuk perawatan di rumah (mis. medis, konseling)</p> <p>Edukasi 1. Anjurkan membuat catatan harian tentang perasaan dan situasi pemicu pengeluaran makanan (mis. pengeluaran yang disengaja, muntah, aktivitas berlebihan). 2. Anjurkan pengaturan diet yang tepat 3. Ajarkan keterampilan koping untuk</p>	<p>1. Edukasi berat badan efektif 2. Edukasi diet 3. Edukasi nutrisi 4. Edukasi nutrisi anak 5. Edukasi nutrisi bayi 6. Edukasi nutrisi parenteral 7. Identifikasi risiko 8. Konseling laktasi 9. Manajemen cairan 10. Manajemen demensia 11. Manajemen diare 12. Manajemen elemiansi fekal 13. Manajemen energi 14. Manajemen hiperglikemia 15. Manajemen hipoglikemia 16. Manajemen kemoterapi 17. Manajemen reaksi alergi 18. Pemantauan cairan 19. Pemantauan nutrisi 20. Pemantauan tanda vital 21. Pemberian makanan 22. Pemberian makanan enteral 23. Pemberian makanan parenteral 24. Promosi berat badan 25. Terapi menelan</p>
---	--	--

	penyelesaian masalah perilaku makan Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan, kebutuhan kalori dan pilihan makanan	
--	--	--

Sumber: (PPNI, 2018).

f. Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana keperawatan disusun dan ditujukan untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Perencanaan keperawatan dapat dilaksanakan dengan baik jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi keperawatan.

g. Evaluasi

Evaluasi nyeri merupakan salah satu tanggung jawab perawat yang membutuhkan cara berfikir kritis dan efektif. Respon perilaku klien terhadap penanganan nyeri tidak selalu tampak jelas. Mengevaluasi keefektifan intervensi nyeri membutuhkan perawat untuk mengevaluasi klien sesudah periode waktu tertentu yang tepat.

Evaluasi pada masalah nyeri tergantung dari diagnosa keperawatan. Berdasarkan Standar Luanan Keperawatan Indonesia (PPNI, 2018). Kriteria hasil yang muncul antara lain pada tabel 2.3 dan 2.4:

Tabel 2.3
Standar Luaran Keperawatan Indonesia
Kriteria Hasil Tingkat Nyeri

Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkatkan	Meningkat
Kemampuan menuntaskan aktivitas	1	2	3	4	5
	Meningkat	Cukup Meningkatkan	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
Keluhan nyeri	1	2	3	4	5
Meringis	1	2	3	4	5
Sikap protektif	1	2	3	4	5
Gelisah	1	2	3	4	5
Kesulitan tidur	1	2	3	4	5
Menarik diri	1	2	3	4	5
Berfokus pada diri sendiri	1	2	3	4	5
Diaforesis	1	2	3	4	5
Perasaan depresi (tertekan)	1	2	3	4	5
Perasaan takut mengalami cedera berulang	1	2	3	4	5
Anoreksia	1	2	3	4	5
Perineum terasa tertekan	1	2	3	4	5
Uterus teraba membulat	1	2	3	4	5
Ketegangan otot	1	2	3	4	5
Pupil dilatasi	1	2	3	4	5
Muntah	1	2	3	4	5
Mual	1	2	3	4	5
	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik
Frekuensi nadi	1	2	3	4	5
Pola napas	1	2	3	4	5
Tekanan darah	1	2	3	4	5

Proses berpikir	1	2	3	4	5
Fokus	1	2	3	4	5
Fungsi berkemih	1	2	3	4	5
Perilaku	1	2	3	4	5
Nafsu makan	1	2	3	4	5
Pola tidur	1	2	3	4	5

Sumber: (PPNI, 2018).

Tabel 2.4
Standar Luaran Keperawatan Indonesia
Kriteria Hasil Status Nutrisi

Kriteria hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat
Porsi makan yang dihabiskan	1	2	3	4	5
Kekuatan otot pengunyah	1	2	3	4	5
Kekuatan otot menelan	1	2	3	4	5
Serum albumin	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 pilihan minuman 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
	Meningkat	Cukup Meningkatkan	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Perasaan cepat kenyang	1	2	3	4	5
Nyeri abdomen	1	2	3	4	5
Sariawan	1	2	3	4	5
Rambut rontok	1	2	3	4	5
Diare	1	2	3	4	5
	Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaik
Berat badan	1	2	3	4	5
Indeks Massa Tubuh (IMT)	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
Membran mukosa	1	2	3	4	5

Sumber: (PPNI, 2018).

2. Tinjauan asuhan keperawatan keluarga

a. Pengkajian

Pengkajian asuhan keperawatan keluarga menurut teori/model *Family Centre Nursing Friedman*, meliputi 7 komponen yaitu:

1) Data umum

a) Identitas kepala keluarga

- (1) Nama kepala keluarga (KK)
- (2) Umur (KK)
- (3) Pekerjaan kepala keluarga

(4) Pendidikan kepala keluarga

(5) Alamat dan nomor telepon

b) Komposisi anggota keluarga

Nama	Umur	Sex	Hubungan	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). seperti:

Laki-laki	: □
Perempuan	: ○
Meninggal dunia	: ⊠ ⊙
Tinggal serumah	: -----
Pasien yang diidentifikasi	: □
Kawin	: □—○
Cerai	: □—/—○
Anak adopsi	: □—○ ○
Anak kembar	: □—○ ○ □
Aborsi/keguguran	: □—○ △

d) Tipe keluarga

Pembagian tipe ini bergantung kepada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokkan:

(1) Keluarga tradisional

Secara tradisional keluarga dikelompokkan menjadi 2 yaitu:

(a) Keluarga inti (*Nuclear Family*) adalah keluarga yang diperoleh dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.

(b) Keluarga besar (*Extended Family*) adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek-nenek, paman-bibi) (Setiadi, 2008).

(2) Keluarga modern

Berkembangnya individu dan meningkatnya rasa individualisme maka pengelompokkan tipe keluarga selain diatas adalah:

(a) *Tradisional Nuclear*

Keluarga inti (ayah, ibu, dan anak) tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja dirumah.

(b) *Reconstituted Nuclear*

Pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anak-anak, baik itu bawaan dari perkawinan lama maupun hasil dari perkawinan baru.

(c) *Niddle Age/Aging Couple*

Suami sebagai pencari uang, istri dirumah/keduanya bekerja dirumah, anak-anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah/perkawinan/meniti karir.

(d) *Dyadic Nuclear*

Suami atau istri yang sudah berumur dan tidak mempunyai anak yang keduanya atau salah satu bekerja dirumah.

(e) *Single Parent*

Satu orang tua sebagai akibat perceraian atau kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal dirumah atau di luar rumah.

(f) *Dual Carrier*

Suami istri atau keduanya orang karir dan tanpa anak.

(g) *Commuter Married*

Suami istri keduanya orang karir dan tinggal terpisah pada jarak tertentu. Keduanya saling mencari pada waktu-waktu tertentu.

(h) *Single Adult*

Wanita atau pria dewasa yang tinggal sendiri dengan tidak adanya keinginan untuk kawin.

(i) *Three Generation*

Tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah.

(j) *Institutional*

Anak-anak atau orang dewasa tinggal dalam suatu panti.

(k) *Communal*

Satu rumah terdiri dari dua atau lebih pasangan yang monogami dengan anak-anaknya dan bersama-sama dalam penyediaan fasilitas.

(l) *Group Marriage*

Satu perumahan terdiri dari orang tua dan keturunannya di dalam satu kesatuan keluarga dan tiap individu adalah kawin dengan yang lain dan semua adalah orang tua dari anak-anak.

(m) *Unmarried Parent And Child*

Ibu dan anak dimana perkawinan tidak dikehendaki, anaknya diadopsi.

(n) *Cohibing Couple*

Dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa kawin.

(o) *Gay And Lesbian Family*

Keluarga yang dibentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama (Setiadi, 2008).

e) Suku bangsa

Mengkaji asal suku bangsa keluarga tersebut serta mengidentifikasi budaya suku bangsa tersebut terkait dengan kesehatan (Padila, 2015).

f) Agama

Mengkaji agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan (Padila, 2015).

g) Status sosial ekonomi keluarga

Status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya. Selain itu status sosial ekonomi keluarga ditentukan pula oleh kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga (Padila, 2015).

h) Aktivitas rekreasi keluarga

Rekreasi keluarga tidak hanya dilihat dari kapan saja keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu, namun dengan menonton televisi dan mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi (Padila, 2015).

2) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

a) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga ditentukan oleh anak tertua dari keluarga inti. Contoh: keluarga bapak A memiliki dua orang anak, anak pertama berusia tujuh tahun dan anak kedua berusia empat tahun, maka keluarga bapak A berada pada tahap perkembangan keluarga dengan usia anak sekolah (Padila, 2015).

b) Tahap keluarga yang belum terpenuhi

Menjelaskan perkembangan yang belum terpenuhi menjelaskan mengenai tugas keluarga oleh keluarga serta kendala-kendala mengapa tugas perkembangan belum terpenuhi (Padila, 2015).

c) Riwayat keluarga inti

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga inti, meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian keluarga terhadap pencegahan penyakit termasuk status imunisasi, sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga dan pengalaman terhadap pelayanan kesehatan (Padila, 2015).

d) Riwayat keluarga sebelumnya

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga dari pihak suami dan istri (Padila, 2015).

3) Lingkungan

a) Karakteristik rumah

Karakteristik rumah diidentifikasi dengan melihat luas rumah, tipe rumah, jumlah ruangan, jumlah jendela, jarak septik tank dengan sumber air, sumber air minum yang digunakan serta dilengkapi dengan denah rumah (Padila, 2015).

b) Karakteristik tetangga dan komunitas RW

Menjelaskan mengenai karakteristik dari tetangga dan komunitas setempat meliputi kebiasaan, lingkungan fisik, aturan atau kesepakatan penduduk setempat serta budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan (Padila, 2015).

c) Mobilitas geografis keluarga

Mobilitas geografis keluarga ditentukan dengan melihat kebiasaan keluarga berpindah tempat (Padila, 2015).

d) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Menjelaskan mengenai waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada dan sejauh mana interaksi keluarga dengan masyarakat (Padila, 2015).

e) Sistem pendukung keluarga

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

fasilitas psikologis atau dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan dari masyarakat setempat (Padila, 2015).

4) Struktur keluarga

a) Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga

- (1) Apakah anggota keluarga mengutarakan kebutuhan-kebutuhan dan perasaan mereka dengan jelas;
- (2) Apakah anggota keluarga memperoleh dan memberikan respons dengan baik terhadap pesan;
- (3) Apakah anggota keluarga mendengar dan mengikuti pesan;
- (4) Bahasa apa yang digunakan dalam keluarga;
- (5) Pola yang digunakan dalam berkomunikasi untuk menyampaikan pesan (langsung atau tidak langsung);
- (6) Jenis-jenis disfungsi komunikasi apa yang terlihat dalam pola komunikasi keluarga (Padila, 2015).

b) Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku (Padila, 2015).

c) Struktur peran

Menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal (Padila, 2015).

d) Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai dan norma yang di anut oleh keluarga yang berhubungan dengan kesehatan (Padila, 2015).

5) Fungsi keluarga

a) Fungsi afektif

Hal yang perlu dikaji yaitu gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, bagaimana kehangatan

tercipta pada keluarga dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai (Padila, 2015).

b) Fungsi sosialisasi

Dikaji bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya serta perilaku (Padila, 2015).

c) Fungsi perawatan kesehatan

Menjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan serta merawat anggota keluarga yang sakit. Kesanggupan keluarga melaksanakan perawatan dilihat dari kemampuan keluarga dalam melaksanakan lima tugas keluarga, yaitu keluarga mampu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan melakukan tindakan, melakukan perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit, menciptakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan dan mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan di lingkungan setempat (Padila, 2015).

d) Fungsi reproduksi

Hal yang perlu dikaji yaitu:

- (1) Berapa jumlah anak?
- (2) Apakah rencana keluarga berkaitan dengan jumlah anggota keluarga?
- (3) Metode yang digunakan keluarga upaya dalam mengendalikan jumlah anggota keluarga? (Padila, 2015).

e) Fungsi ekonomi

Hal yang perlu dikaji adalah:

- (1) Sejauh mana keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan, dan papan?
- (2) Sejauh mana keluarga memanfaatkan sumber yang ada dimasyarakat dalam upaya peningkatan status kesehatan keluarga? (Padila, 2015).

6) Stress dan coping keluarga

a) Stressor jangka pendek dan panjang:

(1) Stressor jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari enam bulan;

(2) Stressor jangka panjang yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari enam bulan.

b) Kemampuan keluarga berespon terhadap stressor dikaji sejauh mana keluarga berespon terhadap stressor.

c) Strategi coping yang digunakan

Dikaji strategi coping yang digunakan keluarga bila menghadapi masalah/stressor.

d) Strategi adaptasi disfungsional

Dijelaskan mengenai strategi adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan/stress. (Padila, 2015).

7) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga. Metode yang digunakan sama dengan pemeriksaan fisik klinik (Padila, 2015).

8) Harapan keluarga

Pada akhir pengkajian, perawat menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada. (Padila, 2015).

b. Analisa data dan diagnosa

Setelah dilakukan pengkajian, selanjutnya data analisis untuk dapat dilakukan perumusan diagnosis keperawatan. Analisis data dibuat dalam bentuk matriks seperti tabel berikut:

Diagnosa keperawatan keluarga disusun berdasarkan jenis diagnosis seperti:

1) Diagnosa sehat/*wellness*

Diagnosa sehat/*wellness*, digunakan bila keluarga mempunyai 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).

Contoh perumusan diagnosa sehat/*wellness*:

Potensial peningkatan kemampuan keluarga Bapak A dalam meningkatkan kesehatan reproduksi pada Ibu N (Achjar, 2010).

2) Diagnosa ancaman (resiko)

Diagnosa ancaman, digunakan bila belum terdapat paparan masalah kesehatan, namun sudah ditentukan beberapa data maladaptif yang memungkinkan timbulnya gangguan. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga resiko, terdiri dari *problem* (P), etiologi (E) dan *symptom/sign* (S).

Contoh diagnosis resiko :

Resiko cedera pada keluarga Bapak A khususnya Ibu N berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan hipertensi (Achjar, 2010).

3) Diagnosis nyata/gangguan

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

Contoh diagnosa nyata/gangguan:

Gangguan cerebral pada keluarga Bapak A khususnya Ibu N berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan hipertensi (Achjar, 2010).

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:
 - (1) Persepsi terhadap keparahan penyakit;
 - (2) Pengertian;
 - (3) Tanda dan gejala;
 - (4) Faktor penyebab;
 - (5) Persepsi keluarga terhadap masalah.
- b) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi:
 - (1) Sejauh mana keluarga memahami sifat dan luasnya masalah;
 - (2) Masalah dirasakan keluarga;
 - (3) Keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami;
 - (4) Sikap negatif terhadap masalah kesehatan;
 - (5) Kurang percaya terhadap tenaga kesehatan;
 - (6) Informasi yang salah.
- c) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, meliputi:
 - (1) Bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit;
 - (2) Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan;
 - (3) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga;
 - (4) Sikap keluarga terhadap yang sakit.
- d) Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan, meliputi:
 - (1) Keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan;
 - (2) Pentingnya *hygiene* sanitasi;
 - (3) Upaya pencegahan sakit.
- e) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas keluarga, meliputi:
 - (1) Keberhasilan fasilitas kesehatan;
 - (2) Keuntungan yang didapat;
 - (3) Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan;
 - (4) Pengalaman keluarga yang kurang baik;
 - (5) Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga.

Setelah data dianalisis dan ditetapkan masalah keperawatan keluarga, selanjutnya masalah kesehatan keluarga yang ada, perlu

diprioritaskan bersama keluarga dengan memperhatikan sumber daya dan sumber dana yang dimiliki keluarga. Prioritas masalah asuhan keperawatan keluarga seperti tabel 2.5

Tabel 2.5
Skoring Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1.	Sifat masalah		1
	• Aktual	3	
	• Resiko	2	
2.	Potensial	1	2
	Kemungkinan masalah untuk dipecahkan		
	• Mudah	2	
	• Sebagian	1	
3.	Tidak dapat	0	1
	Potensi masalah untuk dicegah		
	• Tinggi	3	
	• Cukup	2	
4.	Rendah	1	1
	Menonjolnya masalah		
	• Segera diatasi	2	
	• Tidak segera diatasi	1	
	• Tidak dirasakan adanya masalah	0	

Sumber: (Achjar, 2010).

c. Intervensi keperawatan keluarga

Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan terdiri dari tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Penetapan tujuan jangka panjang (tujuan umum) mengacu pada bagaimana mengatasi *problem/masalah* (P) dikeluarga, sedangkan penetapan tujuan jangka pendek (tujuan khusus) mengacu pada bagaimana mengatasi etiologi (E). Tujuan jangka pendek harus SMART (S=spesifik, M=*measurable*/dapat diukur, A=*achievable*/dapat dipercaya, R=*reality*, T=*time limited*/punya limit waktu) (Achjar, 2010).

d. Implementasi

Pada kegiatan implementasi, perawat perlu melakukan kontrak sebelumnya (saat mensosialisasikan diagnosis keperawatan) untuk pelaksanaan yang meliputi kapan dilaksanakan, berapa lama waktu yang dibutuhkan, materi/topik yang didiskusikan, siapa yang akan melaksanakan, anggota keluarga yang perlu mendapat informasi (sasaran langsung implementasi), dan peralatan yang diperlukan. Langkah selanjutnya adalah melakukan implementasi sesuai dengan rencana (Suprajitno, 2004).

e. Evaluasi

Evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya. Perlu diperhatikan juga bahwa evaluasi perlu melibatkan keluarga sehingga perlu pula direncanakan waktu yang sesuai dengan kesediaan keluarga.

Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP yang operasional dengan pengertian, yaitu :

S : ungkapan atau keluhan dirasakan secara subjektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan.

O : keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan atau penglihatan.

A : analisis perawat setelah mengetahui respons subjektif dan objektif keluarga dibandingkan dengan kriteria dan standar yang telah ditentukan mengacu pada tujuan pada rencana keperawatan keluarga

P : perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis (Suprajitno, 2004).

D. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Pengertian gastritis

Gastritis atau maag berasal dari bahasa Yunani, yaitu *gastro* yang berarti perut atau lambung dan *itis* yang berarti inflamasi atau peradangan. Gastritis adalah proses inflamasi atau peradangan lapisan mukosa dan submukosa lambung yang bersifat akut, kronis, difus, atau lokal dan secara histopatologi terdapat infiltrasi sel radang. 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 (Murtaqib & Kushariyadi, 2019).

2. Klasifikasi

Jenis gastritis dibagi 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. 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 anti-inflamasi terutama aspirin (aspirin dosis rendah dapat menyebabkan erosi mukosa lambung).

2) Gastritis endogen akut atau 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

gastric mempengaruhi produksi antibodi. Anemia penisiosa berkembang pada proses ini. Gastritis kronis tipe B berhubungan dengan infeksi *Helicobacter pylori* yang menimbulkan ulkus pada dinding lambung (Murtaqib & Kushariyadi, 2019).

3. Etiologi

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

- a. Infeksi bakteri: penularan *Helicobacter pylori* terjadi melalui oral atau makanan dan minuman yang terkontaminasi bakteri. Infeksi *Helicobacter pylori* merupakan penyebab utama terjadinya tukak peptik dan penyebab tersering terjadinya gastritis.
- b. Pemakaian obat analgetik: pemakaian obat analgetik anti-inflamasi nonsteroid (AINS), seperti aspirin, ibuprofen, dan naproxen berkepanjangan atau pemakaian yang berlebihan dapat mengakibatkan gastritis dan tukak peptik.
- c. Penggunaan alkohol: penggunaan alkohol berlebihan menyebabkan iritasi dan mengikis mukosa dinding lambung, dan membuat dinding lambung lebih rentan terhadap asam lambung walaupun pada kondisi normal.
- d. Penggunaan kokain: penggunaan kokain dapat merusak lambung dan menyebabkan perdarahan serta gastritis.
- e. Stres fisik: stres fisik akibat pembedahan besar, luka trauma, luka bakar, atau infeksi berat dapat menyebabkan gastritis, borok, dan pendarahan pada lambung.
- f. Kelainan autoimun: *autoimun atrophic* gastritis terjadi saat sistem kekebalan tubuh menyerang sel-sel sehat yang berada dalam dinding lambung yang mengakibatkan peradangan secara bertahap menipiskan dinding lambung.
- g. *Crohn's disease*: menyebabkan peradangan kronis dinding saluran cerna, dan terkadang menyebabkan peradangan pada dinding lambung.

- h. Radiasi dan kemoterapi: perawatan terhadap kanker seperti kemoterapi dan radiasi dalam dosis besar mengakibatkan kerusakan permanen dan mengikis dinding lambung serta merusak kelenjar penghasil asam lambung.
- i. Faktor lain: gastritis sering dihubungkan dengan kondisi kesehatan lain seperti HIV/AIDS, infeksi parasit, dan gagal hati atau ginjal (Murtaqib & Kushariyadi, 2019).

4. 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 mukus oleh lambung sehingga kemampuan faktor defensif terganggu. Penggunaan alkohol secara berlebihan, sering mengkonsumsi 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. Stres psikologis maupun fisiologis yang berkepanjangan menyebabkan gastritis. Stres, seperti syok sepsis, dan trauma menyebabkan iskemia mukosa lambung. Iskemia mukosa lambung mengakibatkan peningkatan permeabilitas mukosa hingga terjadi difusi balik H^+ ke mukosa. Mukosa tidak mampu lagi menahan asam berlebih sehingga menyebabkan edema lalu rusak.

b. Gastritis kronis

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

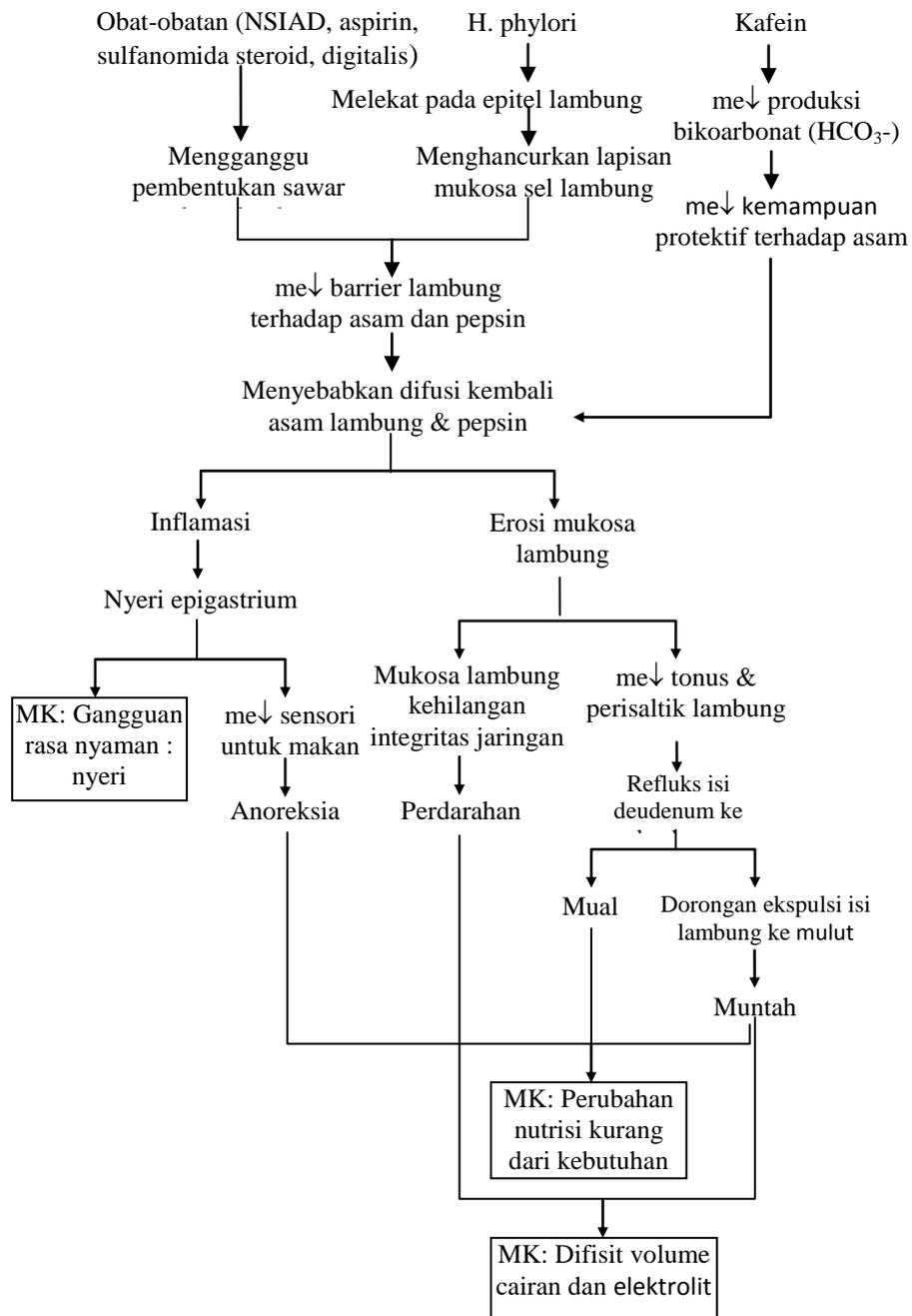
1) Gastritis kronis tipe A

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

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 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 pylori* dengan mengirimkan butir-butir leukosit, sel *T-killer*, dan melawan infeksi lain. 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 ekstra untuk menguatkan sel leukosit yang merupakan sumber nutrisi *Helicobacter pylori* sehingga epitel lambung semakin rusak dan terbentuk ulserasi superfisial yang menyebabkan hemoragi (pendarahan), dalam beberapa hari terjadi gastritis dan tukak lambung (Murtaqib & Kushariyadi, 2019).

Pathway gastritis



Sumber: (Amin & Hardhi, 2015).

Gambar 2.5
Pathway Gastritis

5. Tanda dan gejala

Gejala-gejala penyakit maag adalah sebagai berikut.

- a. Rasa terbakar di lambung dan akan menjadi semakin parah ketika sedang makan;
- b. Mual-mual;
- c. Muntah;
- d. Kehilangan nafsu makan;
- e. Merasa lambung sangat penuh sehabis makan;
- f. Berat badan menurun.

(Yuliati, 2009)

Pada kasus yang sangat berat, gejala yang sangat mencolok adalah sebagai berikut:

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

Gastritis kronis terdapat beberapa gejala meliputi bervariasi dan tidak jelas, perasaan penuh, anoreksia, distres epigastrik yang tidak nyata, dan cepat kenyang (Murtaqib & Kushariyadi, 2019).

6. Penatalaksanaan medis

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

a. Gastritis akut

Penatalaksanaan gastritis akut meliputi:

- 1) Mengurangi minum alkohol dan makan hingga gejala hilang, mengubah menjadi diet yang tidak mengiritasi;
- 2) Jika gejala menetap, mungkin diperlukan cairan intravena;
- 3) Jika gastritis terjadi akibat menelan basa kuat maka gunakan sari buah jeruk yang encer atau cuka yang diencerkan;
- 4) Antasida merupakan obat bebas yang dapat berbentuk cairan atau tablet dan merupakan obat yang umum dipakai untuk gastritis ringan. Antasida menetralkan asam lambung dan dapat menghilangkan rasa sakit akibat asam lambung dengan cepat;
- 5) 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 ranitidin).

b. Gastritis kronis

Penatalaksanaan gastritis kronis meliputi:

- 1) Memodifikasi diet, reduksi stres, dan farmakoterapi;
- 2) *Cytoprotective agent*: obat ini melindungi jaringan yang melapisi lambung dan usus kecil;
- 3) 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 amoxicillin) dan garam bismuth (pepto bismol) atau terapi *Helicobacter pylori* (Murtaqib & Kushariyadi, 2019).

7. Pemeriksaan penunjang

- a. 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, tetapi tidak menunjukkan bahwa pasien tersebut terkena infeksi. Pemeriksaan darah juga berguna untuk memeriksa anemia yang terjadi akibat perdarahan lambung karena gastritis.
- b. Pemeriksaan feses: pemeriksaan feses bertujuan memeriksa keberadaan bakteri *Helicobacter pylori* dalam feses. Hasil pemeriksaan positif dapat mengindikasikan terjadinya infeksi.
- c. Endoskopi saluran cerna bagian atas: bertujuan melihat adanya ketidaknormalan pada saluran cerna bagian atas yang mungkin tidak terlihat pada pemeriksaan sinar-X.
- d. Rontgen saluran cerna bagian atas: bertujuan melihat adanya tanda-tanda gastritis atau penyakit pencernaan lain (Murtaqib & Kushariyadi, 2019).

8. Herbal untuk sakit maag

a. Ramuan kunyit

- 1) Irislah 5 jari kunyit ukuran besar kira-kira 1 mm;
- 2) Kemudian tambahkan 2 potong kayu manis kira-kira masing-masing 5 cm;
- 3) Rebuslah dari 3 gelas menjadi 1 gelas dalam wadah yang tidak terbuat dari alumunium;
- 4) Air rebusan akan berubah dari bening menjadi merah;
- 5) Minumlah air rebusan tadi pada saat sakit maag terasa, harus habis 1 gelas (Yuliarti, 2009).