

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Pengertian kebutuhan dasar manusia

Adapun kebutuha merupakan suatu hal yang sangat penting, bermanfaat, atau diperlukan untuk menjaga homeostasis dan kehidupan itu sendiri. Banyak ahli filsafat, psikologis, dan fisiologis menguraikan kebutuhan manusia dan membahasnya dari berbagai segi. Orang pertama yang menguraikan kebutuhan manusia adalah Aristoteles. Sekitar tahun 1950, Abraham Maslow seorang psikolog dari Amerika mengembangkan teori tentang kebutuhan dasar manusia yang lebih dikenal dengan istilah Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow. Hierarki tersebut meliputi lima kategori kebutuhan dasar, yakni sebagai berikut:

a. Kebutuhan fisiologis (*Physiologic Needs*)

Pada tingkat yang paling bawah, terdapat kebutuhan yang bersifat fisiologik (kebutuhan akan udara, makanan, minuman, dan sebagainya). Kebutuhan ini dinamakan juga kebutuhan dasar (*basic needs*) yang tidak dipenuhi dalam keadaan yang sangat ekstrem (misalnya kelaparan) manusia yang bersangkutan kehilangan kendali atas perilakunya sendiri karena seluruh kapasitas manusia tersebut dikerahkan dan dipusatkan hanya untuk memenuhi kebutuhan dasarnya itu. Sebaliknya, jika kebutuhan dasar ini relatif sudah tercukupi, muncullah kebutuhan yang lebih tinggi yaitu kebutuhan akan rasa aman (*safety needs*). Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam dalam hirarki Maslow. Umumnya, seseorang yang memiliki beberapa kebutuhan yang belum terpenuhi akan lebih dulu memenuhi kebutuhan fisiologisnya dibandingkan kebutuhan yang lain. Sebagai contoh, seseorang yang kekurangan makanan, keselamatan, dan cinta biasanya akan berusaha memenuhi kebutuhan akan makanan sebelum memenuhi kebutuhan akan cinta. Kebutuhan fisiologis merupakan hal yang mutlak dipenuhi manusia untuk manusiabertahan

hidup. Manusia memiliki delapan macam kebutuhan, yaitu sebagai berikut.

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

Kebutuhan seksual tidak diperlukan untuk menjaga kelangsungan hidup seseorang, tetapi penting untuk mempertahankan kelangsungan umat manusia.

b. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman (*Safety and Security Needs*)

Jenis kebutuhan yang kedua ini berhubungan dengan jaminan keamanan, stabilitas perlindungan, struktur, keteraturan, situasi yang bisa diperkirakan, bebas dari rasa takut dan cemas, dan sebagainya. Oleh karena adanya kebutuhan inilah maka manusia membuat peraturan, undang-undang, mengembangkan kepercayaan, membuat system, asuransi, pension dan sebagainya. Sama halnya dengan *basic needs*, kalau *safety needs* ini terlalu lama dan terlalu banyak tidak terpenuhi, maka pandangan seseorang tentang arah yang makin negatif. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dan berbagai aspek, baik fisiologis maupun psikologis. Kebutuhan ini meliputi sebagai berikut.

Kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan, dan infeksi.

- 1) Bebas dari rasa takut dan kecemasan.
- 2) Bebas dari perasaan terancam karena pengalaman yang baru atau asing.

c. Kebutuhan rasa cinta, memiliki, dan dimiliki (*Love and Belonging Needs*)

Setelah kebutuhan dasar dan rasa aman relative dipenuhi, maka timbul kebutuhan untuk dimiliki dan dicintai (*belongingness and love needs*). Setiap orang ingin mempunyai hubungan yang hangat dan akrab, bahkan mesra dengan orang lain. Ia ingin mencintai dan dicintai. Setiap orang ingin setia kawan dan butuh kesetiakawanan. Setiap orangpun ingin mempunyai kelompoknya sendiri, ingin punya “akar” dalam masyarakat. Setiap orang butuh menjadi bagian dalam sebuah keluarga, sebuah kampung, suatu marga, dan lain-lain. Setiap orang yang tidak mempunyai keluarga akan merasa sebatang kara, sedangkan orang yang tidak sekolah dan tidak bekerja merasa dirinya pengangguran yang tidak berharga. Kondisi seperti ini akan menurunkan harga diri orang yang bersangkutan. Kebutuhan ini meliputi sebagaiberikut.

- 1) Memberi dan menerima kasih sayang.
- 2) Perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan oranglain.
- 3) Kehangatan.
- 4) Persahabatan
- 5) Mendapat tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok, serta lingkungan social.

d. Kebutuhan harga diri (*Self-EsteemNeeds*)

Di sisi lain, jika kebutuhan tingkat tiga relative sudah terpenuhi, maka timbul kebutuhan adalah kebutuhan-kebutuhan akan kekuatan, penguasaan, kompetensi, percaya diri, dan kemandirian. Sementara yang kedua adalah kebutuhan akan penghargaan dari orang lain. Orang-orang yang terpenuhi kebutuhannya akan harga diri akan tampil sebagai orang yang percaya diri, tidak bergantung pada orang lain, dan selalu siap untuk berkembang terus untuk selanjutnya meraih kebutuhan yang tertinggi yaitu aktualisasi diri (*self actualization*). Kebutuhan ini meliputi sebagai berikut.

- 1) Perasaan tidak bergantung pada oranglain.
 - 2) Kompeten.
 - 3) Penghargaan terhadap diri sendiri dan oranglain.
- e. Kebutuhan aktualisasi diri (*Need For SelfActualization*)

Kebutuhan ini merupakan kebutuhan yang terdapat 17 meta kebutuhan yang tidak tersusun secara hierarki, melainkan saling mengisi. Jika berbagai meta kebutuhan tidak terpenuhi maka akan terjadi meta patologi seperti apatisme, kebosanan, putus asa, tidak punya rasa humor lagi, keterasingan, mementingkan diri sendiri, kehilangan selera, dan sebagainya. Kebutuhan ini meliputi sebagaiberikut.

- 1) Dapat mengenal diri sendiri dengan baik (mengetahui dan memahami potensidiri).
- 2) Belajar memenuhi kebutuhan dirisendiri.
- 3) Tidakemosional.
- 4) Mempunyai dedikasi yangtinggi.
- 5) Kreatif
- 6) Mempunyai kepercayaan diri yang tinggi, dan sebagainya.

2. Definisi kebutuhan nyaman

Kolcaba (1992, dalam Potter & Parry, 2005) mengungkapkan kenyamanan/rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah atau nyeri). Kenyamanan masti dipandang secara holistic yang mencakup empat aspek yaitu:

- a. Fisik, berhubungan dengan sensasitubuh.
- b. Sosial, berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan social.
- c. Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan.

- d. Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperature, warna, dan unsur alamiah lainnya.

Kenyamanan adalah konsep sentral tentang kiat keperawatan (Donahue, 1989) dalam Alimul, 2006, meringkaskan “melalui rasa nyaman dan tindakan untuk mengupayakan kenyamanan...”.Perawat memberikan kekuatan, harapan, hiburan, dukungan, dorongan dan bantuan.

3. Penyebab gangguan rasa nyaman

Dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2016) penyebab gangguan rasa nyaman adalah:

- a. Gejala penyakit
- b. Kurang pengendalian situasional atau lingkungan
- c. Ketidak adekuatan sumber daya misalnya: dukungan finansial, social, danpengetahuan.
- d. Kurangprivasi
- e. Gangguan stimulasilingkungan
- f. Efek samping terapi misalnya: medikasi, radiasi,kemoterapi
- g. Gangguan adaptasikehamilan

4. Definisi nyeri

Nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subyektif karena perasaan nyeri berada pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya.Menurut beberapa ahli, nyeri diartikan sebagai berikut.

- a. Mc. Coffery (1979), mendefiniskan nyeri sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang yang keberadaannya diketahui hanya jika orang tersebut pernah mengalaminya.
- b. Wofl Weitzel Fuerst (1974), mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu perasaan menderita secara fisik dan mental atau perasaan yang bisa menimbulkan ketegangan.

- c. Arthur C Curton (1983), mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu mekanisme produksi tubuh, timbul ketika jaringan sedang di rusak dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri.
- d. Scrumum, mengartikan nyeri sebagai suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisik maupun dari serabut saraf dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh reaksi fisikk, fisiologi dan emosional.

5. Penyebab rasa nyeri

Penyebab rasa nyeri dapat digolongkan menjadi dua bagian, yaitu yang berhubungan dengan fisik dan nyeri psikologis.

a. Nyerifisik

Nyeri yang disebabkan oleh fraktur fisik berkaitan dengan terganggunya serabut saraf reseptor nyeri. Serabut saraf ini yang terletak dan tersebar pada lapisan kulit dan pada jaringan-jaringan tertentu yang terletak lebih dalam. Penyebab nyeri secara fisik yaitu akibat trauma (trauma mekanik, termis, kimiawi, maupun elektrik), neoplasma, peradangan, gangguan sirkulasi darah, dan lain-lain.

b. Nyeripsikologis

Nyeri yang disebabkan factor psikologis merupakan nyeri yang dirasakan bukan karena penyebab organik, melainkan akibat trauma pada kasus yang termasuk kategori psikosomatik. Nyeri karena factor ini tersebut *psychogenic pain*.

6. Klasifikasinyeri

Nyeri dapat diklasifikasikan berdasarkan tempat, sifat, dan berat ringannya nyeri, dan waktu lamanya serangan.

a. Nyeri berdasarkantempat

Nyeri berdasarkan tempat dapat dibedakan menjadi:

- 1) *Pheriperal pain* yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh, misalnya pada kulit atau mukosa.
- 2) *Deep pain* yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh yang lebih dalam atau pada organ-organ tubuh visceral.

- 3) *Referred* yaitu nyeri dalam yang disebabkan penyakit organ atau struktur dalam tubuh yang ditransmisikan ke bagian tubuh di daerah yang berbeda, bukan daerah asalnyeri.
- 4) *Central pain* yaitu nyeri yang terjadi akibat rangsangan pada system saraf pusat, *spinal cord*, batang otak, *hypothalamus*, dan lain-lain.

b. Nyeri Berdasarkan Sifat

- 1) *Incidental pain* yaitu nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang.
- 2) *Steady pain* yaitu nyeri yang timbul dan menetap serta dirasakan dalam waktulama
- 3) *Paroxymal pain* yaitu nyeri yang dirasakan berintensitas tinggi dan sangat kuat. Nyeri ini biasanya menetap selama 10-15 menit, lalu menghilang, kemudian timbullagi.

c. Nyeri berdasarkan sifat

- 1) Nyeri ringan yaitu nyeri dengan intensitasrendah.
- 2) Nyeri sedang yaitu nyeri yang menimbulkan reaksi.
- 3) Nyeri berat yaitu nyeri dengan intensitastinggi.

d. Nyeri berdasarkan lama waktu penyerangan

Berdasarkan lama penyerangan nyeri, maka dapat dibedakan antara nyeri akut dan nyeri kronis.

1) Nyeriakut

Nyeri akut yaitu nyeri yang dirasakan dalam waktu yang singkat dan berakhir kurang dari enam bulan, sumber dan daerah nyeri dapat diketahui dengan jelas, Rasa nyeri diduga ditimbulkan dari luka, misalnya luka operasi atau luka akibat penyakit tertentu, misalnya luka operasi atau akibat penyakit tertentu, misalnya arteriosclerosis pada arteri coroner.

2) Nyerikronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang dirasakan lebih dari enam bulan.Nyeri kronis ini memiliki pola yang beragam dan bisa berlangsung berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun. Ragam pola

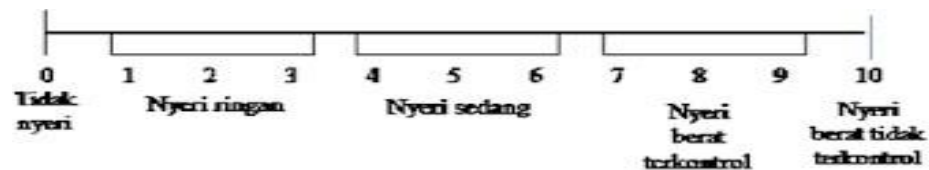
nyeri ini ada yang dalam periode tertentu yang diselingi dengan interval bebas dari nyeri, lalu nyeri akan timbul kembali. Ada pula nyeri kronis yang konstan yaitu rasa nyeri yang terus-menerus terasa, bahkan semakin meningkat intensitasnya walaupun telah diberikan pengobatan. Misalnya, pada nyeri pada neoplasma.

7. Alat Bantu menentukan skalanyeri

Untuk mempermudah alat pengukuran nyeri, dapat digunakan banyak cara, tes, atau pengukuran skala nyeri. Namun, perlu diingat bahwa semua tes tersebut bersifat subyektif. Menurut Haswita & Sulistyowati (2017), pengukuran intensitas nyeri yaitu:

a. Skala nyeri menurut Hayward

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



Gambar 2.1 : Skala Nyeri Hayward

Sumber: Haswita & Sulistyowati (2017)

Keterangan gambar:

Angka 0: tidak nyeri.

Angka 1-3: nyeri ringan.

Angka 4-6: nyeri sedang.

Angka 7-9: nyeri berat terkontrol.

Angka 10: nyeri berat tidak terkontrol.

b. Skala nyeri menurut Mc-Gill

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

Angka 0: tidak nyeri.

Angka 1: nyeri ringan.

Angka 2: nyeri sedang.

Angka 3: nyeri berat atau parah.

Angka 4: nyeri sangat berat.

Angka 5: nyeri hebat.

c. Skala wajah atau wong-boker **FACES ratingscale**

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



Gambar 2.2: Pengukuran Skala Nyeri Skala Wajah Sumber:
Haswita & Sulistyowati (2017)

Keterangan gambar:

Angka 0: no hurt

Angka 1: hurts little bit

Angka 2: hurts little more

Angka 3: hurts even more

Angka 4: hurts whole lot

Angka 5: hurts worst

B. Tinjauan asuhan keperawatan

1. Asuhan keperawatan

a. Pengkajian

Pengkajian nyeri yang akurat penting untuk upaya penatalaksanaan nyeri yang efektif. Karena nyeri merupakan pengalaman yang subyektif dan dirasakan secara berbeda pada masing-masing individu, maka

perawat perlu mengkaji semua factor yang mempengaruhi nyeri, seperti factor fisiologis, psikologis, perilaku, emosional, dan sosiokultural. Pengkajian nyeri terdiri dari 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. Tabel 2.1 akan membantu anda membuat pengkajian nyeri yang lengkap.

Tabel 2.1 Mnemonik untuk pengkajian nyeri

P	<i>Provoking</i> atau pemicu, yaitu factor 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 intensitasnya
T	<i>Time</i> atau waktu, yaitu serangan, lamanya, kekrapan, dan sebab

b. Riwayatnyeri

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 lokasi nyeri yang spesifik, minta klien menunjukkan area nyerinya. Pengkajian ini bila dilakukan dengan bantuan gambar tubuh. Klien bisa menandai bagian tubuh yang mengalami nyeri. Ini sangat bermanfaat, terutama untuk klien yang memiliki lebih dari satu sumber nyeri.

2) Intensitasnyeri

Penggunaan skala intensitas nyeri adalah metode yang mudah dan terpercaya dan untuk menentukan intensitas nyeri pasien. Skala

nyeri yang paling sering digunakan dalam rentang 0-5 atau 0-10. Angka “0” menandakan tidak nyeri sama sekali dan angka tertinggi menandakan nyeri “terhebat” yang dirasakan klien.

3) Kualitas nyeri

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

4) Pola

Pola nyeri meliputi waktu awitan, durasi, dan kekambuhan atau interval nyeri. Karenanya, perawat perlu mengkaji kapan nyeri dimulai, berapa lama nyeri berlangsung apakah nyeri berulang, dan kapan nyeri terakhir kali muncul.

5) Faktor presipitasi

Terkadang, aktivitas tertentu dapat memicu munculnya nyeri. Sebagai contoh, aktivitas fisik yang berat dapat menimbulkan nyeri dada. Selain itu, faktor lingkungan (Lingkungan yang sangat dingin atau sangat panas), stressor fisik dan emosional juga dapat memicu munculnya nyeri.

6) Gejala yang menyertai

Gejala ini meliputi mual, muntah, pusing, dan diare. Gejala tersebut bisa disebabkan oleh awitan nyeri atau oleh nyeri itu sendiri.

7) Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

Dengan mengetahui sejauh mana nyeri mempengaruhi aktivitas sehari-hari klien membantu perawat memahami perspektif klien tentang nyeri. Beberapa aspek kehidupan yang perlu dikaji terkait nyeri adalah tidur, nafsu makan, konsentrasi, pekerjaan, hubungan interpersonal, hubungan pernikahan, aktivitas di rumah, aktivitas di waktu senggang, serta status emosional.

8) Sumberkoping

Setiap individu memiliki strategi koping yang berbeda dalam menghadapi nyeri sebelumnya atau pengaruh agama atau budaya.

9) Respons afektif

Respons afektif klien terhadap nyeri bervariasi, bergantung pada situasi, derajat dan durasi nyeri, interpretasi tentang nyeri, dan banyak faktor lainnya. Perawat perlu mengkaji adanya perasaan ansietas, takut, lelah, depresi, atau perasaan gagal pada diri klien.

c. Observasi respons perilaku dan fisiologis

Banyak respons nonverbal yang bisa dijadikan indikator nyeri. Salah satu yang paling utama adalah ekspresi wajah. Perilaku seperti menutup mata rapat-rapat atau membukanya lebar-lebar, menggigit bibir bawah, dan seringai wajah dapat menandakan nyeri adalah vokalisasi (mis, erangan, menangis, berteriak), imobilisasi bagian tubuh yang mengalami nyeri, gerakan tubuh tanpa tujuan dengan respons fisiologis untuk nyeri bervariasi, bergantung pada sumber dan durasi nyeri. Pada awal awitan nyeri akut, respons fisiologis dapat meliputi peningkatan tekanan darah, nadi, dan pernafasan, diaphoresis, serta dilatasi pupil akibat terstimulasinya sistem saraf simpatis. Akan tetapi, jika nyeri 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 2008).

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI (2016) diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien yang mengalami dermatitis adalah:

a. Gangguan rasa nyaman

Perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial.

b. Defisitnutrisi

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

3. Intervensi keperawatan

Menurut buku SIKI (2018) intervensi yang muncul pada keluarga dengan gangguan rasa nyaman dengan gastritis yaitu:

Tabel 2.2 intervensi gangguan rasa nyaman dan gagguan defisit nutrisi

No	Diagnosis Keperawatan	Intervensi utama	Intervensi pendukung
1	Gangguan rasa nyaman	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen nyeri 2. Pengaturanposisi 3. TerapiRelaksasi 	Dukungan Hipnosis Diri Dukungan pengungkapan lingkungan Edukasi Aktivitas/Istirahat Edukasi Efek Samping Obat Edukasi Keluarga: Manajemen Nyeri Edukasi Kemoterapi Edukasi Kesehatan Edukasi Latihan Fisik Edukasi Manajemen Stres Edukasi Manajemen Nyeri Edukasi Penyakit Edukasi Perawatan Kehamilan Edukasi Perawatan Perineum Edukasi Perawatan Stoma Edukasi Teknik Nafas Kompres Hangat Kompres Dingin Konseling Perawatan Latihan Berkemih Latihan Eliminasi Fekal Latihan Pernapasan Latihan Rehabilitas Latihan rentang gerak Manajemen Efek Samping Obat Manajemen Hipertermia Manajemen Hipotermia Manajemen Kenyamanan Lingkungan

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
2	Defisit Nutrisi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen Nutrsisi 2. Promosi BeratBadan 	Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan Edukasi Diet

			Edukasi Kemoterapi Konseling Laktasi Konseling Nutrisi Konsultasi Manajemen Cairan Manajemen Demensia Manajemen Diare Manajemen Eliminasi Fekal Manajemen Energi Manajemen Gangguan Makan
--	--	--	--

4. Implementasi

Merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan dengan keputusan bersama, seperti dokter dan petugas kesehatan lain. Agar lebih jelas dan akurat dalam melakukan implementasi diperlukan rencana keperawatan yang spesifik dan operasional (Tarwoto & Wartonah 2015).

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menemukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi pada dasarnya adalah membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan. Evaluasi perkembangan kesehatan pasien dapat dilihat dari tindakan keperawatan. Tujuannya untuk mengetahui sejauh mana tujuan perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan baik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Jika tujuan tidak tercapai, maka perlu dikaji ulang kesalahannya, dicari jalan keluarnya, kemudia catat yang ditemukan, serta apakah perlu dilakukan perubahan intervensi (Tarwoto & Wartonah 2015).

Mengevaluasi nyeri sangatlah penting karena dengan cara ini perawat dapat mengetahui intensitas nyeri apakah nyeri berkurang atau tidak dan menentukan terapi yang efektif jika nyeri tidak berkurang. Intensitas nyeri sebaiknya harus dinilai sedini mungkin dan sangat diperlukan komunikasi yang sangat baik dengan pasien.

C. Tinjauan konsep penyakit

1. Pengertian gastritis

Gastritis atau maag berasal dari bahasa Yunani, yaitu *gastro* yang berarti perut atau lambung dan *itis* atau peradangan. Gastritis adalah proses inflamasi atau peradangan lapisan mukosa dan sub mukosa lambung yang bersifat akut, kronis, difus, atau local atau secara histopatologis terdapat infiltrasi sel radangan (Kowalak, Welsh, and Mayer 2011).

Gastritis bukan penyakit tunggal tetapi terbentuk dari beberapa kondisi yang mengakibatkan peradangan lambung. Peradangan terjadi akibat infeksi bakteri yang sama dengan bakteri yang mengakibatkan borok di lambung, yaitu *helicobacter pylori*. Peradangan mengakibatkan sel darah putih menuju ke dinding lambung sebagai respon terjadi kelainan dibagian tersebut (Barret at.,2015).

2. Klasifikasi gastritis

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

a. Gastritis akut

Gastritis akut disebabkan akibat mencerna asam atau alkali yang kuat yang menyebabkan mukosa menjadi gangren atau perforasi (Mitchell dan Abbas, 2008).

Gastritis akut terbagi menjadi 2 yaitu gastritis eksogen akut dan gastritis endogen akut.

- 1) Gastritis eksogen akut disebabkan oleh factor luar seperti bahan kimia (lisol, alcohol, rokok, kafein, lada, steroid), iritasi mekanis, bacterial, 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 dari 2 tipe yaitu tipe a dan tipe b. Gastritis tipe a mampu menghasilkan imunnya sendiri. Gastritis tipe a dikaitkan dengan atrofi kelenjar lambung dan penurunan mukosa. Penurunan sekresi gastrik mempengaruhi produksi antibody. Anemia pernisiiosa berkembang pada proses ini. Gastritis kronis tipe b berhubungan dengan infeksi *Helicobacter pylori* yang menimbulkan ulkus pada dinding lambung (Smeltzer & Bare 2007).

3. Etiologi

Lambung adalah kantong otot yang kosong, yang 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 esophagus sebuah cincin otot yang berada pada sambungan antara esophagus dan lambung akan membuka dan membiarkan makanan masuk ke lambung. Setelah masuk ke lambung, cincin tersebut menutup. Dinding lambung terdiri dari lapisan otot yang kuat. Makanan pada saat berada di lambung, dinding lambung mulai menghancurkan makanan. Pada saat yang sama, kelenjar mukosa pada dinding lambung mulai mengeluarkan cairan lambung (termasuk enzim dan asam lambung) untuk lebih menghancurkan makanan. Satu dari komponen cairan lambung adalah asam hidroklorida. Asam hidroklorida sangat korosif sehingga dapat melarutkan paku besi. Dinding lambung dilindungi oleh mukosa bikarbonat (lapisan penyangga

yang mengeluarkan ion bikarbonat secara regular sehingga menyeimbangkan keasaman lambung) sehingga terhindar dari sifat korosif asam hidroklorida. Gastritis terjadi ketika mekanisme pelindung oleh ion bikarbonat tidak adekuat sehingga mengakibatkan kerusakan dan peradangan dinding lambung (Barret At All., 2015).

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 berbagai berikut:

- a. Hematemesis dan melena yang berlangsung sangat hebat sehingga terjadi syok karena kehilangandarah.
- b. Sebagian besar kasus menunjukkan gejala sangat ringan bahkan asimtomatis, berbagai keluhan misalnya nyeri timbul pada ulu hati biasanya ringan dan lokasinya tidak dapat ditunjuk dengan tepat.
- c. Gastritis akut terkadang disertai dengan mualmuntah.
- d. Perdarahan saluran cerna sering merupakan satu-satunya gejala.
- e. Kasus yang sangat ringan perdarahan bermanifestasi sebagai darah samar pada tinja dan secara fisik di jumpai dengan tanda anemia defisiensi dengan etiologi yang tidak jelas.
- f. Pemeriksaan fisik biasanya tidak menemukan kelainan kecuali yang mengalami perdarahan hebat sehingga dapat menimbulkan tanda dan gejala gangguan hemodinamik nyata, seperti hipotensi pucat, keringat dingin, takikardi sampai gangguankesadaran.

5. Penatalaksanaan medis

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

a. Gastritisakut

Penatalaksanaan gastritis akut meliputi:

- 1) Mengurangi minum alcohol dan makan hingga gejala menghilang, mengubah menjadi diet yang tidak mengiritasi
- 2) Jika gejala menetap, mungkin diperlukan cairan intravena.
- 3) Jika gastritis terjadi akibat menelan asam kuat atau alkali makan encerkan dan netralkan asam dengan antasida umum, misalnya aluminium hidroksida, antagonis reseptor H₂, inhibitor pompa proton, antikolinergik dan siklifat (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 hindari emetic dan bilas lambung karena bahaya perforasi.
- 6) Antasida merupakan obat bebas yang dapat berbentuk cairan atau tablet dan merupakan obat yang umum dipakai untuk gastritis ringan. Antasida menetralkan asam lambung dan dapat menghilangkan rasa sakit akibat asam lambung dengan cepat.
- 7) Penghambat asam, ketika antasida sudah tidak dapat lagi mengatasi rasa sakit maka tindakan medis yang dapat dilakukan adalah merekomendasikan obat untuk mengurangi jumlah produksi asam lambung (cimetidine, ranitidine, nizatidin, atau famotidine).

b. Gastritis kronis

Penatalaksanaan gastritis:

- 1) Memodifikasi diet, produksi stres, dan farmakoterapi.
- 2) *Cytoprotective agents*

Obat ini melindungi jaringan yang melapisi lambung dan usus kecil. Obat golongan *Cytoprotective agents* adalah sucralfate dan misoprostol mengonsumsi obat ini secara teratur karena suatu sebab biasanya dianjurkan. *Cytoprotective agents* yang lain adalah bismuth subsalicylate yang menghambat aktivitas *Helicobacter pylori*.

3) Penghambat pompaprotan

Cara efektif mengurangi asam lambung dengan cara menutup pompa asam, dalam sel lambung penghasil asam. Penghambat pompa proton mengurangi asam dengan cara penutup kerja pompa. Termasuk obat golongan ini adalah omeprazole, lansoprazole, rebeprazole, dan esomeprazole. Obat-obat golongan ini menghambat kerja *Helicobacter pylori*.

- 4) *Helicobacter pylori* diatasi dengan antibiotic (misalnya tetrasiklin atau *amoxilin*) dan garam bismuth (peptobismol) atau terapi *Helicobacter pylori*. Terapi dalam mengatasi efeksi *Helicobacter pylori* terdapat beberapa regimen. Paling sering digunakan adalah kombinasi antibiotic dan penghambat pompa proton. Terkadang ditambahkan bismuth subsalicylate. Antibiotik berfungsi untuk membunuh bakteri, sedangkan penghambat pompa proton berfungsi untuk meringankan rasa sakit, mual, menyembuhkan inflamasi, dan meningkatkan efektifitas antibiotik. Terapi terhadap infeksi *Helicobacter pylori* tidak selalu berhasil, kecepatan untuk membunuh bakteri sangat beragam bergantung regimen yang dinggunakan. Kombinasi dari 3 obat tampak lebih efektif dari pada kombinasi 2 obat. Terapi dalam jangka (selama 2 minngu dibandingkan dengan 10 hari) tampak meningkatkan efektivitas. Dikatakan *Helicobacter pylori* sudah negative jika dilakukan pemeriksaan pernafasan dan feses kembali setelah terapi dilaksanakan. Pemeriksaan pernafasan dan feses 2 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 kenyataannya *Helicobacter pylori* (Barret At All.,2015).

6. Patofisiologi

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 sekali 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 factor defensive terganggu (Hudak & Gallo, 1996).

Penggunaan alkohol secara berlebihan, sering mengonsumsi makanan yang mengandung nitrat (bahan pengawet), terlalu asam (cuka), kafein (the 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. Stres, seperti syok, sepsis, dan trauma menyebabkan iskemia mukosa lambung. Iskemia mukosa lambung mengakibatkan peningkatan permeabilitas mukosa sehingga terjadi difusi balik H^+ ke mukosa. Mukosa tidak mampu lagi menahan asam berlebihan sehingga menyebabkan edema lalu rusak (Barret et al., 2015).

Gastritis kronis

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

a. Gastritis kronis tipe A

Gastritis kronis tipe A atau gastritis autoimun diakibatkan karena perubahan sel parietal yang menimbulkan atrofi dan infiltrasi sel. Hal ini akan dihubungkan dengan penyakit autoimun seperti anemia

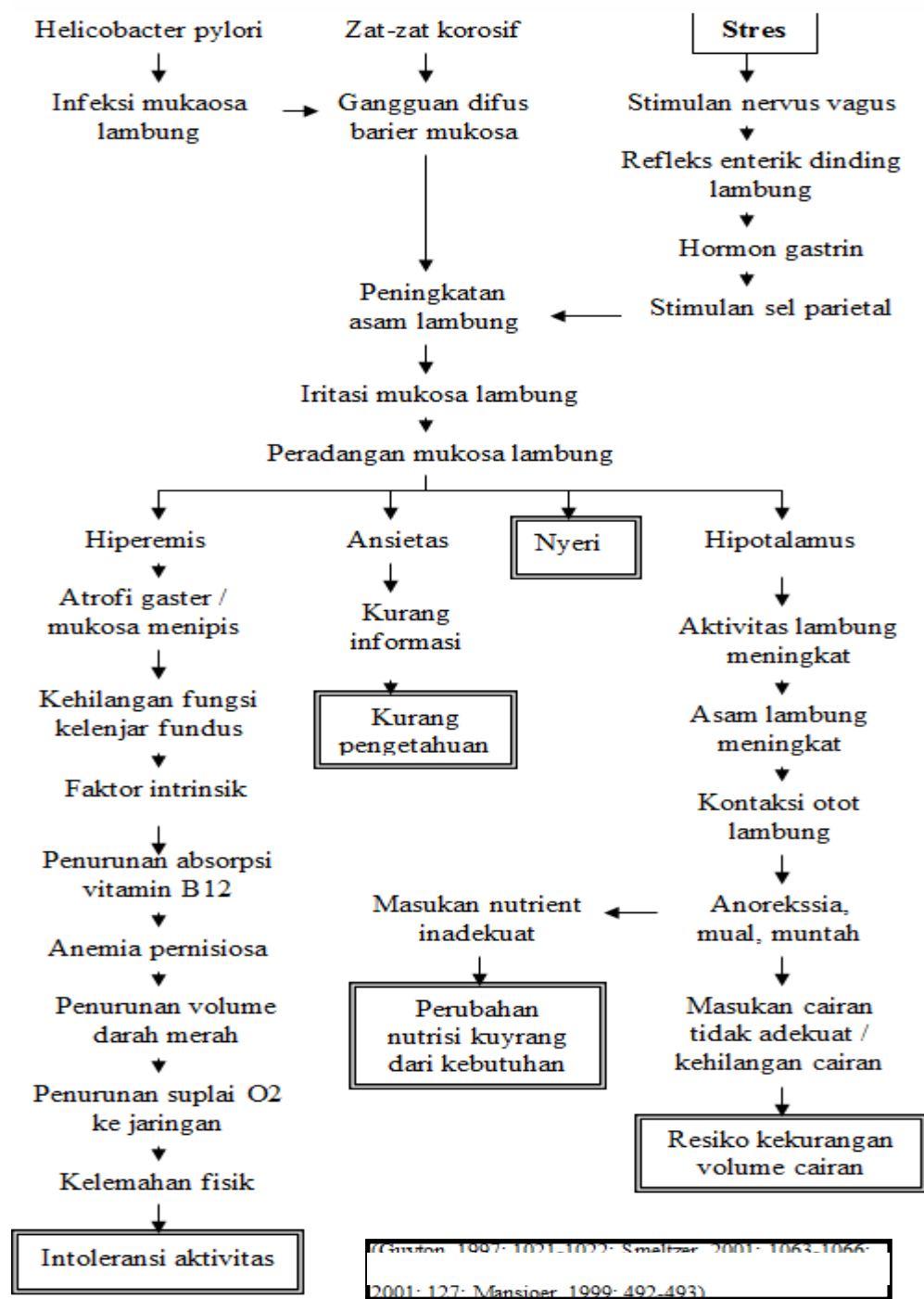
pernisiosa dan terjadi pada fundus atau korpus lambung (Barret et al., 2015)

b. Gastritis kronis tipe B

Gastritis kronis tipe B atau gastritis *Helicobacter pylori* dihubungkan dengan bakteri *Helicobacter pylori*, faktor diet (minuman panas atau pedas, penggunaan obat-obatan dan alkohol), merokok atau refluk 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. System kekebalan tubuh akan merespon infeksi bakteri *Helicobacter pylori* dengan mengirimkan butir-butir leukosit, sel *T-killer*, dan melawan infeksi lain. System 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. *Polymorphakan* 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 (perdarahan), dalam beberapa hari terjadi gastritis dan tukak lambung (Sherwood, 2014).

7. Pathway

Gambar 2.3 Pohon masalah gangguan rasa nyaman nyeri pada gastritis



8. Komplikasi

Gastritis akut

Komplikasi gastritis akut adalah perdarahan saluran cerna bagian atas berupa hematesis dan melena, dapat berakhir syok hemoragik. Khusus untuk perdarahan saluran cerna bagian atas perlu dibedakan dengan tekuk Peptik. Gambaran klinis memperlihatkan hal sama, tetapi pada tekuk peptic penyebab utama adalah *Helicobacter pylori* sebesar 100% pada tekuk duodenum dan 60-90% pada tekuk lambung. Diagnosis pasti dapat ditegakkan dengan endoskopi (Price & Wilson,1995).

Gastritis Kronis

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

D. Tinjauan konsep keluarga

1. Pengkajian

a. DataUmum

- 1) Identitas KepalaKeluarga
 - a) Nama KepalaKeluarga (KK) :
 - b) Umur(KK) :
 - c) Perkejaan KepalaKeluarga(KK) :
 - d) Pendidikan KepalaKeluarga(KK) :
 - e) Alamat dannomortelepon :

2) Genogram

Genogram harus menyangkut minimal 3 generasi, harus tertera nama, umur, kondisi kesehatan tiap keterangan gambar.

3) Tipekeluarga

Menurut Maria (2007) tipe keluarga di bagi menjadi dua, yaitu keluarga tradisional dan keluarga modern (non tradisional).

a) Tipe keluargatradisional

(1) Keluarga inti (*nuclearfamily*)

Keluarga inti merupakan keluarga kecil dalam satu rumah. Dalam keseharian, anggota keluarga inti ini hidup bersama dan saling menjaga. Mereka adalah ayah, ibu, dan anak-anak.

(2) Keluarga besar (*exstendedfamily*)

Keluarga besar cenderung tidak hidup bersama-sama dalam kehidupan sehari-hari. Hal ini disebabkan karena keluarga besar merupakan gabungan dari beberapa keluarga inti yang bersumbu dari satu keluarga inti. Satu keluarga memiliki beberapa anak, lalu anak-anaknya menikah dan memiliki anak, kemudian menikah lagi dan memiliki anak pula.

(3) Keluarga *dyad* (pasangan inti)

Tipe keluarga ini biasanya terjadi pada sepasang suami istri yang baru menikah. Mereka telah membina rumah tangga tetapi belum di karuni anak atau keduanya bersepakat untuk, tidak memiliki anak lebih dulu. Akan tetapi jika dikemudian hari memiliki anak maka status tipe keluarga ini menjadi keluargainti.

(4) Keluarga *singleparent*

Single parent adalah kondisi seseorang tidak memiliki pasangan lagi. Hal ini disebabkan karena perceraian atau meninggal dunia. Akan tetapi, *single parent* mensyaratkan adanya anak, baik anak kandung maupun anak angkat. Jika ia sendirian, maka tidak bisa dikatakan sebagai keluarga meski sebelumnya pernah membina rumah tangga.

(5) Keluarga *single adult* (bujangdewasa)

Dalam istilah kekinian, tipe keluarga ini disebut sebagai pasangan yang sedang *Long Distance Relationship* (LDR) yaitu pasangan yang mengambil jarak atau berpisah sementara waktu untuk kebutuhan tertentu, misalnya bekerja atau kuliah. Seseorang yang berada jauh dari keluarga ini kemudian ditinggal dirumah kontrakan atau indekost. Orang dewasa ini lah yang kemudian disebut sebagai *single adult*. Meski ia telah memiliki pasangan disuatu tempat namun ia terhitung *single* ditempatlain.

b) Tipe keluarga modern(nontradisional)

(1) *The unmarried teenengemother*

Belakangan ini, hubungan seks tanpa pernikahan sering terjadi di masyarakat kita. Meski pada akhirnya beberapa pasangan itu menikah, namun banyak pula yang kemudian memilih hidup sendiri, misalnya pada akhirnya si perempuan memilih merawat anaknya sendirian. Kehidupan seorang ibu bersama anaknya tanpa pernikahan inilah yang kemudian masuk dalam kategori keluarga.

(2) *Reconstituted Nuclear*

Sebuah keluarga yang tadinya berpisah, kemudian kembali membentuk keluarga inti melalui perkawinan kembali. Mereka tinggal serta hidup bersama anak-anaknya, baik anak dari pernikahan sebelumnya, maupun hasil dari perkawinan baru.

(3) *The stepparentfamily*

Dengan berbagai alasan, dewasa ini kita temui seorang anak diadopsi oleh sepasang suami istri, baik yang sudah memiliki anak maupun belum memiliki anak. Kehidupan anak dengan orangtua tirinya inilah yang bermaksud dengan *the stepparentfamily*.

(4) *Communefamily*

Tipe keluarga ini biasanya hidup di dalam penampungan atau memang memiliki kesepakatan bersama untuk hidup satu atap. Hal ini bisa berlangsung dalam waktu yang singkat, sampai dengan waktu yang lama. Mereka tidak memiliki hubungan darah namun memutuskan hidup bersama dalam satu rumah, satu fasilitas, dan pengalaman yang sama.

(5) *The non martial herterosexual conhibitangfamily*

Tanpa ikatan pernikahan, seseorang memutuskan untuk hidup bersama dengan pasangannya. Namun, dalam waktu yang relatif singkat, seseorang itu kemudian berganti pasangan lagi dan tetap tanpa hubungan pernikahan.

(6) *Gay and lesbianfamily*

Sesorang dengan jenis kelamin yang sama menyatakan hidup bersama sebagaimana pasangan suami-istri (*marital partners*).

(7) *Cohibitingcouple*

Misalnya dalam dunia perantauan, karena merasa satu Negara atau satu daerah, kemudian dua atau lebih orangbersepakatan untuk tinggal bersama tanpa adanya ikatan pernikahan. Kehidupan mereka sudah seperti kehidupan berkeluarga. Alasan untuk hidup bersama ini bisa beragam.

(8) *Group-marriagefamily*

Beberapa orang dewasa menggunakan alat-alat rumah tangga bersama dan mereka merasa sudah menikah, sehingga saling berbagi sesuatu termasuk seksual dan membesarkan anaknya bersama.

(9) *Group networkfamily*

Keluarga inti yang dibatasi oleh peraturan atau nilai-nilai, hidup bersama atau berdekatan satu sama lainnya, dan

saling menggunakan barang-barang rumah tangga bersama, pelayanan dan tanggung jawab membesarkan anaknya.

(10) *Fosterfamily*

Seorang anak kehilangan orangtuanya, lalu ada sebuah keluarga yang bersedia menampungnya dalam kurun waktu tertentu. Hal ini dilakukan hingga anak tersebut bisa bertemu dengan orangtua kandungnya. Dalam kasus lain, bisa jadi orangtua si anak menitipkan kepada seseorang dalam waktu tertentu hingga ia kembali mengambil anaknya.

(11) *Institusional*

Anak atau orang dewasa yang tinggal dalam suatu panti. Entah dengan alasan ditiptkan oleh keluarga atau memang ditemukan dan kemudian ditampung oleh panti atau dinas social.

(12) *HomelessFamily*

Keluarga yang terbentuk dan tidak memiliki perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau problem kesehatan mental.

4) Sukubangsa

Mengetahui suku dan budaya pasien beserta keluarganya merupakan hal penting. Dari budaya keluarga tersebut, kita akan mengetahui bagaimana kebiasaan-kebiasaan yang dilakukan oleh keluarga. Tentu saja tidak semua budaya dikaji, melainkan hanya yang berhubungan dengan kesehatan (Maria, 20017).

5) Agama

Semua agama ada bagian tertentu yang mengajarkan kebersihan dan kesehatan. Akan tetapi bagaimana kadar pasien dan keluarga menjalankannya. Mengetahui agama pasien dan keluarganya tidak hanya sebatas nama agamanya, melainkan bagaimana mereka mengamalkan ajaran-ajaran agamaatau

kepercayaan. Hal ini bukan untuk menjustifikasi melalui agama, melainkan mengetahui sejauh mana kesehatan keluarga dijaga melalui ajaran agama (Maria, 2017).

6) Status social ekonomikeluarga

Status ekonomi cenderung menentukan bagaimana sebuah keluarga menjaga kesehatan anggota keluarganya. Meski hal ini tidak bisa digeneralisir, namun bagi yang memiliki pendapatan yang berkecukupan, tentu anggota keluarga akan memiliki perawatan yang memadai. Setatus social tak selalu ditentukan oleh pendapatannya meski hal tersebut sangat mempengaruhi. Bisa jadi seseorang mendapatkan status social karena pengaruhnya di masyarakat atau komunitas. Selain itu, kebutuhan atau pengeluaran keluarga juga penyebab berikutnya. Artinya, perawat juga perlu mengetahui tingkat konsumsi keluarga beserta anggotanya (Maria, 2017)

7) Aktivitas rekreasi keluarga

Rekreasi bisa menentukan kadar stress keluarga sehingga menimbulkan beban pada akhirnya membuat sakit. Akan tetapi, bentuk rekreasi tidak hanya dilihat dari kemana pergi bersama keluarga, melainkan hal-hal yang sederhana yang bisa dilakukan dirumah. Misalnya menonton televisi, membaca buku, mendengarkan music, berselancar di media social, dan lain-lain (Maria, 2017).

b. Riwayat dan tahap perkembangankeluarga

1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tidak hanya dari sisi kesehatan, melainkan dari berbagai sisi. Kesehatan tidak hanya berlaku sendiri, melainkan bisa terkait dengan banyak sisi. Misalnya faktor ekonomi, karena keluarga tidak mampu mencukupi kebutuhan makan yang sehat dan aman, maka anggota keluarga mudah terserang penyakit. Tahap perkembangan keluarga ini ditentukan dengan anak tertua dari keluarga inti (Maria, 2017).

Menurut Santun & Agus, 2008 tahap dan tugas perkembangan keluarga antara lain:

- a) Pasangan pemula atau pasangan yang baru menikah
 - b) Keluarga dengan “Child bearing” kelahiran anak pertama
 - c) Keluarga dengan anak prasekolah (anak pertama berusia 6 sampai 5 tahun)
 - d) Keluarga dengan anak usia sekolah (anak pertama berusia 6-12 tahun)
 - e) Keluarga dengan anak remaja (anak pertama berusia 13-20 tahun)
 - f) Keluarga dengan melepaskan anak ke masyarakat
 - g) Keluarga dengan tahapan berduka kembali
 - h) Tahapan dengan keluarga masatua
- 2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Keluarga dan setiap anggotanya memiliki peran dan tugasnya masing-masing. Dari setiap tugas itu, sebaiknya dibuat daftar man saja tugas yang telah diselesaikan. Dengan begitu, akan tampak tugas apa saja yang belum dilaksanakan. Jika ada beberapa tugas yang belum diselesaikan, kemudian di kaji kendala apa yang menyebabkannya. Lalu apa tugas tersebut diselesaikan segera ataukah apakah bisa ditunda (Maria, 2017).

- 3) Riwayat keluarga inti

Tidak hanya dikaji tentang riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, melainkan lebih luas lagi. Apakah ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit yang berisiko menurun, bagaimana pencegahan penyakit dengan imunisasi, fasilitas kesehatan apa saja yang pernah diakses, riwayat penyakit yang pernah diderita, serta riwayat perkembangan dan kejadian-kejadian atau pengalaman yang berhubungan dengan kesehatan (Maria, 2017).

4) Riwayat keluargasebelumnya

Riwayat keluarga besar dari pihak suami istri juga dibutuhkan. Hal ini dikarenakan adanya penyakit yang bersifat genetic atau berpotensi menurun kepada anak cucu. Jika hal ini dapat dideteksi lebih awal dapat dilakukan berbagai pencegahan atau antisipasi (Maria, 2017).

c. Lingkungan

1) Karakteristikrumah

Perawat membutuhkan data karakteristik rumah yang di huni sebuah keluarga dengan melihat luas rumah, tipe rumah, jumlah ruangan dan fungsinya, sirkulasi udara dan sinar matahari yang masuk, pendingin udara (AC), pencahayaan, banyak jendela, tata letak perabotan, dan menempatkan septitank beserta kapasitas dan jenisnya, jarak sumber air dan septitank, dan lain sebagainya.

2) Karakteristik tetangga danRT/RW

Perawat perlu mencari tahu lingkungan fisik, kebiasaan, kesepakatan atau aturan penduduk setempat dan budaya yang mempengaruhi kesehatan.

3) Perkumpula keluarga berinteraksi denganmasyarakat

Setelah berintraksi dengan tetangga dan lingkaran RT/RW, tentu setiap individu tahu keluarga yang memiliki pergaulannya sendiri, baik di komunitas hobi, kantor, sekolah maupun hanya teman main. Interaksi ini juga bisa digunakan untuk mengecek jejak dari manakah penyakit yang di dapatkan oleh pasien.

4) Mobiltas geografiskeluarga

Salah satu dari perkembangan adalah mobilitas fisik.Paling minimal berpindah dari rumah orang tua menuju rumah sendiri. Atau jika merantau, dimana saja ia pernah mengontrak rumah. Atau sebagai pegawai sering di tugaskan di berbagaikota.

5) System pendukungkeluarga

Setiap keluarga tentu menyiapkan berbagai fasilitas berupa perabot bagi anggota keluarganya.Fasilitas-fasilitas inilah yang

perlu di kaji system pendukung keluarga. Selain fasilitas, data system pendukung ini juga membutuhkan fasilitas psikologis atau dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas social atau dukungan dari masyarakat setempat (Maria, 2017).

d. Struktur keluarga

1) Pola komunikasi keluarga

Perawat diharuskan untuk melakukan observasi terhadap seluruh anggota keluarga dalam berhubungan satu sama lain. Komunikasi yang berjalan baik mudah di ketahui dari anggota keluarga yang menjadi pendengar yang baik, pola komunikasi yang tepat, penyampaian pesan yang jelas, keterlibatan perasaan saat berinteraksi (Maria, 2017).

2) Struktur kekuatan keluarga

Kekuatan keluarga diukur dengan peran dominan anggota keluarga. Oleh sebab itu, seorang perawat membutuhkan data tentang siapa yang dominan dalam mengambil keputusan untuk keluarga, mengelola anggaran, tempat tinggal, tempat kerja, mendidik anak dan lain sebagainya (Maria, 2017).

3) Struktur peran anggot keluarga

Memiliki perannya masing-masing. Tidak ada satupun anggota keluarga yang terlepas dari perannya, baik dari orang tua maupun anak-anak peran ini berjalan dengan sendirinya, meski tanpa di sepakati terlebih dahulu. Akan tetapi jika peran ini tidak berjalan dengan baik, maka akan ada anggota keluarga yang di ganggu. Contohnya anak yang harus belajar atau bermain, tentu orang tua akan gelisah. Begitu pula jika orang tua atau ayah tidak bekerja, tentu anggota keluarga akan kesulitan memenuhi kebutuhannya (Maria, 2017)

4) Nilai dan norma keluarga

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

e. Fungsikeluarga

1) Fungsi efektif

- a) Bagaimana pola kebutuhan keluarga dan responnya?
- b) Apakah individu merasakan individu lain dalam keluarga?
- c) Apakah pasangan suami istri mampu menggambarkan kebutuhan persoalan dan anggota yang lain?
- d) Bagaimana sensitifitas antara anggota keluarga?
- e) Bagaimana keluarga menanamkan perasaan kebersamaan dengan anggota keluarga ?
- f) Bagaimana anggota keluarga saling mempercayai, memberikan perhatian dan saling mendukung satu sama lain?
- g) Bagaimana hubungan dan interaksi keluarga dengan lingkungan?
- h) Apakah ada kedekatan khusus anggota keluarga dengan anggota keluarga yang lain, keterpisahan dan keterikatan ?
(Maria,2017)

2) Fungsi sosialisasi

- a) Bagaimana keluarga membesarkan anak, termasuk pola control perilaku, penghargaan, disiplin, kebebasan, dan ketergantungan, hukuman, memberi dan menerima cinta sesuai dengan tingkatan usia ? siapa yang bertanggung jawab?
- b) Kebudayaan yang di anut dalam membesarkan anak ?
- c) Apakah keluarga merupakan resiko tinggi mendapatkan masalah dalam membesarkan anak?
- d) Faktor apa saja yang memungkinkan?
- e) Apakah lingkungan memberikan dukungan dalam perkembangan anak, seperti tempat bermain dan istirahat di kamar tidur sendiri ? (Maria,2017)

3) Fungsi perawatan keluarga

- a) Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggotakeluarga
- b) Bila ditemu data maladaptife, langsung melakukan peninjauan tahap 2 (berdasar lima tugas keluarga sepertibagaimana

keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan, dan memanfaatkan fasilitas kesehatan) (Achjar,2010)

f. Stress dan kopingkeluarga

1) Stressor jangkapendek

Stressor yang dialami keluarga tetapi bisa ditangani dalam jangka waktu kurang dari 6 bulan.

2) Stressor jangkaPanjang

Stressor yang dialami keluarga yang waktu penyelesaiannya lebih dari 6 bulan (Maria, 2017).

3) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi stressor Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi atau stressor (Setiadi, 2008).

4) Strategi koping yangdigunakan

Strategi apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan (Setiadi,2008).

5) Strategi adaptasidisfungsional

Dijelaskan mengenai adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan (Setiadi, 2008).

g. Pemeriksaanfisik

1) Keadaanumum

Bagaimana keadaan klien apakah lemah, letih dan lesu?

2) Tandavital

Yaitu pemeriksaan suhu, nadi, pernapasan dan tekanan darah

3) Kepala

Kebersihan kulit kepala, rambut, serta bentuk kepala, apakah ada kelainan atau lesi pada kepala.

4) Mata

Bentu mata, keadaan konjungtiva anemis/tidak, sclera ikterik/tidak dan apakah ada gangguan pada penglihatan.

5) Hidung

Biasanya terdapat pernapasan cuping hidung dan terdapat secret berlebihan.

6) Mulut

Keadaan membrane mukosa dan apakah ada gangguan menelan.

7) Leher

Apakah terjadi pembengkakan kelenjar tyroid dan apakah ada ditensi vena jugularis.

8) Thoraks

Bentuk dada simetris/ tidak, kaji pola pernapasan, apakah ada wheezing, apakah ada gangguan pada pernafasan.

a) Inspeksi

- (1) Membrane mukosa-faring tampak kemerahan
- (2) Tonsil tampak kemerahan dan edema
- (3) Tampak batuk tidak produktif
- (4) Tidak ada jaringan perut dan leher
- (5) Tidak tampak penggunaan otot-otot pernafasan tambahan, pernafasan cuping hidung

b) Palpasi

- (1) Adanya edema
- (2) Teraba adanya pembesaran kelenjar limfe pada daerah leher/ nyeri tekan pada daerah nodus limfe servikalis

c) Auskultasi

Adanya stidor atau wreezing. (Nursing student, 2015).

h. Harapan keluarga

Harapan keluarga yaitu sesuatu yang perlu diuraikan bagaimana harapan keluarga klien tentang penyakit yang sedang di derita klien, dan sebagai perawat kita harus mengetahui apa yang di harapkan klien. Harapan ini sudah seharusnya kita kejar semaksimal mungkin oleh perawat agar klien merasa puas dengan pelayanan kesehatan yang ada.

2. Analisa data

Setelah dilakukan pengkajian, selanjutnya data analisis untuk dapat dilakukan perumusan diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan keluarga disusun berdasarkan jenis diagnosis seperti:

a. Diagnosis sehat/wellness

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

b. Diagnosis ancaman (risiko)

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

c. Diagnosis nyata/gangguan

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

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

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, meliputi:
 - a) Persepsi terhadap keparahan penyakit
 - b) Pengertian
 - c) Tanda dan gejala
 - d) Persepsi keluarga terhadap masalah
- 2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi:

- a) Sejauhmana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah
 - b) Masalah dirasakankeluarga
 - c) Keluarga menyerah terhadap masalah yangdialami
 - d) Sikap negatif terhadap masalah kesehatan
 - e) Informasi yangsalah
- 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, meliputi :
- a) Bagaimana keluarga mengetahui keadaansakit
 - b) Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan
 - c) Sumber-sumber yang ada dalamkeluarga
 - d) Sikap keluarga terhadap yangsakit
- 4) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan,meliputi:
- a) Keuntungan/manfaat pemeliharaanlingkungan
 - b) Pentingnya higyenesanitasi
 - c) Upaya pencegahanpenyakit
- 5) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan, meliputi:
- a) Keberadaan fasilitaskesehatan
 - b) Keuntungan yang didapat
 - c) Pengalaman keluarga yang kurangbaik
 - d) Pelayanan kesehtan yang terjangkau oleh keluarga Sebelum menentukan diagnosa keperawatan tentu harusmenyusun prioritas masalah dengan menggunakan proses skoring seperti pada table:

Table 2.3

Skoring Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1	Sifat masalah		
	1.Tidak kurang/sehat	3	1
	2.Ancaman kesehatan	2	
3.Keadaan sejahtera	1		
2	Kemungkinan masalah dapat diubah		
	1.Mudah	2	2
	2.Sebagian	1	
3.Tidak dapat	0		
3	Potensi masalah untuk dicegah		
	1.Tinggi	3	1
	2.Cukup	2	
3.Rendah	1		
4	Masalah menonjol		
	1.Masalah yang benar-benar harus ditangani	2	1
	2.Ada masalah tapi tidak segera ditangani	1	
3.Masalah tidak dirasakan	0		

Sumber: Maria, 2017

Skoring

- Tentukan angka dari skor tertinggi terlebih dahulu. Biasanya angka tertinggi adalah 5.
- Skor yang dimaksud diambil dari skala prioritas. Tentukan skor pada setiap kriteria.
- Skor dibagi dengan angka tertinggi.
- Kemudian dikalikan dengan bobot skor.
- Jumlah skor dari semua kriteria.

3. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien, individu,

keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. (SDKI PPNI, 2016).

a. Gangguan rasa nyaman

Perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial.

b. Defisitnutrisi

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

4. 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 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 menggunakan SMART (S=spesifik, M=measurable/dapat diukur, A=achievable/dapat dicapai, R=reality, T=time limited/punya limit waktu) (Achjar, 2010).

5. Implementasi

Implementasi merupakan tahap dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan. Perawat mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dan partisipasi klien dalam tindakan keperawatan berpengaruh pada hasil yang diharapkan (Tim Pokja DPP PPNI, 2018).

6. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Tahap ini perawat melihat perkembangan pasien berdasarkan hasil dari tindakan yang diberikan. Tujuannya adalah untuk kriteria hasil dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan (Tarwoto & Wartona, 2015).

Tabel 2.4 Rencana keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan		Evaluasi		Intervensi
	Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
1. Rasa Nyaman Nyeri berubungan dengan Ketidakmampuan keluarga mengenal penyakit Gastritis	Setelah dilakukan kunjungan sebanyak 3x diharapkan nyeri pada Nn. R berkurang	Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 3x dan diharapkan keluarga mampu: TUK 1 1. Mengenal masalah kesehatan tentang rasa nyaman nyeri	Mengenal masalah kesehatan tentang gangguan rasa nyaman nyeri: 1. Menyebutkan pengertian masalah rasa nyamannyeri 2. Menyebutkan penyebab rasa nyeri muncul	1. Keluarga mampu menjelaskan pengertian nyeri. "Nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu". 2. Keluarga mampu menyebutkan penyebab rasa nyeri. " Yaitu yang pertama ada nyeri fisik yaitu nyeri yang disebabkan oleh fraktur fisik berkaitan dengan terganggunya serabut saraf reseptor nyeri".	1. Diskusikan bersama keluarga tentang apa itu rasa nyaman nyeri karena gastritis 2. Berikan keluarga kesempatan untuk bertanyakembali 3. Evaluasi kembali pengertian rasa nyaman nyeri 4. Beri pujian atasjawaban keluarga

Tabel 2.4 Rencana keperawatan

Diagnosis	Tujuan		Evaluasi		Intervensi
	Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
		Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 3x dan diharapkan keluarga mampu: TUK 2 1. Mengambil keputusan untuk merawat anggota	Keluarga mampu menyebutkan apabila gastritis tidak di atasi	1. Menyebutkan 1 dari 2 nyeri karena gastritis apabila tidak diatasi <ul style="list-style-type: none"> • Ulkuspeptikum • Kanker lambung 	1. Diskusikan kepada keluarga tentang apa yang terjadi jika gastritis tidak ditangani 2. Berikan kesempatan keluarga untuk bertanya apabila ada yang belum dimengerti
		TUK 3 1. Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan nyaman nyeri akibat gastritis	Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang menderita nyaman nyeri akibat gastritis	Menyebutkan 2 dari 5 cara mengurangi rasa nyeri akibat gastritis: <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan teknikrelaksasi 2. Melakukan teknikdistraksi 3. Memberikan posisi yang nyaman 4. Lakukan teknik relaksi dan distraksi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusi kan dengan keluarga cara mengurangi rasanyeri 2. Memberikan posisi yang nyaman 3. Berikan terapiakupresur 4. Ajarkan teknikrelaksasi 5. Ajarkan teknikdistraksi 6. Ajarkan teknik pernafasan 7. Memotivasi keluarga untuk memberikan makanan lunak sedikit demi sedikit dan berikan minum hangat

Tabel 2.4 Rencana keperawatan

Diagnosa	Tujuan		Kriteria		Intervensi
	Umum	Khusus	Evaluasi	Standar	
		TUK 4 Keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang baik untuk klien penderita nyeri pada gastritis	Menyebutkan cara memelihara atau memodifikasi lingkungan yang mendukung untuk klien penderita nyeri padagastritis	Lingkungan yang tepat untuk klien nyeri pada gastritis yaitu: 1. Lingkungan bersih dan nyaman 2. Tidak lembab 3. Tidak berdebu 4. Tidak berisik	1. Diskusikan bersama keluarga tentang bagaimana mempertahankan lingkungan yang sehat 2. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya kembali 3. Evaluasi tentang bagaimana mempertahankan lingkungan yang sehat dan bersih
		TUK 5 1. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas layanan kesehatan	Menjelaskan fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat digunakan atau dimanfaatkan	Fasilitas kesehatan yang dapat digunakan adalah: 1. Rumah sakit 2. Puskesmas 3. Praktek dokter	1. Kaji pengetahuan keluarga tentang pelayanan kesehatan untuk pengobatan serta perawatan nyeri pada gastritis 2. Berikan penjelasan pada keluarga tentang pelayanan kesehatan untuk pengobatan dan perawatan penyakit gastritis 3. Berikan kesempatan keluarga untuk bertanya