

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA TN. J DENGAN
GASTRITIS PADA NY. M DI KAMPUNG DAYEUH MANGGUNG RT 003
RW 001 DESA SINDANG MEKAR KECAMATAN WANARAJA
KABUPATEN GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan di
STIKes Karsa Husada Garut**

Disusun Oleh :

THAREQ MUHAMMAD FADILLAH

NIM : KHGA 19088



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
2022**

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA TN. J
DENGAN GASTRITIS PADA NY. M DI KP. DAYEUH
MANGGUNG, RT 003, RW 001, DESA SINDANG
MEKAR, KECAMATAN WANARAJA, KABUPATEN
GARUT

NAMA : THAREQ MUHAMMAD FADILLAH

NIM : KHGA 19088

**Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Disetujui Untuk Disidangkan Dalam
Ujian Akhir Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut**

Garut, Juli 2022

Menyetujui,

Pembimbing

Ns. Tantri Puspita, S.Kep., MNS.

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA TN. J
DENGAN GASTRITIS PADA NY. M DI KP. DAYEUH
MANGGUNG, RT 003, RW 001, DESA SINDANG
MEKAR, KECAMATAN WANARAJA, KABUPATEN
GARUT

NAMA : THAREQ MUHAMMAD FADILLAH

NIM : KHGA 19088

Garut, Juli 2022

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

Dede Suharta, S.Kep., M.Pd.

H. Aceng Ali, S.Kep., Ners., M.H.Kes.

Mengetahui,
Ketua Program Studi D III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Mengesahkan,
Pembimbing

K. Dewi Budiarti, S.Kp., M.Kep.

Ns. Tantri Puspita, S.Kep., MNS.

ABSTRAK

IV BAB, 89 Halaman, 13 tabel, 2 Gambar, 3 lampiran.

Karya tulis ilmiah ini berjudul Asuhan Keperawatan Pada Keluarga Tn. J Dengan Gastritis Pada Ny. M Di Kampung Dayeuh Manggung RT 003 RW 001 Desa Sindang Mekar Kecamatan Wanaraja Kabupaten Garut. Pembuatan karya tulis ilmiah dilatar belakangi oleh jumlah penderita di UPT puskesmas wanaraja di perkirakan sekitar 3176 penduduk yang menderita gastritis. Gastritis adalah proses inflamasi pada lapisan mukosa dan submukosa lambung. Tujuan di buatnya karya tulis ilmiah ini adalah untuk meningkatkan kemampuan dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan baik dalam pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan pendokumentasian hasil asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Adapun metode penulisan adalah metode deskriptif dengan tehnik wawancara, observasi, partisipasi aktif, dan studi kepustakaan, masalah yang di temukan pada keluarga Tn. J yaitu Nyeri akut, dan defisit pengetahuan. Perencanaan disusun sesuai dengan permasalahan yang di dapat dengan melibatkan keluarga. Dari hasil perencanaan maka penulis melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan dengan cara penyuluhan dan demonstrasi. Pada kedua masalah yang muncul semua dapat teratasi dengan baik. Kesimpulan yang dapat diambil dari karya tulis ilmiah ini adalah pelaksanaan asuhan keperawatan dengan gastritis pada Ny. M memerlukan pengawasan serta tindakan keperawatan yang efektif dan komprehensif untuk mencegah timbulnya berbagai masalah.

Kata Kunci : Gastritis, Asuhan Keperawatan keluarga
Daftar pustaka : 27 Buah (2012 – 2018)

ABSTRACT

IV CHAPTER, 89 pages, 13 tables, 2 pictures, 3 appendices.

This scientific paper is entitled Nursing Family Care for Mr. J With Gastritis In Mrs. M In Kampung Dayeuh Manggung RT 003 RW 001 Desa Sindang Mekar Kecamatan Wanaraja Kabupaten Garut. The background of making scientific papers is that the number of patients at the UPT Puskesmas Wanaraja is estimated to be around 3176 residents who suffer from gastritis. Gastritis is an inflammatory process of the mucosa and submucosa of the stomach. The purpose of making this scientific paper is to improve the ability to carry out Nursing Care both in the assessment, diagnosis, planning, implementation, evaluation, and documentation of the results of nursing care that has been carried out. The writing method is a descriptive method with interview techniques, observation, active participation, and literature study, the problems found in the family of Mr. J is Acute pain, and knowledge deficit. Planning is prepared according to the problems obtained by involving the family. From the results of planning, the authors carry out the actions that have been planned by way of counseling and demonstrations. In both problems that arise all can be resolved properly. The conclusion that can be drawn from this scientific paper is the implementation of nursing care with gastritis in Ny. M requires supervision and effective and comprehensive nursing actions to prevent various problems.

Keywords : Gastritis, Family Nursing
Bibliography : 27 pieces (2012 – 2018)

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim,

Assalamualaikum Wr. Wb.

Puji syukur panjatkan kepada Allah SWT yang telah memberikan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan pembuatan karya tulis ini yang berjudul Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. J Dengan Gastritis Pada Ny. M Di Kampung Dayeuh Manggung, RT 003, RW 001, Desa Sindang Mekar, Kecamatan Wanaraja, Kabupaten Garut.

Adapun maksud dari penyusun laporan studi kasus ini adalah untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Program Diploma III Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.

Penulis menyadari bahwa dalam menyusun laporan ini tidak terlepas dari peran serta bantuan dari berbagai pihak, baik bantuan berupa moril maupun material. Oleh Karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak DR. H. Hadiat, MA selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H.D. Saefudin, S.Sos., M.M.Kes selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, S. Kp., M. Kep selaku Ketua Prodi D III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.

5. Bapak Dede Suharta, S.Kep., M.Pd selaku pembimbing akademik.
6. Ibu Tantri Puspita, S.Kep., Ners., MNS selaku dosen pembimbing yang telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan karya tulis ilmiah.
7. Seluruh Staf dan Dosen Prodi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut, yang telah memberikan bantuan dorongan dan juga ilmunya selama penulis mengikuti pendidikan program D III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.
8. Seluruh Staf dan Karyawan tata usaha dan perpustakaan Prodi D III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut yang telah memberi bantuan dalam penyediaan buku sumber.
9. Puskesmas Wanaraja beserta para perawat yang telah memberikan begitu banyak ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat.
10. Tn. J beserta keluarga, atas ketersediaannya bekerja sama dengan penulis selama melakukan Asuhan Keperawatan.
11. Kedua orang tua tercinta, selaku motivator terbesar saya dalam hidup yang telah membesarkan, mendidik, merawat dan memberikan doa restu, dukungan, perhatian, pengertian dan kasih sayang serta pengorbanan yang tak ternilai harganya hingga penulis dapat menyelesaikan studi ini.
12. Kepada keluarga yang telah memberikan doa serta motivasi kepada penulis.
13. Kepada teman terdekat saya Firda Farhani yang telah membantu, menemani, memberikan semangat serta dorongan dan kebersamaan selama pengerjaan ini.

14. Untuk rekan-rekan Tingkat 3 Khususnya 3B, terimakasih banyak atas dorongan moral dan segala momen kebersamaan penulis dengan mereka selama ini, semoga kita bisa lebih sukses lagi di masa yang akan datang.

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun untuk perbaikan di masa yang akan datang. Semoga amal kebaikan yang telah diberikan kepada penulis mendapat imbalan dan Ridho Allah SWT. Amin. Penulis juga berharap semoga karya tulis ini bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan keperawatan, khususnya bagi penulis dan umumnya bagi pembaca.

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulis	3
C. Metode Telaahan	5
D. Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN TEORITIS	
A. Konsep Dasar Keluarga	8
1. Definisi Keluarga	8
2. Tipe Keluarga	9
3. Struktur Keluarga	11
4. Ciri-ciri Struktur Keluarga	12
5. Peran Keluarga	13
6. Fungsi Keluarga	14

7. Tugas Kesehatan Keluarga	15
8. Peran perawat dalam keperawatan keluarga	17
B. Konsep Penyakit	20
1. Definisi Gastritis	20
2. Etiologi Gastritis	21
3. Patofisiologi Gastritis	23
4. Pathway	25
5. Manifestasi Klinis Gastritis	26
6. Pemeriksaan Penunjang	26
7. Penatalaksanaan Medis	27
8. Komplikasi	28
9. Pencegahan	29
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	30
1. Pengkajian	30
2. Diagnosa Keperawatan	38
3. intervensi keperawatan	39
4. Implementasi Keperawatan	46
5. Evaluasi Keperawatan	46

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus	48
1. Pengkajian	48
2. Diagnosa Keperawatan	70
3. intervensi keperawatan	73

4. Implementasi Keperawatan dan Evaluasi	77
5. Catatan Perkembangan	80
B. Pembahasan	85
1. Pengkajian	85
2. Diagnosa Keperawatan	86
3. Intervensi Keperawatan	86
4. Implementasi Keperawatan	87
5. Evaluasi Keperawatan	88

BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan	89
B. Rekomendasi	91

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Distribusi Frekuensi Penyakit 10 Besar	2
Table 2.1 Intervensi keperawatan	39
Table 3.1 Komposisi Keluarga	48
Table 3.2 Pemeriksaan Fisik	58
Table 3.3 Tingkat Kemandirian Keluarga	64
Table 3.4 Skoring Prioritas Masalah Nyeri akut	65
Table 3.5 Skoring Prioritas Masalah Defisit Pengetahuan	66
Table 3.6 Aktivitas sehari -hari	67
Table 3.7 Analisa Data	69
Table 3.8 Intervensi Keperawatan	73
Tabel 3.9 Implementasi Keperawatan dan Evaluasi	77
Tabel 3.10 Catatan Perkembangan Hari ke – 1	80
Tabel 3.11 Catatan Perkembangan Hari ke – 2	83

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Genogram.....	49
Gambar 3.2 Denah Rumah	51

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran Satuan Acara Penyuluhan Gastritis

Lampiran *Leaflet*

Lampiran Format Bimbingan

Lampiran Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Sehat merupakan suatu keadaan sejahtera yang meliputi fisik, mental dan sosial yang tidak hanya bebas dari penyakit atau kecacatan (WHO, 2015). Makanan sangat penting bagi tubuh kita. Kebutuhan tubuh kita asupan zat gizi berupa karbohidrat, lemak, protein dan senyawa zat gizi lainnya. Asupan makanan tersebut harus ditunjang dengan pola makan yang sehat sesuai. Pola makan yang teratur sangat penting untuk kesehatan tubuh kita, meskipun kebiasaan makan yang tidak teratur dapat menyebabkan sistem pencernaan. Masalah pencernaan seharusnya tidak memiliki berbagai gangguan atau penyakit pencernaan bisa terjadi dan sering diabaikan oleh banyak orang, salah satunya adalah Gastritis atau yang biasa kita sebut dengan penyakit maag (Sulastri 2012).

Gastritis merupakan suatu keadaan peradangan atau perdarahan mukosa Lambung yang dapat bersifat akut, kronis, difus, atau lokal. Dua jenis gastritis yang paling sering terjadi adalah gastritis superfisialis akut dan gastritis atrofik kronis (Sylvia, 2012). Gastritis atau maag adalah peradangan mukosa lambung yang disebabkan oleh iritasi dan infeksi. Radang perut ini jika tidak diobati dapat merusak fungsi perut dan meningkatkan risiko menyebabkan kematian akibat kanker lambung (Putri, Rezal dkk, 2017).

Badan kesehatan dunia *World Health Organization* (WHO, 2017) mengadakan peninjauan diberbagai Negara dunia dan mendapatkan hasil presentase dari angka kejadian gastritis di dunia diantaranya Inggris 22 %, Cina 31%, Jepang 14%, Kanada 35%, Prancis 29,5%. Di dunia, insiden gastritis sekitar 1,8 sampai 2,1 juta dari jumlah penduduk setiap tahunnya. Prevalensi gastritis yang diinformasi melalui endoscopi pada populasi Shanghai sekitar 17,2 persen. Angka kejadian gastritis di Indonesia menurut *World Health Organization* (WHO, 2017) adalah 40,8%. Prevalensi di Indonesia cukup tinggi yaitu 274,396 kasus dari 238,452,952 jiwa penduduk.

UPT puskesmas Wanaraja merupakan satu tempat pelayanan kesehatan di Kabupaten Garut, UPT Puskesmas Wanaraja merupakan Puskesmas Rawat Jalan dan Rawat Inap. Berdasarkan laporan tahunan UPT Puskesmas Wanaraja pada bulan Januari – Desember tahun 2021 data penyakit Gastritis ke 2 di Kecamatan Wanaraja dengan jumlah jiwa 60.000.

Tabel 1.1

**Laporan Tahunan UPT Puskesmas Wanaraja Kecamatan Wanaraja
Kabupaten Garut**

No	Jenis Penyakit	Jumlah Kasus
1	<i>Commond cold</i>	3250
2	Gastritis	3176
3	Hipertensi	3085
4	Myalgia	2095
5	Dermatitis	2071
6	Gastroenteritis	2007
7	Dental	1535
8	Konjungtivitis	1352
9	Faringitis	1321
10	Laringitis	1015

Sumber : data rekam medik Puskesmas Wanaraja, periode bulan Januari - Desember 2021.

Tingkat kesadaran masyarakat masih sangat rendah mengenai pentingnya merawat kesehatan pada tubuh kita. Banyak sekali masyarakat yang masih menyepelekan penyakit gastritis. Masyarakat menganggap penyakit ini hanya biasa saja dan tidak terlalu berbahaya. Kebiasaan masyarakat dalam mengatur pola makan dapat memicu timbulnya penyakit gastritis.

Kita bisa lihat dari tabel di atas bahwa jumlah penyakit gastritis menempati urutan ke 2 sebanyak 3176 orang dari 10 besar penyakit. Dampak dari gastritis terhadap keluarga dapat membantu ketidakmampuan keluarga melakukan peran, fungsi dan tugas keluarga secara optimal.

Berdasarkan data di atas, maka penulis tertarik untuk mengangkat penyakit gastritis ini menjadi karya tulis ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Keluarga Tn. J Dengan Gastritis Pada Ny. M Di Kampung Dayeuh Manggung, RT 003, RW 001, Desa Sindang Mekar Kecamatan Wanaraja Kabupaten Garut”**.

B. Tujuan Penulis

1) Tujuan umum

Mampu melakukan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek bio-psik-sosial dan spiritual melalui pendekatan proses keperawatan dengan gastritis.

2) Tujuan khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada keluarga Tn. J dengan penyakit gastritis pada Ny. M di Kampung Dayeuh Manggung RT 003 RW 001 Desa Sindang Mekar Kecamatan Wanaraja Kabupaten Garut.
- b. Mampu menentukan diagnosa keperawatan pada keluarga Tn. J dengan penyakit gastritis pada Ny. M di Kampung Dayeuh Manggung RT 003 RW 001 Desa Sindang Mekar Kecamatan Wanaraja Kabupaten Garut.
- c. Mampu menentukan perencanaan keperawatan pada keluarga Tn. J dengan penyakit gastritis pada Ny. M di Kampung Dayeuh Manggung RT 003 RW 001 Desa Sindang Mekar Kecamatan Wanaraja Kabupaten Garut.
- d. Mampu melakukan implementasi keperawatan pada keluarga Tn. J dengan penyakit gastritis pada Ny. M di Kampung Dayeuh Manggung RT 003 RW 001 Desa Sindang Mekar Kecamatan Wanaraja Kabupaten Garut.
- e. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada keluarga Tn. J dengan penyakit gastritis pada Ny. M di Kampung Dayeuh Manggung RT 003 RW 001 Desa Sindang Mekar Kecamatan Wanaraja Kabupaten Garut.
- f. Mampu melakukan dokumentasi keperawatan pada keluarga Tn. J dengan penyakit gastritis pada Ny. M di Kampung Dayeuh Manggung RT 003 RW 001 Desa Sindang Mekar Kecamatan Wanaraja Kabupaten Garut.

C. Metode Telaahan

1. Tempat dan waktu

Studi kasus ini dilakukan dikampung Dayeuh Manggung, RT 003, RW 001, Desa Sinda Mekar, Kecamatan Wanaraja, Kabupaten Garut, tanggal 05 Desember 2021.

2. Teknik pengumpulan data

Menurut Sugiyono (2017) cara atau teknik pengumpulan data dapat Dilakukan dengan interview (wawancara), kuesioner (angket), observasi (pengamatan), dan gabungan ketiganya. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini memerlukan data obyektif dan relevan Dengan melakukan pengumpulan data dengan menggunakan teknik pengumpulan data sebagai berikut.

a. Wawancara

Pengumpulan data dengan cara wawancara secara langsung kepada keluarga.

b. Observasi

Pengumpulan data dengan melihat langsung objek dengan menggunakan seluruh indera terhadap keluarga dan lingkungan.

c. Studi Kepustakaan

Metode pengumpulan data dengancara mengumpulkan materi yang berhubungan guna dijadikan sebagai landasan teori dalam setiap melakukan tindakan.

Menurut Sugiyono (2017) mengungkapkan bahwa “studi kepustakaan Berkaitan dengan kajian teoritis dan referensi lain yang terkait dengan nilai,

budaya, dan norma yang berkembang pada situasi sosial yang diteliti”. Dengan ini penulis menggunakan studi kepustakaan berupa buku-buku dan juga jurnal ilmiah terkait dengan penulisan Tugas Akhir.

d. Studi Dokumenter

Dilakukan dengan cara mengumpulkan, menganalisis dokumen-dokumen, catatan-catatan yang penting dan berhubungan serta dapat memberikan data-data untuk memecahkan permasalahan dalam penelitian.

D. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan ini terdiri dari 3 bagian yang tersusun secara sistematis yaitu : bagian awal, inti, dan akhir.

Bagian awal berisi antara lain :

Halaman judul, halaman pengesahan, kata pengantar, daftar isi, daftar lampiran, daftar tabel, daftar gambar.

Bagian inti terdiri dari penulisan karya tulis ilmiah ini disusun secara sistematis yang terdiri dari empat bab, yaitu :

BAB I : Pendahuluan yang meliputi latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan dan teknik penulisan.

BAB II : Tinjauan pustaka yang mencakup konsep dasar medis meliputi definisi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, pemeriksaan diagnostik dan penatalaksanaan. Sedangkan konsep dasar keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan dan rencana keperawatan.

BAB III : Tinjauan kasus yang mencakup hasil pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi.

BAB IV : Penutup yang meliputi kesimpulan dan saran.

Bagian akhir berisikan daftar pustaka yang memuat referensi yang dipergunakan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini beserta lampiran.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep dasar keluarga

1. Definisi keluarga

Keluarga adalah sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosi, dan sosial dari tiap anggota (Harmoko, 2012).

Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat. Keluarga didefinisikan dengan istilah kekerabatan dimana individu bersatu dalam suatu ikatan perkawinan dengan menjadi orang tua. Dalam arti luas anggota keluarga merupakan mereka yang memiliki hubungan personal dan timbal balik dalam menjalankan kewajiban dan memberi dukungan yang disebabkan oleh kelahiran, adopsi, maupun perkawinan (Stuart, 2013).

Keluarga secara universal diartikan sebagai landasan dasar unit sosial ekonomi terkecil dari seluruh institusi dalam warga. Keluarga terdiri dari dua maupun lebih orang yang mempunyai ikatan interpersonal, ikatan darah, ikatan pernikahan, hidup dalam satu rumah tangga serta adopsi (Bakri & Maria, 2017).

Dari ketiga definisi di atas dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah sekumpulan orang yang mempunyai hubungan ikatan darah, hubungan perkawinan dan adopsi yang hidup dalam satu rumah.

2. Tipe keluarga

Menurut Harmoko (2012), tipe keluarga tergantung pada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokkan yaitu:

a. Secara tradisional

1) Keluarga inti (*nuclear family*)

Keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi keduanya.

2) Keluarga besar (*extended family*)

keluarga inti ditambah anggota keluarga yang lain yang masih mempunyai hubungan (kakek-nenek, paman-bibi).

b. Secara Modern

1) *Traditional nuclear*

Merupakan keluarga inti ayah, ibu, dan anak tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja diluar rumah.

2) *Reconstituted nuclear*

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

3) *Middle age/aging couple*

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

4) *Dyadic nuclear*

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

5) *Single parent,*

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

6) *Dual carrier*

Suami istri atau keduanya orang karier dan tanpa anak.

7) *Commuter married*

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

8) *Single adult*

Wanita atau pria dewasa 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) *Comunal*

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

12) *Group marriage*

suatu perumahan terdiri dari orang tua dan keturunannya didalam 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 di adopsi.

14) *Cohibing coiple*

Dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa kawin.

15) *Gay and lesbian family*

Keluarga yang dibentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama.

3. **Struktur Keluarga**

a. Pola Komunikasi keluarga

komunikasi dalam keluarga berfungsi apabila dilakukan secara terbuka, jujur, berpikiran positif dan selalu berupaya menyelesaikan konflik keluarga.

b. Struktur Peran

merupakan serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang diberikan. Bapak berperan sebagai kepala rumah tangga, ibu berperan dalam wilayah domestik, anak dan lain sebagainya memiliki peran masing-masing dan diharapkan saling mengerti dan saling mendukung.

c. Struktur Kekuatan

menggambarkan adanya kekuasaan atau kekuatan dalam sebuah keluarga yang digunakan untuk mengendalikan dan mempengaruhi anggota keluarga untuk mengubah perilaku anggotanya kearah positif, baik dari sisi perilaku maupun kesehatan.

d. Nilai-nilai dalam kehidupan keluarga

Nilai merupakan suatu sistem, sikap dan kepercayaan yang mempersatukan anggota keluarga dalam satu budaya. Sedangkan norma adalah perilaku yang baik, menurut masyarakat berdasarkan sistem nilai dalam keluarga (Bakri, 2017).

4. Ciri-ciri struktur keluarga

Ciri-ciri struktur dalam keluarga menurut Harmoko (2012), yaitu:

- a. Terorganisir, yaitu saling berhubungan, saling ketergantungan antara anggota keluarga.
- b. Ada keterbatasan dimana setiap anggota memiliki kebebasan tetapi mereka juga mempunyai keterbatasan dalam menjalankan fungsi dan tugasnya masing-masing.

- c. Ada perbedaan dan kekhususan, yaitu, setiap anggota keluarga mempunyai peranan dan fungsinya masing-masing.

5. Peran Keluarga

Peran keluarga adalah tingkah laku spesifik yang diharapkan oleh seseorang dalam konteks keluarga. Peranan keluarga menggambarkan perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peran individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat. Setiap anggota keluarga mempunyai peran masing-masing menurut (Harnilawati, 2013), yaitu :

a. Ayah

Ayah sebagai pemimpin keluarga mempunyai peran sebagai pencari nafkah, pendidik, pemberi rasa nyaman bagi setiap anggota keluarga dan sebagai anggota masyarakat kelompok sosial tertentu.

b. Ibu

Ibu sebagai pengurus rumah tangga, pengasuh, pendidik anak anak, pencari nafkah tambahan dan sebagai anggota masyarakat kelompok sosial tertentu.

c. Anak

Anak sebagai pelaku psikososial sesuai dengan perkembangan fisik, sosial, mental dan spiritual.

6. Fungsi Keluarga

Terdapat 8 fungsi keluarga dan berikut penjelasannya antara lain (Wirdhana et. al., 2013) :

a. Fungsi Keagamaan

Fungsi keluarga sebagai tempat pertama seorang anak mengenal, menanamkan dan menumbuhkan serta mengembangkan nilai-nilai agama, sehingga bisa menjadi insan-insan yang agamis, berakhlak baik dengan keimanan dan ketakwaan yang kuat kepada Tuhan Yang Maha Esa.

b. Fungsi Sosial Budaya

Fungsi keluarga dalam memberikan kesempatan kepada seluruh anggota keluarganya dalam mengembangkan kekayaan sosial budaya bangsa yang beraneka ragam dalam satu kesatuan.

c. Fungsi Cinta dan Kasih Sayang

Fungsi keluarga dalam memberikan landasan yang kokoh terhadap hubungan suami dengan istri, orang tua dengan anak-anaknya, anak dengan anak, serta hubungan kekerabatan antar generasi sehingga keluarga menjadi tempat utama bersemainya kehidupan yang penuh cinta kasih lahir dan batin.

d. Fungsi Perlindungan

Fungsi keluarga sebagai tempat berlindung keluarganya dalam menumbuhkan rasa aman dan tentram serta kehangatan bagi setiap anggota keluarganya.

e. Fungsi Reproduksi

Fungsi keluarga dalam perencanaan untuk melanjutkan keturunannya yang sudah menjadi fitrah manusia sehingga dapat menunjang kesejahteraan umat manusia secara universal.

f. Fungsi Sosialisasi dan Pendidikan

Fungsi keluarga dalam memberikan peran dan arahan kepada Keluarganya dalam mendidik keturunannya sehingga dapat menyesuaikan kehidupannya di masa mendatang.

g. Fungsi Ekonomi

Fungsi keluarga sebagai unsur pendukung kemandirian dan ketahanan keluarga.

h. Fungsi Pembinaan Lingkungan

Fungsi keluarga dalam memberi kemampuan kepada setiap anggota keluarganya sehingga dapat menempatkan diri secara serasi, selaras, dan seimbang sesuai dengan aturan dan daya dukung alam dan lingkungan yang setiap saat selalu berubah secara dinamis.

7. Tugas Kesehatan Keluarga

Tugas kesehatan keluarga menurut Nadirawati (2018) adalah sebagai berikut :

a. Mengenal masalah kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan, karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang

dialami oleh anggota keluarganya. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga, secara tidak langsung akan menjadi perhatian keluarga atau orang tua. Apabila menyadari adanya perubahan, keluarga perlu mencatat kapan terjadinya, dan seberapa besar perubahannya.

b. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat

Tugas ini merupakan upaya utama keluarga untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara anggota keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan sebuah tindakan. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan yang sedang terjadi dapat dikurangi atau teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan dalam mengambil keputusan, maka keluarga dapat meminta bantuan kepada orang lain di lingkungan tempat tinggalnya.

c. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit

Sering kali keluarga telah mengambil tindakan yang tepat, tetapi jika keluarga masih merasa mengalami keterbatasan, maka anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.

d. Mempertahankan suasana rumah yang sehat

Rumah merupakan tempat berteduh, berlindung, dan bersosialisasi bagi anggota keluarga. Sehingga anggota keluarga akan memiliki waktu

lebih banyak berhubungan dengan lingkungan tempat tinggal. Oleh karena itu, kondisi rumah haruslah dapat menjadikan lambang ketenangan, keindahan, ketentraman, dan dapat menunjang derajat kesehatan bagi anggota keluarga.

e. Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat

Apabila mengalami gangguan atau masalah yang berkaitan dengan kesehatan keluarga atau anggota keluarga harus dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada disekitarnya. Keluarga dapat berkonsultasi atau meminta bantuan tenaga keperawatan untuk memecahkan masalah yang di alami anggota keluarganya, sehingga keluarga dapat bebas dari segala macam penyakit.

8. Peran Perawat Dalam Keperawatan Keluarga

Peran perawat dalam keperawatan keluarga merupakan tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai dengan kedudukan dan sistem, dimana dapat dipengaruhi oleh keadaan sosial, baik dari profesi perawat maupun dari luar profesi keperawatan yang bersifat konstan.

Peran perawat menurut Nadirawati (2018) dalam keperawatan keluarga di antaranya adalah :

a. Pendidik

Perawat berperan dalam mendidik keluarga tentang sehat-sakit, baik pada tatanan formal maupun informal. Peran ini mengajarkan kepada keluarga tentang kesehatan dan penyakit.

b. Fasilitator

Mengelola dan bekerja dengan anggota keluarga, pelayanan kesehatan dan sosial, serta sektor lain untuk meningkatkan akses mendapatkan pelayanan kesehatan. Disamping itu perawat juga harus mampu menjembatani dengan baik terhadap pemenuhan kebutuhan keamanan klien dan keluarga sehingga faktor resiko dalam ketidakmampuan pemenuhan kebutuhan keamanan dapat di atasi.

c. Koordinator

Perawat berperan dalam melakukan koordinasi pelayanan kesehatan yang diterima keluarga dan kolaborasi dengan keluarga dalam menyusun perencanaan, serta sebagai penghubung sumber-sumber yang dibutuhkan klien. Pemberi asuhan keperawatan Peran ini menempatkan perawat sesuai dengan tugas perawat, yaitu memberi asuhan keperawatan yang professional kepada individu keluarga karena terbatasnya pengetahuan serta kurangnya kemampuan untuk melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri. Kegiatan yang dilakukan bersifat promotif, preventif, kuratif, serta rehabilitatif melalui proses keperawatan.

d. Advokasi keluarga

Peran ini menuntut perawat untuk bekerja mendukung keluarga dan berbicara atas nama keluarga tentang isu-isu, seperti keamanan dan akses untuk mendapatkan pelayanan. Konsultan/konselor Perawat berperan sebagai konsultan bagi keluarga untuk mengidentifikasi dan memfasilitasi keterjangkauan keluarga terhadap sumber-sumber yang diperlukan serta

membantu klien dan keluarga dalam menyelesaikan masalah. Perawat juga berperan sebagai narasumber bagi keluarga dalam mengatasi masalah keamanan keluarga.

e. Clarifier

Perawat melakukan klarifikasi dan interpretasi informasi untuk keluarga pada semua tatanan. Modifikasi lingkungan Modifikasi lingkungan ini mewajibkan perawat untuk dapat meningkatkan pengetahuannya terhadap cara modifikasi lingkungan. Perawat harus dapat memodifikasi lingkungan, baik lingkungan rumah maupun lingkungan masyarakat agar tercipta lingkungan yang sehat dalam menunjang pemenuhan kebutuhan keamanan. Perawat juga harus mempunyai kemampuan mendiskusikan dengan keluarga dan profesi kesehatan lainnya untuk memodifikasi lingkungan.

f. Peneliti

Perawat melakukan identifikasi terhadap fenomena yang terjadi dimasyarakat dan dapat berpengaruh terhadap penurunan kesehatan, bahkan mengancam kesehatan. Selanjutnya, penelitian ini dilaksanakan untuk menemukan faktor yang menjadi pencetus atau penyebab terjadinya permasalahan tersebut melalui kegiatan penelitian dan hasilnya akan di aplikasikan dalam praktik keperawatan.

g. Role model

Perilaku yang ditampilkan perawat harus dapat dijadikan panutan. Panutan ini digunakan pada semua tingkat pencegahan terutama PHBS.

Perawat juga harus menampilkan profesionalisme dalam bekerja sehingga dapat dicontoh oleh keluarga.

h. Manajer kasus

Perawat melakukan koordinasi dan kolaborasi antara keluarga dan sistem pelayanan kesehatan. Sebagai manajer kasus, perawat harus mampu memberdayakan keluarga dan sumber- sumber. Perawat mempunyai peran dan tanggung jawab dalam mengelola pelayanannya, ataupun pendidikan keperawatan yang berada di bawah tanggung jawabnya sesuai dengan perannya.

B. Konsep Penyakit

1. Definisi Gastritis

Gastritis adalah peradangan mukosa lambung yang dapat bersifat akut, kronik, difus atau lokal. Menurut penelitian sebagian besar gastritis disebabkan oleh infeksi bacterial mukosa lambung yang kronis. Selain itu, beberapa bahan yang sering dimakan dapat menyebabkan rusaknya sawar mukosa pelindung lambung (Wijaya dan Putri, 2013).

Gastritis berasal dari kata gaster yang artinya lambung. Sakit maag atau gastritis adalah peradangan (pembengkakan) dari mukosa lambung, yang bisa disebabkan oleh faktor iritasi dan infeksi. Seperti kita ketahui, lambung adalah organ pencernaan dalam tubuh manusia yang berfungsi untuk menyimpan makanan, mencerna, dan kemudian mengalirkannya ke usus kecil. Didalam lambung terdapat enzim-enzim pencernaan, seperti pepesin, asam lambung, dan mucus, untuk melindungi dinding lambung

sendiri. Bila terjadi ketidakseimbangan diantara faktor tersebut, misalnya asam berlebih atau mucus berkurang, dapat mengiritasi lambung sehingga terjadi proses peradangan pada lambung (Priyoto, 2015).

Gastritis yaitu peradangan lokal atau menyebar pada mukosa lambung yang berkembang bila mekanisme protektif mukosa dipenuhi dengan bakteri atau bahan iritan lain. Jadi Gastritis adalah suatu peradangan mukosa lambung yang dapat bersifat akut, kronik, diffus atau lokal. Sebagian besar Gastritis disebabkan oleh infeksi bacterial mukosa lambung yang kronis. Selain itu beberapa bahan yang sering dimakan dapat menyebabkan rusaknya sawar mukosa pelindung lambung (Andra dan Yessie, 2013).

Dari ketiga definisi di atas dapat disimpulkan bahwa gastritis merupakan peradangan pada lapisan mukosa lambung yang bersifat akut, kronik, difus atau local yang di akibatkan oleh bakteri.

2. Etiologi

Lapisan lambung menahan iritasi dan biasanya tahan terhadap asam yang kuat. Tetapi lapisan lambung dapat mengalami iritasi dan peradangan karena beberapa penyebab :

a. Gastritis bakterialis

Biasanya merupakan akibat dari infeksi oleh *Helicobacter Pylori* (bakteri) yang tumbuh di dalam sel penghasil lendir di lapisan lambung). Bakteri ini bisa menyebabkan Gastritis menetap atau Gastritis sementara.

b. Gastritis karena stres Akut

Merupakan jenis Gastritis yang paling berat, yang disebabkan oleh penyakit berat atau trauma (cedera) yang terjadi secara tiba – tiba. Cederanya sendiri mungkin tidak mengenai lambung seperti yang terjadi pada luka bakar yang luas atau cedera yang menyebabkan perdarahan hebat.

c. Gastritis erosif kronik

merupakan akibat dari bahan–bahan seperti obat–obatan, terutama aspirin dan obat anti peradangan non-steroid lainnya, penyakit kronik, infeksi virus dan bakteri. Gastritis ini terjadi secara perlahan pada orang –orang yang sehat, bisa disertai dengan perdarahan atau pembentukan ulkus (borok, luka terbuka), paling sering terjadi pada alkoholik.

d. Gastritis karena virus atau jamur

Bisa terjadi pada penderita penyakit menahun atau penderita yang mengalami gangguan sistem kekebalan.

e. Gastritis Eosinofilik

Terjadi sebagai akibat dari reaksi alergi terhadap infestasi cacing gelang. Eosinofil (sel darah putih) terkumpul di dinding lambung.

f. Gastritis atrofik

Terjadi jika antibodi menyerang lapisan lambung, sehingga lapisan lambung menjadi sangat tipis dan kehilangan sebagian atau seluruh selnya yang menghasilkan asam dan enzim. Keadaan ini biasanya terjadi pada usia lanjut. Gastritis atrofik bisa menyebabkan anemia

pernisiosa karena mempengaruhi penyerapan vitamin B12 dari makanan.

g. Penyakit Meniere

Merupakan jenis Gastritis yang penyebabnya tidak diketahui. Dinding lambung menjadi tebal, lipatnya menebal, kelenjarnya membesar dan memiliki kista yang berisi cairan. Sekitar 10% penderita penyakit ini menderita kanker lambung.

h. Gastritis sel plasma

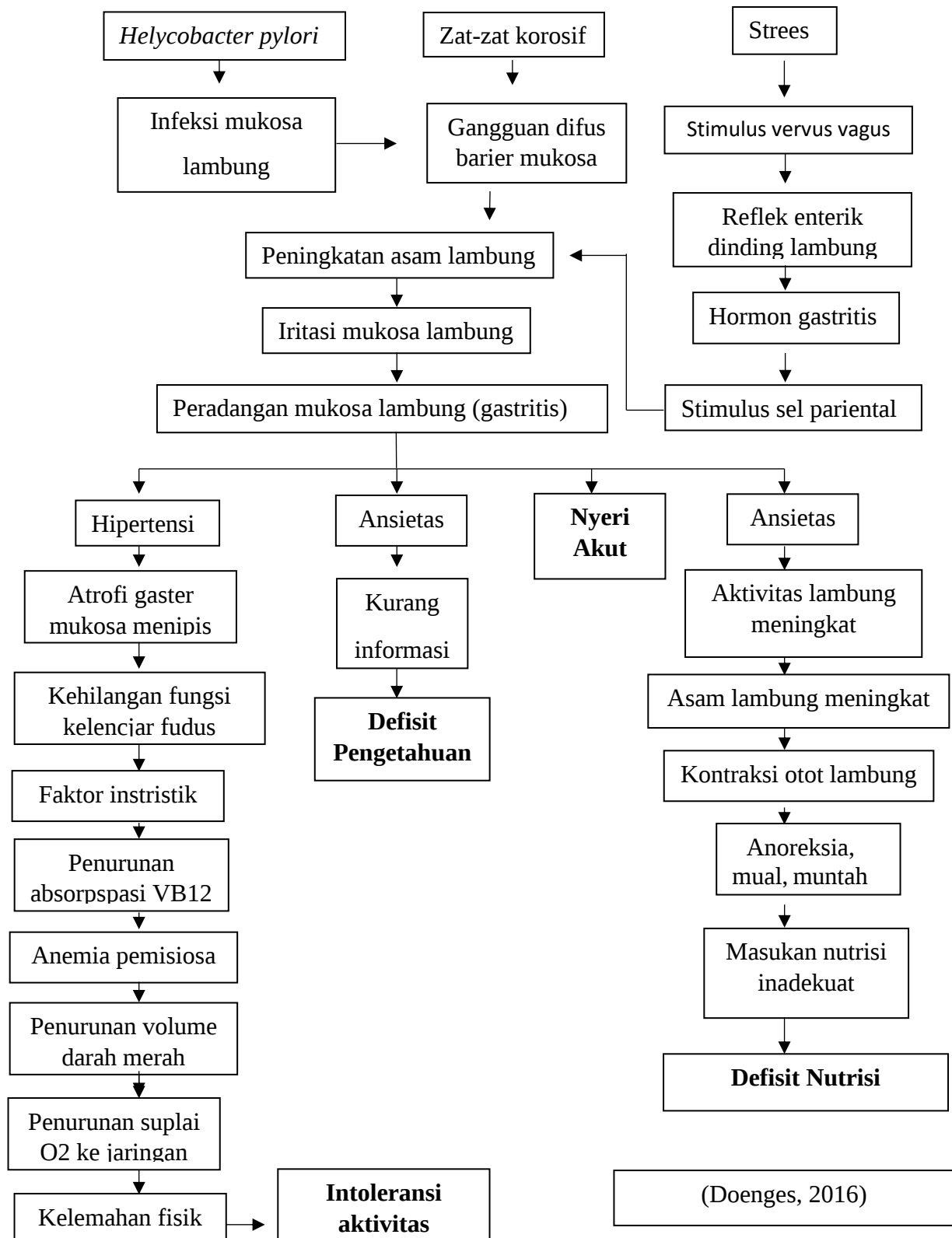
Merupakan Gastritis yang penyebabnya tidak diketahui. Sel plasma (salah satu jenis sel darah putih) terkumpul di dalam dinding lambung dan organ lainnya. Gastritis bisa terjadi jika seseorang menelan bahan korosif atau menerima terapi penyinaran dengan dosis yang berlebihan (Andra dan Yessie, 2013).

3. Patofisiologi

Ketidakpatuhan terhadap pola makan, obat-obatan, alkohol, garam empedu, zat iritan lainnya dapat merusak mukosa lambung. Mukosa lambung berperan penting dalam melindungi lambung dari autodigesti oleh asam klorida dan pepsin. Bila mukosa lambung rusak maka terjadi difusi asam klorida ke mukosa lambung dan asam klorida akan merusak mukosa. Kehadiran asam klorida di mukosa lambung menstimulasi perubahan pepsinogen menjadi pepsin. Pepsin merangsang pelepasan histamine dari sel mast. Histamin akan menyebabkan peningkatan permeabilitas kapiler sehingga terjadi perpindahan cairan dari intrasel ke ekstrasel dan

menyebabkan edema serta kerusakan kapiler sehingga timbul perdarahan pada lambung. Biasanya lambung dapat melakukan regenerasi mukosa oleh karena itu gangguan tersebut menghilang dengan sendirinya namun bila lambung sering terpapar dengan zat iritan maka inflamasi akan terus terjadi. Jaringan yang meradang akan diisi oleh jaringan fibrin sehingga lapisan mukosa lambung dapat menghilang (Ardiansyah, 2012).

4. Pathway



5. Manifestasi Klinis

Menurut Smeltzer (2014) dikutip Ardiansyah (2014), manifestasi gastritis cukup bervariasi, mulai dari keluhan ringan hingga muncul pendarahan pada saluran cerna bagian atas. Pada beberapa pasien, gangguan ini tidak menimbulkan gejala yang khas. Manifestasi klinis gastritis akut dan kronis hampir sama, yaitu diantaranya :

a. Manifestasi Klinis Gastritis Akut

Manifestasi klinis Gastritis akut dan gejala-gejalanya yaitu:

- 1) Anoreksia
- 2) Nyeri pada epigastrium
- 3) Mual dan muntah
- 4) Perdarahan saluran cerna (hematemesis melena)
- 5) Anemia (tanda lebih lanjut)

b. Manifestasi Klinis Gastritis Kronis

Manifestasi klinis Gastritis kronis dan gejala-gejalanya yaitu:

- 1) Mengeluh nyeri ulu hati
- 2) Anoreksia
- 3) Nausea

6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Ardiansyah (2012), pemeriksaan diagnostic yang dilakukan pada pasien gastritis adalah :

- a. Cek darah lengkap bertujuan untuk mengetahui adanya anemis.

- b. Pemeriksaan serum vitamin B12 bertujuan untuk mengetahui adanya defisiensi B12.
- c. Analisa feses bertujuan untuk mengetahui adanya darah dalam feses.
- d. Analisa gaster bertujuan untuk mengetahui kandungan HCI lambung.
- e. *Achlorhia* menunjukkan adanya gastritis atropi.
- f. Tes antibody serum bertujuan untuk mengetahui adanya anti body sel parietal dan factor intrinsic lambung terhadap *helicobacter pylori* 13.
- g. *Endoscopy, biopsy* dan pemeriksaan urin biasanya dilakukan bila ada.
- h. kecurigaan berkembangnya ulkus peptikum.
- i. Sitologi bertujuan untuk mengetahui adanya keganasan sel lambung.

7. Penatalaksanaan medis

a. Gastritis Akut

Faktor utama adalah menghilangkan etiologinya, diet lambung dengan porsi kecil dan sering. Obat-obatan ditujukan untuk mengatur sekresi asam lambung. Penatalaksanaan sebaiknya meliputi pencegahan terhadap setiap pasien dengan resiko tinggi, pengobatan terhadap penyakit yang mendasari dan menghentikan obat yang dapat menjadi penyebab, serta dengan pengobatan suportif. Pencegahan dapat dilakukan dengan pemberian antasida. Pencegahan ini terutama bagi pasien yang menderita penyakit dengan keadaan klinis yang berat. Untuk pengguna anti inflamasi nonsteroid pencegahan terbaik adalah dengan Misoprostol. Penatalaksanaan medikal untuk gastritis akut dilakukan dengan menghindari alkohol dan makanan asam ataupun pedas sampai

gejala berkurang. bila gejala menetap, diperlukan cairan intravena. Bila terdapat perdarahan, penatalaksanaan serupa dengan pada hemoragi saluran gastrointestinal atas. Bila gastritis terjadi karena alkali kuat, gunakan jus karena adanya bahaya perforasi.

b. Gastritis Kronik

Pengobatan gastritis kronis bervariasi, tergantung pada penyakit yang dicurigai. Bila terdapat ulkus duodenum, dapat diberikan antibiotik untuk membatasi *Helicobacter Pylori*. Namun demikian lesi tidak selalu muncul dengan gastritis kronik. Alkohol dan obat yang diketahui mengiritasi lambung harus dihindari. Bila terjadi defisiensi besi (disebabkan oleh perdarahan kronis), maka penyakit ini harus diobati. Gastritis kronis diatasi dengan memodifikasi diet dan meningkatkan istirahat serta memulai farmakoterapi. *Helicobacter Pylori* dapat diatasi dengan antibiotik (Huda dan Kusuma, 2015).

8. Komplikasi

a. Komplikasi Pada Gastritis Akut

Komplikasi yang timbul pada gastritis akut adalah pendarahan saluran cerna bagian atas (SCBA), berupa hematemesis dan melena, yang berakhir dengan shock hemoragik. Apabila prosesnya hebat, sering juga terjadi ulkus, namun jarang terjadi perforasi.

b. Komplikasi Pada Gastritis Kronis

Komplikasi yang timbul pada kasus gastritis kronis adalah gangguan penyerapan vitamin B12. Akibat kurangnya penyerapan vitamin B12 ini,

menyebabkan timbulnya anemia pernesiosa, gangguan penyerapan zat besi, dan penyempitan daerah pylorus (pelepasan dari lambung ke usus dua belas jari).

(Ardiansyah, 2012).

9. Pencegahan

- a. Hindari minuman beralkohol karena dapat mengiritasi lambung sehingga terjadi inflamasi.
- b. Hindari merokok dan kurangi konsumsi kopi karena dapat mengganggu lapisan dinding lambung sehingga lambung lebih mudah mengalami gastritis dan tukak/ulkus. Rokok juga dapat meningkatkan asam lambung dan memperlambat penyembuhan luka.
- c. Atasi stres sebaik mungkin.
- d. Memilih makanan yang kaya akan buah dan sayur namun hindari sayur dan buah yang bersifat asam.
- e. Jangan berbaring setelah makan untuk menghindari refluks (aliran balik) asam lambung.
- f. Berolahraga secara teratur untuk membantu mempercepat aliran makanan melalui usus.
- g. Bila perut mudah mengalami kembung (banyak gas) untuk sementara waktu.
- h. Kurangi konsumsi makanan tinggi serat, seperti pisang, kacang-kacangan, dan kentang.

- i. Makan dalam porsi sedang (tidak banyak) tetapi sering, berupa makanan lunak dan rendah lemak.

(Hardi & Huda, 2015).

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan suatu proses keperawatan yaitu suatu metode sistematis dan ilmiah yang digunakan perawat untuk memenuhi kebutuhan klien dalam mencapai atau mempertahankan keadaan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang optimal melalui tahapan pengkajian keperawatan, indentifikasi diagnosa keperawatan, penentuan perencanaan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasinya (Suarli & Yahya, 2012).

1. Pengkajian

Pengkajian dalam keluarga memiliki dua tahapan, pengkajian tahap satu berfokus pada masalah kesehatan keluarga. Pengkajian tahap dua menyajikan kemampuan keluarga dalam melakukan lima tugas kesehatan keluarga. Namun dalam pelaksanaannya, kedua tahapan ini dilakukan secara bersamaan (Riasmini et. al, 2017).

Pengkajian dilakukan dengan pendekatan proses keperawatan melalui wawancara, observasi langsung, dan melihat catatan medis. Adapun data yang diperlukan pada pasien gastritis yaitu sebagai berikut :

a. Data Dasar (Identitas Klien)

Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, suku, bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, tanggal masuk rumah sakit, dan diagnosa medis. Data dasar pada pasien dengan gastritis yaitu :

- 1) Umur : usia 26-36 tahun mempunyai resiko lebih tinggi terkena gastritis (Wahyu, dkk, 2015).
- 2) Jenis kelamin : Perempuan mempunyai resiko lebih tinggi daripada laki-laki untuk kejadian gastritis.
- 3) Alamat, agama, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, tanggal pengkajian, diagnosa medis (Sukarmin, 2013).

b. Keluhan Utama

Keluhan utama ditulis secara singkat dan jelas. Keluhan utama merupakan keluhan yang membuat klien meminta bantuan pelayanan kesehatan, keluhan utama adalah alasan klien masuk rumah sakit. Pada pasien gastritis, datang dengan keluhan mual muntah, nyeri epigastrium. Munculnya keluhan diakibatkan iritasi mukosa lambung dan menyebabkan keluhan-keluhan lain yang menyertai (Sukarmin, 2013).

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat penyakit sekarang merupakan penjelasan dari permulaan klien merasakan keluhan sampai dengan dibawa ke rumah sakit. Pada gastritis, pasien mengeluh tidak dapat makan, mual dan muntah. Terjadinya gejala mual-muntah sebelum makan dan sesudah makan, setelah mencerna makanan pedas, obat-obatan tertentu atau alkohol. Gejala yang berhubungan dengan ansietas, stress, alergi, makan minum terlalu banyak atau makan terlalu cepat. Gejala yang dirasakan berkurang atau hilang, terdapat muntah darah, terdapat nyeri tekan pada abdomen (Margareth, 2012).

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat penyakit dahulu merupakan penyakit yang diderita klien yang berhubungan dengan penyakit saat ini atau penyakit yang mungkin dapat dipengaruhi atau mempengaruhi penyakit yang diderita klien saat ini. Pada beberapa keadaan apakah ada riwayat penyakit lambung sebelumnya, pola makan tidak teratur atau pembedahan lambung (Sukarmin, 2013).

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga dihubungkan dengan kemungkinan adanya penyakit keturunan, kecenderungan, alergi dalam satu keluarga, penyakit menular akibat kontak langsung maupun tidak langsung. Pada pasien gastritis, dikaji adakah keluarga yang mengalami gejala serupa, penyakit keluarga berkaitan erat dengan penyakit yang diderita pasien. Apakah hal ini ada hubungannya dengan kebiasaan keluarga dengan pola makan, misalnya minum-minuman yang panas, bumbu penyedap terlalu banyak, perubahan pola kesehatan berlebihan, penggunaan obat-obatan, alkohol, dan rokok (Sukarmin, 2013).

f. Riwayat Psikososial

Meliputi mekanisme koping yang digunakan klien untuk mengatasi masalah dan bagaimana motivasi kesembuhan dan cara klien menerima keadaannya (Sukarmin, 2013).

g. Genogram

Genogram umumnya dituliskan dalam tiga generasi sesuai dengan kebutuhan bila klien adalah seorang nenek atau kakek, maka dibuat dua generasi dibawah, bila klien adalah anak-anak maka dibuat generasi keatas (Sukarmin, 2013).

h. Pola Kebiasaan Sehari-Hari

Pola kebiasaan sehari-hari pada pasien gastritis, yaitu :

1) Pola Nutrisi

Pola nutrisi dan metabolisme yang ditanyakan adalah diet khusus/suplemen yang dikonsumsi dan instruksi diet sebelumnya, nafsu makan atau minum serta cairan yang masuk, ada tidaknya mual-mual, muntah, stomatitis, fluktuasi BB 6 bulan terakhir naik/turun, adanya kesukaran menelan, penggunaan gigi palsu atau tidak, riwayat masalah/penyembuhan kulit, ada tidaknya ruam, kebutuhan zat gizinya, dan lain-lain.

2) Pola Eliminasi

Pada pola ini yang perlu ditanyakan adalah jumlah kebiasaan defekasi perhari, ada tidaknya disuria, nocturia, urgensi, hematuria, retensi, inkontinensia, apakah kateter indwelling atau kateter eksternal, dan lain-lain.

3) Pola Istirahat dan Tidur

Pengkajian pola istirahat tidur ini yang perlu ditanyakan adalah jumlah jam tidur pada malam hari, pagi, siang, apakah merasa tenang setelah tidur dan adakah masalah selama tidur.

4) Pola Aktivitas/Latihan

Pada pengumpulan data ini perlu ditanyakan kemampuan dalam menata diri seperti makan, mandi, berpakaian, toileting, tingkat mobilitas ditempat tidur, berpindah, kemampuan ROM (*Range of Motion*), dan lain-lain. Apabila tingkat kemampuannya 0 berarti mandiri, 1 = menggunakan alat bantu, 2 = dibantu orang lain, 3 = dibantu orang dengan peralatan, 4 = ketergantungan/tidak mampu.

5) Pola Kognisi-Perceptual

Pada pola ini ditanyakan keadaan mental, sukar bercinta, berorientasi kacau mental, menyerang, tidak ada respon, cara bicara normal atau tidak, bicara berputar-putar atau juga afasia, kemampuan komunikasi, kemampuan mengerti, penglihatan, adanya persepsi sensori (nyeri), penciuman, dan lain-lain.

6) Pola Toleransi-Koping Stress

Pada pengumpulan data ini ditanyakan adanya koping mekanisme yang digunakan pada saat terjadinya masalah atau kebiasaan menggunakan koping mekanisme serta tingkat toleransi stress yang pernah dimiliki. Pada pasien gastritis, biasanya mengalami stress berat baik emosional maupun fisik, emosi labil.

7) Pola Persepsi Diri/Konsep Koping

Pada persepsi ini yang ditanyakan adalah persepsi tentang dirinya dari masalah yang ada seperti perasaan kecemasan, ketakutan, atau penilaian terhadap diri mulai dari peran, ideal diri, konsep diri, gambaran diri, dan identitas tentang dirinya. Pada pasien gastritis, biasanya pasien mengalami kecemasan dikarenakan nyeri, mual, dan muntah.

8) Pola Seksual Reproduksi

Pada pengumpulan data tentang seksual dan reproduksi ini dapat ditanyakan periode menstruasi terakhir, masalah menstruasi, masalah pap smear, pemeriksaan payudara/testis sendiri tiap bulan dan masalah seksual yang berhubungan dengan penyakit.

9) Pola hubungan dan peran

Pada pola ini yang perlu ditanyakan adalah pekerjaan, status pekerjaan, kemampuan bekerja, hubungan dengan klien atau keluarga dan gangguan terhadap peran yang dilakukan. Pada pasien gastritis, biasanya tegang, gelisah, cemas, mudah tersinggung, namun bila bisa menyesuaikan tidak akan menjadi masalah dalam hubungannya dengan anggota keluarga.

10) Pola Nilai dan Keyakinan

Yang perlu ditanyakan adalah pantangan dalam agama selama sakit serta kebutuhan adanya rohaniawan dan lain- lain. Pada pasien

gastritis, tergantung pada kebiasaan, ajaran, dan aturan dari agama yang dianutnya.

i. Pemeriksaan Fisik

Menurut Doenges (2014) dan Sukarmin (2013), pemeriksaan yang dilakukan mulai dari ujung rambut sampai ujung kaki dengan menggunakan 4 teknik, yaitu inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. data dasar pengkajian pasien gastritis meliputi:

1) Keadaan Umum

Tanda-tanda vital :

- a) Tekanan darah mengalami hipotensi (termasuk postural).
- b) Takikardia, disritmia (hipovolemia/ hipoksemia) kelemahan / nadi perifer lemah.
- c) Pengisian kapiler lambat/perlahan (vasokonstriksi).
- d) Pada respirasi tidak mengalami gangguan.

2) Kesadaran

Tingkat kesadaran dapat terganggu, rentak dari cenderung tidur, disorientasi/bingung, sampai koma (tergantung pada volume sirkulasi/oksigenasi)

3) Pemeriksaan Fisik *Head to Toe*

a) Kepala dan Muka

Wajah pucat dan sayu (kekurangan nutrisi), wajah berkerut.

b) Mata

Mata cekung (penurunan cairan tubuh), anemis (penurunan oksigen ke jaringan), konjungtiva pucat dan kering.

c) Mulut dan Faring

Mukosa bibir kering (penurunan cairan intrasel mukosa), bibir pecah-pecah, lidah kotor, bau mulut tidak sedap (penurunan hidrasi bibir dan *personal hygiene*).

d) Abdomen

(1) inspeksi : Keadaan kulit : warna, elastisitas, kering, lembab, besar dan bentuk abdomen rata atau menonjol. Jika pasien melipat lutut sampai dada sering merubah posisi, menandakan pasien nyeri.

(2) Auskultasi : Distensi bunyi usus sering hiperaktif selama perdarahan, dan hipoaktif setelah perdarahan.

(3) Perkusi : Pada penderita gastritis suara abdomen yang ditemukan hypertimpani (bising usus meningkat).

(4) Palpasi : Pada pasien gastritis dinding abdomen tegang. Terdapat nyeri tekan pada regio epigastik (terjadi karena distruksi asam lambung).

e) Integumen

Warna kulit pucat, sianosis (tergantung pada jumlah kehilangan darah), kelemahan kulit/membran mukosa berkeringan (menunjukkan status syok, nyeri akut, respon psikologik).

2. Diagnosa

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan terhadap respon klien tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat (Harnilawati, 2013).

Diagnosa yang akan muncul pada kasus Gastritis dengan menggunakan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) Menurut PPNI (2016) yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan.
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik.
- d. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

3. Intervensi keperawatan

Tabel 2.1
Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.	Setelah dilakukan kunjungan 3x 30 menit tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Nyeri menurun. 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun	Edukasi manajemen nyeri 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan. 3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.	1. Untuk mengetahui kesiapan dalam menerima informasi. 2. Sebagai media untuk mempermudah memberikan materi. 3. Agar tersusun sesuai rencana

			4. Berikan kesempatan untuk bertanya. 5. Jelaskan penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri. 6. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 7. Menjelaskan makanan dan minuman yang tidak boleh di konsumsi oleh penderita gastritis. 8. Berikan pujian terhadap keluarga.	4. Untuk mengetahui hal apa yang tidak di ketahui. 5. Agar klien mengetahui penyebab dan strategi peredakan nyeri. 6. Untuk melatih klien dalam teknik nonfarmakologis dalam meredakan nyeri. 7. Agar klien paham mengenai makanan dan minuman yang tidak boleh di kounsumsi. 8. Sebagai bentuk dukungan.
--	--	--	---	--

2.	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mmencerna makann	Setelah dilakukan kunjungan 3x 30 menit status nutrisi membaik, dengan kriteri hasil: 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Pengetahuan keluarga tentang pilihan minuman yang sehat meningkat 3. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepan meningkat	Edukasi Diet 1. Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi. 2. Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini. 3. Persiapkan materi dan media. 4. Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan. 5. Berikan kesempatan klien dan keluarga bertanya. 6. Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan. 7. Informasikan makanan yang	1. Mengetahui kesiapan menerima materi. 2. Untuk mengetahui sejauhmana pengetahuan keluarga dan klien tentang penyakitnya. 3. Untuk memudahkan dalam penyampaian materi. 4. Agar tersusun sesuai rencana. 5. Untuk mengetahui hal apa yang tidak diketahui klien dan keluarga 6. Untuk menambah pengetahuan.
----	--	---	---	---

			diperbolehkan dan dilarang. 8. Anjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi.	7. Sebagai pengetahuan agar klien dan keluarga mengatur makanannya. 8. Sebagai bentuk menjaga kesehatannya.
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik.	Setelah dilakukan kunjungan 3x 30 menit toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat	Edukasi proses penyakit 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik. 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan.	1. untuk mengetahui kesiapan klien dan keluarga dalam menerima materi 2. untuk mempermudah dalam

		pada klien meningkat	3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. 4. Berikan kesempatan untuk bertanya. 5. Jelaskan penyebab dan faktor resiko penyakit. 6. Jelaskan proses patofisiologi muncul penyakit. 7. Jelaskan tanda dan gejala yang munculnya penyakit. 8. Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi. 9. Ajarkan cara meredakan atau mengatasi gejala yang di rasakan.	menyampaikan materi 3. agar tersusun sesuai rencana. 4. untuk mengetahui hal apa yang tidak di ketahui. 5. sebagai pengetahuan agar mengetahui penyebab dan faktor risiko. penyakitnya. 6. sebagai pemahaman perjalanan proses munculnya penyakit 7. untuk pengetahuan klien dan keluarga. 8. sebagai bentuk pencegahan agar tidak
--	--	----------------------	---	---

				terjadi komplikasi pada penyakitnya. 9. sebagai penanganan apabila gejala dirasakan.
4.	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi	Setelah dilakukan kunjungan 3x30 menit, diharapkan tingkat pengetahuan meningkat. Dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang gastritis meningkat.	1. Monitor kelelahan fisik. 2. Monitor pola dan jam tidur. 3. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas. 4. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif. 5. Berikan aktifitas distraksi yang menyenangkan. 6. Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap.	1. Untuk mengetahui kesiapan dalam menerima informasi. 2. Sebagai media untuk mempermudah memberikan materi. 3. Agar tersusun sesuai rencana 4. Untuk mengetahui hal apa yang tidak diketahui. 5. Untuk meningkatkan pengetahuan klien dan keluarga.

			7. Jelaskan tanda dan gejala yang munculnya penyakit. 8. Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi. 9. Ajarkan cara meredakan atau mengatasi gejala yang di rasakan. 10. Informasikan kondisi klien saat ini	6. Agar klien dan keluarga tahu perjalanan penyakit gastritis. 7. Agar klien mengetahui tanda dan gejala yang muncul pada penyakit gastritis. 8. untuk pengetahuan klien dan keluarga sebagai bentuk agar tidak terjadi adanya komplikasi pada penyakitnya. 9. Sebagai pengetahuan apabila nyeri di rasakan. 10. Agar klien tahu keadaan kondisinya saat ini.
--	--	--	---	--

4. Implementasi

Pada tahap implementasi dilakukan pelaksanaan dari perencanaan asuhan keperawatan yang telah disusun perawat beserta keluarga dengan tujuan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan antara lain mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping (Nadirawati, 2018).

Implementasi merupakan suatu proses keperawatan yang dilakukan setelah perencanaan keperawatan. Implementasi keperawatan adalah langkah keempat dari proses keperawatan yang telah direncanakan oleh perawat untuk membantu pasien yang bertujuan mencegah, mengurangi, dan menghilangkan dampak ataupun respon yang dapat ditimbulkan oleh adanya masalah keperawatan serta kesehatan. Implementasi keperawatan membutuhkan fleksibilitas dan kreativitas perawat (Debora, 2013).

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang berfungsi untuk mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah dilakukan apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Olfah, 2016).

Perumusan evaluasi formatif meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP (Subjektif, Objektif, Assesment, dan Planning), yakni:

S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

O : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A : Analisa ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah tetap atau muncul masalah baru.

P : Perencanaan hasil dan analisa ulang data.

(Yusuf, 2015).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN MASALAH

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Data Umum

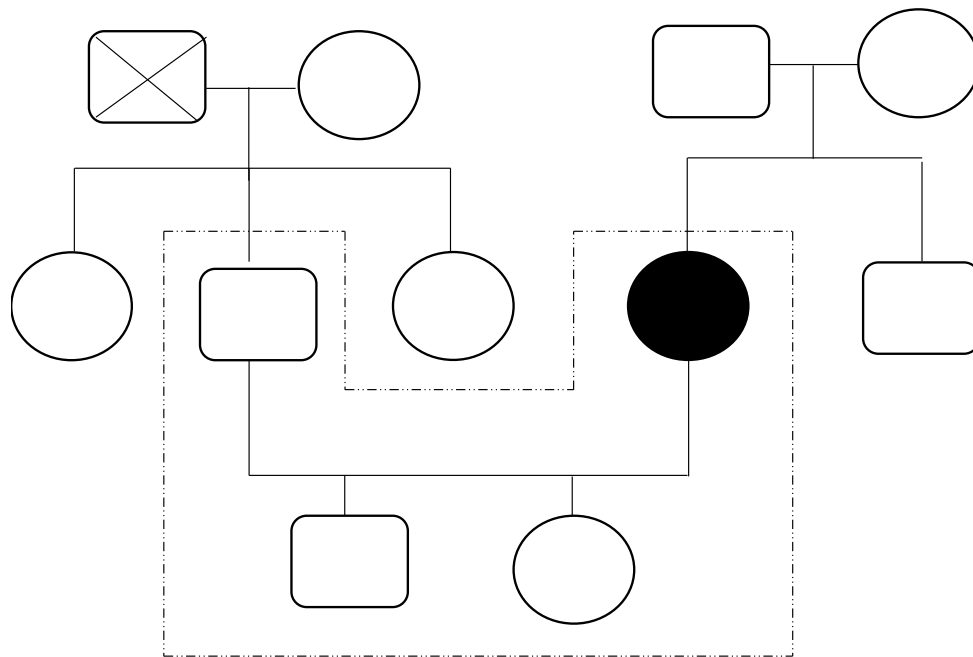
- 1) Kepala Keluarga : Tn. J
- Usia : 39 Tahun
- Agama : Islam
- Pendidikan : SD
- Pekerjaan : Buruh tani
- Suku Bangsa : Sunda
- Alamat : Kp. Dayeuh manggung, RT 003, RW 001, Ds. Sindangmekar, Kec. Wanaraja, Kab. Garut.
- 2) Komposisi Keluarga :

Tabel 3.1

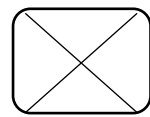
Komposisi Keluarga

No.	Nama	Jenis kelamin	Umur	Hubungan	Pendidikan	Pekerjaan	Agama
1.	Ny. M	P	39	Istri	SD	Buruh	Islam
2.	An. M	L	17	Anak	SMP	Pelajar	Islam
3.	An. N	P	8	Anak	SD	pelajar	Islam

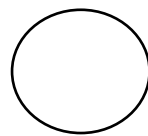
3) Genogram :

Gambar 3.1**Genogram****Keterangan :**

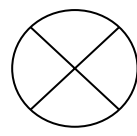
: Laki-laki



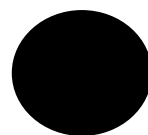
: Laki-laki meninggal



: Perempuan



: Perempuan meninggal



: Pasien / klien



: Tinggal serumah

4) Tipe Keluarga

Keluarga Tn. J adalah keluarga dengan tipe *nuclear family* atau keluarga inti, dimana dalam keluarga hanya ada suami, istri dan anak.

5) Suku Bangsa

Keluarga Tn. J bersuku sunda dan tidak terdapat kebiasaan yang mempengaruhi kesehatannya.

6) Agama

Keluarga Tn. J beragama Islam, selalu menjalankan ibadah khususnya shalat 5 waktu.

7) Status sosial ekonomi keluarga

Penghasilan yang di dapat keluarga Tn. J perbulan kurang lebih Rp. 2.100.000/bulan dan untuk pengeluaran keluarga Tn. Rp. 1.550.000 dalam 1 bulan. Sisa uang 550.000 Untuk rincian pengeluaran keluarga Tn. S yaitu:

Makan : Rp. 900.000

Listrik : Rp. 150.000

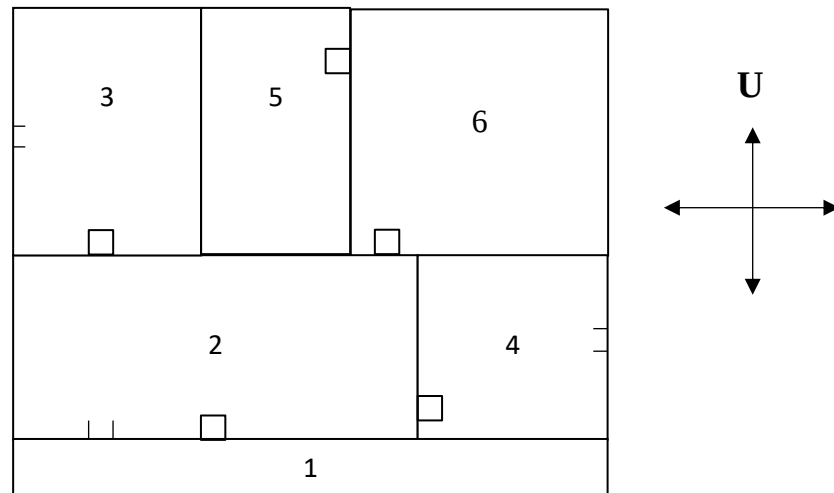
Biaya sekolah : Rp. 500.000 +

Rp. 1.550.000

Berdasarkan penghasilan dan pengeluaran keluarga Tn. J termasuk lebih dari cukup.

8) Denah rumah

Gambar 3.2
Denah Rumah



Keterangan :

1 : Teras rumah

2 : Ruang tamu dan ruang keluarga

3 : Kamar tidur

4 : Kamar tidur

5 : WC

6 : Dapur

7 : Pintu

8 : Jendela

9) Aktivitas rekreasi keluarga

Keluarga Tn. J mengatakan jarang sekali rekreasi karena jarang ada waktu luang.

b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

1) tahap perkembangan saat ini

Tahap perkembangan keluarga Tn. J yaitu keluarga dengan anak remaja (*families with teenagers*) karena Tn. J dan Ny. M memiliki anak pertama berumur 17 Tahun.

2) Tugas perkembangan yang belum terpenuhi

Ny. M mengatakan tidak bisa menyekolahi anak pertamanya di sekolah yang diinginkan, karena harus masuk pesantren keinginan ayahnya.

3) Riwayat kesehatan

a) Keadaan kesehatan

Tn. J dan kedua anaknya tidak memiliki masalah kesehatan, sedangkan Ny. M sering mengalami sakit dibagian ulu hati dan lambung kurang lebih sudah 6 bulan.

Saat pengkajian :

TD : 100/80

N : 89x/menit

R : 82x/menit

S : 36,2 °C

b) Kebersihan keluarga

Keadaan lingkungan bersih dan tertata rapi tidak ada barang yang berserakan.

c) Penyakit menular

Keluarga Tn. J tidak memiliki penyakit menular.

d) Kecatatan anggota keluarga

Keluarga Tn. J tidak ada yang mengalami kecatatan.

e) Riwayat kesehatan sebelumnya

Tn. J mengatakan tidak ada riwayat penyakit keturunan atau menular dari keluarganya dan Ny. M juga mengatakan tidak mempunyai penyakit keturunan atau menular.

c. Pengkajian Lingkungan

1) Rumah yang ditempati keluarga Tn. J adalah rumah milik sendiri, lantai semen dengan keadaan rumah tampak rapih. Di dalam rumah terdapat 1 ruang tamu yang menyatu dengan ruang keluarga, 2 kamar tidur, 1 ruang dapur, dan 6 ventilasi, sumber air berasal dari Gunung Cikulawing, tidak berbau, tidak berwarna dan tidak berasa.

a) Ruang tamu tampak bersih terdapat ventilasi dan selalu dibuka.

b) Ruang keluarga tampak bersih terdapat ventilasi dan selalu dibuka.

c) Kamar tidur tampak bersih dan rapih, kasur menggunakan kasur springbed.

d) Ruang dapur tampak bersih dan tidak terlalu rapih, makanan di tutup dengan tudung saji.

e) WC cukup bersih dan tidak licin di bagian lantainya, bak mandi dan closet tampak bersih.

2) Karakteristik Tetangga dan Komunitas

Hubungan Keluarga Tn. J dengan tetangga sangat baik, keluarga Tn. J juga aktif dalam kegiatan pengajian dan anak-anak nya juga bersosialisasi dengan teman-teman di sekitar rumah dengan baik.

3) Mobilisasi keluarga

keluarga Tn. J sudah lama tinggal di lingkungan komunitas dan Tn. J selalu keluar rumah saat bekerja dari pagi jam 07.00 sudah berangkat dan pulang jam 17.00 sore.

4) Pola keluarga dan interaksi masyarakat

Keluarga Tn. J aktif berinteraksi dengan masyarakat di sekitar dan Ny. M juga ikut serta dalam kegiatan pengajian seminggu 1 kali, keluarga juga aktif berkumpul dengan keluarga besar.

5) Sistem Pendukung Keluarga

Ketika salah satu keluarga Tn. J ada yang sakit anggota keluarga yang lain selalu membantu untuk berobat agar cepat sembuh.

6) Pola Komunikasi Keluarga

Keluarga Tn. J komunikasi selalu menggunakan Bahasa sunda, komunikasi antar keluarga baik, komunikasi berlangsung setiap hari.

7) Struktur Peran

Masing-masing anggota keluarga melaksanakan perannya masing-masing .

8) Nilai dan Norma keluarga

Keluarga Tn. J masih memegang adat istiadat sunda dan Tn. J juga mengatakan kepada anggota keluarganya sikap saling menghormati dan menyayangi antara anggota keluarga maupun orang lain.

9) Struktur Kekuatan Keluarga

Dalam keluarga Tn. J yang berperan dalam mengambil keputusan. Setiap keputusan yang di ambil oleh Tn. J sebagai kepala keluarga selalu di musyawarahkan dengan Ny. M.

d. Fungsi Keluarga

1) Fungsi Afektif

Keluarga Tn. J berusaha memelihara hubungan dengan baik antara keluarganya, saling menyayangi, menghormati dan peduli terhadap orang lain.

2) Fungsi Sosialisasi

Keluarga Tn. J berinteraksi dengan anggota keluarganya berjalan dengan baik, karena anggota keluarganya berusaha memenuhi aturan yang ada di keluarga dan mengikuti norma yang ada di masyarakat.

3) Fungsi Perawatan Kesehatan

a) Kemampuan keluarga mengenal masalah

Keluarga Tn. J mengaku kurang mengetahui penyakit yang di derita oleh istrinya Ny. M, dan Ny. M mengatakan belum paham jelas dengan masalah penyakit yang sering ia rasakan, Ny. M mengatakan hanya mengetahui pantangan makanannya, Ny. M mengatakan tidak tahu komplikasi penyakit yang di derita. Saat di kaji Ny. M tampak kebingungan dan menjawab hanya sepengetahuannya saja.

b) Kemampuan mengambil keputusan

Ketika ada anggota keluarga yang sakit terutama Ny. M tidak langsung di bawa ke puskesmas atau rumah sakit untuk berobat.

c) Kemampuan merawat anggota keluarga yang sakit

Dalam merawat Ny. M anggota keluarga hanya memberikan obat yang di beli di warung dan keluarga tidak mengetahui kenapa Ny. M sering sakit ulu hati.

d) Kemampuan memelihara lingkungan

Keluarga sealalu membersihkan rumahnya.

e) Kemampuan menggunakan fasilitas kesehatan

Keluarga jarang menggunakan fasilitas kesehatan seperti puskesmas ataupun puskesmas pembantu, meskipun jaraknya tidak terlalu jauh.

e. Fungsi Reproduksi

Ny. M sejak awal pernikahan belum pernah di KB.

f. Stress dan Koping Keluarga**1) Stressor jangka pendek**

Keluarga saat ini memiliki masalah kesehatan yang terjadi dalam keluarga yaitu Ny. M

2) Stressor jangka panjang

Keluarga Tn. J terutama Ny. M mengatakan cemas dan tampak gelisah dengan penyakit yang dideritanya, Ny. M.

3) Kemampuan keluarga berespon terhadap stressor

Keluarga memberikan dorongan dan semangat kepada anggota keluarganya yang memiliki masalah dan membantu memecahkan masalah dengan musyawarah.

4) Stressor koping yang digunakan

Anggota keluarga selalu bermusyawarah bila ada masalah.

g. Pemeriksaan Fisik

Tabel 3.2
Pemeriksaan Fisik

No.	Pemeriksaan Fisik	Tn. J	Ny. M	An. M	An. N
1.	Keadaan umum	Baik, kesadaran composmentis	Baik, kesadaran composmentis	Tidak terkaji	Baik, kesadaran compomentis
2.	TTV	TD : 120/90 mmhg N : 88x/menit S : 36,5 °C R : 22x/menit	TD : 110/70 mmhg N : 80x/menit S : 36,5 °C R : 20x/menit	Tidak terkaji	TD : - N : 85x/menit S: 36,4°C R : 21x/menit
3.	Kepala	Warna rambut hitam, rambut bersih, ikal, tidak rontok, tidak terdapat ketombe, tidak ada benjolan/lesi,tidak ada nyeri tekan, kepala simetris.	Warna rambut hitam, rambut bersih, halus, tidak rontok, tidak terdapat ketombe, tidak ada benjolan/lesi, tidak ada nyeri tekan, kepala simetris.	Tidak terkaji	Warna rambut hitam, rambut bersih, halus,tidak ada rontok, tidak terdapat ketombe, tidak ada benjolan/lesi, tidak ada nyeri tekan, kepala simetris.
4.	Mata	Mata simetris antara kanan dan kiri, sklera putih, tidak anemis, replek pupil normal,	Mata simetris anantara kanan dan kiri, sklera putih, tidak anemis, replek pupil normal,	Tidak terkaji	Mata simetris antara kanan dan kiri, sklera putih, tidak anemis, replek pupil normal, kelopak mata

		kelopak mata dapat membuka spontan, lapang pandang normal, penglihatan baik, bulu mata .	kelopak mata membuka spontan, lapang pandang normal, penglihatan baik, bulu mata berwarna hitam.		membuka spontan, lapang pandang normal, penglihatan baik, bulu mata berwarna hitam.
5.	Telinga	Kedua telinga simetris, telinga bersih tidak ada serumen, tidak berbau, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi/benjolan, pendengaran baik.	Kedua telinga simetris, telinga bersih, tidak ada serumen, tidak berbau, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi/benjolan, pendengaran baik.	Tidak terkaji	Kedua telinga simetris, telinga bersih, tidak ada serumen, tidak berbau, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi/benjolan, pendengaran baik.
6.	Hidung	Lubang hidung simetris, hidung bersih, tidak ada lesi, tidak ada polip, tidak ada nyeri tekan , tidak ada pembengkakan, tidak ada secret, fungsi penciuman baik, tidak ada pernafasan coping hidung.	Lubang hidung simetris, hidung bersih, tidak ada lesi, tidak ada polip, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan, tidak ada secret, fungsi penciuman baik, tidak ada pernafasan coping hidung.	Tidak terkaji	Lubang hidung simetris, hidung bersih, tidak ada lesi, tidak ada polip. Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan, tidak ada secret, fungsi penciuman baik, tidak ada pernafasan coping hidung.
7.	Mulut	Mukosa bibir lembab, mulut bersih, tidak ada lesi pada mulut, gigi tidak ada karies, warna gigi putih, fungsi	Mukosa bibir lembab, mulut bersih, tidak ada lesi pada mulut, gigi tidak ada karies, warna gigi putih, fungsi	Tidak terkaji	Mukosa bibir lembab, mulut bersih, tidak ada lesi pada mulut, gigi tidak ada karies, warna gigi putih, tidak terdapat pencabutan

		pengecapan dan pengunyahan baik.	pengecapan dan pengunyahan baik.		gigi, fungsi pengecapan dan pengunyahan baik.
8.	Leher	Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, pergerakan leher normal, tidak tampak pembengkakan JPV, tidak ada nyeri tekan.	Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, pergerakan leher normal, tidak tampak pembengkakan JPV, tidak ada nyeri tekan.	Tidak terkaji	Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, pergerakan leher normal, tidak tampak pembengkakan JPV, tidak ada nyeri tekan.
9.	Dada, paru-paru, jantung	Pergerakan dinding dada simetris, tidak ada penggunaan alat bantu pernafasan, bunyi nafas normal vaskuler, frekuensi nafas 22x/menit, tidak ada nyeri tekan, tidak oedema, bunyi detak jantung normal S1S2 (lupdup), paru-paru tidak ada bunyi tambahan.	Pergerakan dinding dada simetris, tidak ada penggunaan alat bantu pernafasan, bunyi nafas normal vaskuler, frekuensi nafas 20x/menit, tidak ada nyeri tekan, tidak oedema, bunyi detak jantung normal S1S2 (lupdup), paru-paru tidak ada bunyi tambahan.	Tidak terkaji	Pergerakan dinding dada simetris, tidak ada penggunaan alat bantu pernafasan, bunyi nafas normal vaskuler, frekuensi nafas 21x/menit, tidak ada nyeri tekan, tidak oedema, bunyi detak jantung normal S1S2 (lupdup), paru-paru tidak ada bunyi tambahan.
10.	Abdomen	Bentuk datar, tidak ada nyeri tekan, bising usus 8x/menit.	Bentuk datar, terdapat nyeri di bagian ulu hati, skala 4, bising usus 11x/menit. DS :	Tidak terkaji	Bentuk datar, tidak ada nyeri tekan, bising usus 12x/menit.

			a. Klien mengatakan nyeri pada daerah ulu hati, nyeri yang di dasakan seperti di remas-remas. b. Klien mengatakan Perutnya terasa begah dan perih, sering mual ketika telat makan, nyeri yang di rasaakan hilang timbul. DO : a.Klien tampak meringis b. Adanya nyeri tekan c. Klien tampak lemah d. Keluarga tidak mampu merawat anggota yang sakit. e. Skala nyeri 4 dari (0-10) f. TD : 100/80 mmHg N : 87x/menit R : 22x/menit S : 36,5 °C		
--	--	--	--	--	--

11.	Ekstremitas atas	Simetris antara kiri dan kanan, tidak ada varises, lesi, tidak ada oedema, crt <2 detik, tidak ada patahan.	Simetris antara kiri dan kanan, tidak ada varises, lesi, tidak ada oedema, crt <2 detik, tidak ada patahan.	Tidak terkaji	Simetris antara kiri dan kanan, tidak ada varises, lesi, tidak ada oedema, crt <2 detik, tidak ada patahan.
12.	Ekstremitas bawah	Simetris antara kanan dan kiri, tidak ada varises, lesi, tidak ada oedema, turgor kulit <2 detik, tidak ada patahan.	Simetris antara kanan dan kiri, tidak ada varises, lesi, tidak ada oedema, turgor kulit <2 detik, tidak ada patahan.	Tidak terkaji	Simetris antara kanan dan kiri, tidak ada varises, lesi, tidak ada oedema, turgor kulit <2 detik, tidak ada patahan.
13.	Kulit	Warna kulit sawo matang, tidak ada lesi, turgor kulit <2 detik, pada kulit kepala tidak ada benjolan, tidak terdapat ketombe.	Warna kulit sawo matang, tidak ada lesi, turgor kulit <2 detik, pada kulit tidak ada benjolan, tidak terdapat ketombe.	Tidak terkaji	Warna kulit sawo matang, tidak ada lesi, turgor kulit <2 detik, pada kulit tidak ada benjolan, tidak terdapat ketombe.
14.	Reproduksi	Mempunyai anak dua.	Mempunyai anak dua dan dari sejak menikah belum menggunakan KB, menstruasi kadang teratur kadang tidak teratur.	Tidak terkaji	
15.	Genetalia	Tidak ada kelainan	Tidak ada kelainan, setelah BAK selalu membersihkan genetalia, terdapat keputihan dalam batas	Tidak terkaji	Tidak ada kelainan, setelah BAK selalu membersihkan genetalia, terdapat keputihan dalam batas

			normal, tidak ada benjolan dan lesi di bagian genetalia		normal, tidak ada benjolan dan lesi di bagian genetalia.
--	--	--	---	--	--

h. Harapan Keluarga

Keluarga berharap petugas kesehatan lebih sering mengadakan penyuluhan tentang kesehatan masyarakat agar masyarakat terhindar dari penyakit yang tidak diinginkan.

i. Tingkat Kemandirian Keluarga

Tabel 3.3
Tingkat Kemandirian Keluarga

No.	Kriteria	Tingkat Kemandirian			
		I	II	III	IV
1.	Menerim petugas	√			
2.	Menerima pelayanan sesuai rencana keperawatan	√			
3.	Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar				
4.	Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai anjuran				
5.	Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai anjuran				
6.	Melakukan tindakan pencegahan secara asertif				
7.	Melakukan tindakan peningkatan/promotive secara aktif				

Berdasarkan tabel di atas, maka tahap kemandirian keluarga Tn. J berada pada keluarga mandiri tingkat satu (KM-I) karena keluarga hanya bisa menerima petugas perawatan kesehatan komunitas dan

menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.

j. Skoring Tingkat Prioritas Masalah

- 1) Nyeri akut pada Ny. M berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

Tabel 3.4
Skoring Prioritas Masalah Nyeri Akut

No.	Kriteria	Bobot	Perhitungan	Pembenaran
1.	Sifat masaaalah aktual: 3 Resiko : 2 Potensial 1	1	$3/3 \times 1 = 1$	Masalah ini aktual ,karena Ny. M sedang mengalami gastritis. Jika tidak di tangani akan mengganggu kesehatan dan aktifitas klien. Jadi diperlukan tindakan segera.
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah : mudah Mudah : 2 Sebagian : 1 Tidak dapat : 0	2	$2/2 \times 2 = 2$	Kemungkinan masalah untuk di ubah mudah karena dengan pemberian pendidikan kesehatan kesadaran keluarga untuk mencegah gastritis.
3.	Kemungkinan masaaalah dapat dicegah. Tinggi : 3 Cukup : 2 Rendah 1	1	$2/3 \times 1 = 2/3$	Cukup, masalah gastritis dapat di atasi dengan pengobatan rutin.
4.	Menonjolnya masaaalah : Segera : 2 Tidak segera : 1 Tidak dirasakan:0	1	$2/2 \times 1 = 1$	Masalah harus segera di atasi untuk mencegah komplikasi yang lebih berat.
Total			4 2/3	

2) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Tabel 3.5**Skoring Prioritas Masalah Defisit Pengetahuan**

No.	Kriteria	Bobot	Perhitungan	Pembenaran
1.	Sifat masaaalah aktual: 3 Resiko : 2 Potensial 1	1	$3/3 \times 1 = 1$	Masalah kurang pengetahuan yang di alami oleh Ny. M sudah terjadi.
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah : mudah Mudah : 2 Sebagian : 1 Tidak dapat : 0	2	$1/2 \times 2 = 1$	Kemungkinan masalah masih dapat di ubah keluarga ingin mengetahui tentang penyakitnya dan keluarga ingin mengetahui cara perawatanya.
3.	Kemungkinan masaaalah dapat dicegah. Tinggi : 3 Cukup : 2 Rendah 1	1	$2/3 \times 1 = 2/3$	Masalah dapat di cegah dengan pendidikan kesehatan mengenai gastritis.
4.	Menonjolnya masaaalah : Segera : 2 Tidak segera : 1 Tidak dirasakan:0	1	$2/2 \times 1 = 1$	Bagi keluarga di rasa sebagi masalah karena harus segera di tangani.
Total			3 2/3	

k. Aktivitas sehari-hari

Tabel 3.6
Aktivitas Sehari-hari

No.	Aktivitas	Tn. J	Ny. M	An. M	An. N
1.	Pola nutrisi 1) Makan - Frekuensi - Porsi - Jenis 2) Minum - Frekuensi - Jenis	2-3 x/hari 1 porsi Nasi dan lauk pauk	2-3x/hari 1 porsi Nasi dan lauk pauk	Tidak terkaji	2-3x/hari 1 porsi Nasi dan lauk pauk ± 8 gelas/hari Air putih
2.	Pola Eliminasi 1) BAK - Frekuensi - Warna - Bau 2) BAB - Frekuensi - Warna - Konsistensi - Bau	4-5x/hari Kuning Khas urine 1x/hari Kuning Padat Khas feses	4-5x/hari Kuning Khas urine 1x/hari Kuning Padat Khas feses	Tidak terkaji	4-5x/hari Kuning Khas urine 1x/hari Kuning Padat Khas feses
3.	Pola istirahat tidur - Tidur siang	1-2 jam	1-2 jam	Tidak terkaji	1-2 jam

	- Tidur malam - Kualitas	7-8 jam Nyenyak	7-8 jam Nyenyak		7-8 jam Nyenyak
4.	Pola personal hygiene - Mandi - Gosok gigi - Keramas - Gunting kuku - Ganti baju	1-2x/hari 3x/hari 2x/minggu 1x/minggu 1-2x/hari	1-2x/hari 3x/hari 2x/minggu 1x/minggu1- 2x/hari	Tidak terkaji	1-2x/hari 3x/hari 2x/minggu 1x/minggu 1-2x/hari

I. Analisa Data

Tabel 3.7
Analisa Data

No.	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS : a. Klien mengatakan nyeri pada daerah ulu hati, nyeri yang di dasasakan seperti di remas-remas. b. Klien mengatakan Perutnya terasa begah dan perih, sering mual ketika telat makan, nyeri yang di rasaakan hilang timbul. DO : a. Klien tampak meringis b. Adanya nyeri tekan c. Klien tampak lemah d. Keluarga tidak mampu merawat anggota yang sakit. e. Skala nyeri 4 dari (0-10) f. TD : 100/80 mmHg N : 87x/menit R : 22x/menit S : 36,5 °C	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	Nyeri akut
2.	DS : a. Keluarga dan Klien mengatakan tidak terlalu paham tentang penyakit gastritis. b. Klien dan keluarga mengatakan tidak begitu paham bagaimana penyebab dan faktor resiko penyakit gastritis.	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi	Defisit pengetahuan

	c. Keluarga dan klien mengatakan belum paham tentang bahaya apa saja yang dapat terjadi ketika penyakitnya tidak di tangani. d. Klien dan keluarga mengatakan tidak tahu bagaimana diet gastritis. DO : a. Klien dan keluarga tampak kebingungan b. Klien dan keluarga tampak hanya menyebutkan beberapa tanda dan gejala yang diketahuinya saja. c. Klien dan keluarga hanya menyebutkan beberapa penyebab yang diketahuinya saja. d. Klien dan keluarga tidak mampu melakukan diet gastritis.		
--	--	--	--

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

DS :

- 1) Klien mengatakan nyeri pada daerah ulu hati, nyeri yang di dasakan seperti di remas-remas.
- 2) Klien mengatakan perutnya terasa begah dan perih, sering mual ketika telat makan, nyeri yang di rasaakan hilang timbul.

DO :

- 1) Klien tampak meringis
- 2) Adanya nyeri tekan
- 3) Klien tampak lemah
- 4) Keluarga tidak mampu merawat anggota yang sakit.
- 5) Skala nyeri 4 dari (0-10)
- 6) TD : 100/80 mmHg

N : 87x/menit

R : 22x/menit

S : 36,5 °C

b. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

DS :

- 1) Keluarga dan Klien mengatakan tidak terlalu paham tentang penyakit gastritis.
- 2) Klien dan keluarga mengatakan tidak begitu paham bagaimana penyebab dan faktor resiko penyakit gastritis.
- 3) Keluarga dan klien mengatakan belum paham tentang bahaya apa saja yang dapat terjadi ketika penyakitnya tidak di tangani.
- 4) Klien dan keluarga mengatakan tidak tahu bagaimana diet gastritis.

DO :

- 1) Klien dan keluarga tampak kebingungan.
- 2) Klien dan keluarga tampak hanya menyebutkan beberapa tanda dan gejala yang diketahuinya saja.
- 3) Klien dan keluarga hanya menyebutkan beberapa penyebab yang diketahuinya saja.
- 4) Klien dan keluarga tidak mampu melakukan diet gastritis.

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.8
Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. DS : a. Klien mengatakan nyeri pada daerah ulu hati, nyeri yang di dasarkan seperti di remas-remas. b. Klien mengatakan perutnya terasa begah dan perih, sering mual ketika telat makan, nyeri yang di rasaakan hilang timbul. DO : a. Klien tampak meringis b. Adanya nyeri tekan c. Klien tampak lemah d. Keluarga tidak mampu merawat anggota yang sakit. e. Skala nyeri 4 dari (0-10) f. TTV TD : 100/80 mmHg	Setelah dilakukan kunjungan 3x 30 menit tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Nyeri menurun. 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun	Edukasi manajemen nyeri 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan. 3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.	1. Untuk mengetahui kesiapan dalam menerima informasi. 2. Sebagai media untuk mempermudah memberikan materi. 3. Agar tersusun sesuai rencana

	N : 87x/menit R : 22x/menit S : 36,5 °C		4. Berikan kesempatan untuk bertanya. 5. Jelaskan penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri. 6. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.	4. Untuk mengetahui hal apa yang tidak di ketahui. 5. Agar klien mengetahui penyebab dan strategi peredakan nyeri. 6. Untuk melatih klien dalam teknik nonfarmakologis dalam meredakan nyeri.
2.	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi DS : a. Keluarga dan Klien mengatakan tidak terlalu paham tentang penyakit gastritis. b. Klien dan keluarga mengatakan tidak begitu paham bagaimana	Setelah dilakukan kunjungan 3x30 menit, diharapkan tingkat pengetahuan meningkat. Dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan menjelaskan	Edukasi proses penyakit 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik.	1. Untuk mengetahui kesiapan dalam menerima informasi.

	penyebab dan faktor resiko penyakit gastritis. c. Keluarga dan klien mengatakan belum paham tentang bahaya apa saja yang dapat terjadi ketika penyakitnya tidak di tangani. d. Klien dan keluarga mengatakan tidak tahu bagaimana diet gastritis. DO : a. Klien dan keluarga tampak kebingungan b. Klien dan keluarga tampak hanya menyebutkan beberapa tanda dan gejala yang diketahuinya saja. c. Klien dan keluarga hanya menyebutkan beberapa penyebab yang diketahuinya saja. d. Klien dan keluarga tidak mampu melakukan diet gastritis.	pengetahuan tentang gastritis meningkat	2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan. 3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. 4. Berikan kesempatan untuk bertanya. 5. Jelaskan penyebab dan faktor resiko penyakit . 6. Jelaskan proses patofisiologi muncul penyakit. 7. Jelaskan tanda dan gejala yang	2. Sebagai media untuk mempermudah memberikan materi. 3. Agar tersusun sesuai rencana 4. Untuk mengetahui hal apa yang tidak di ketahui. 5. Untuk meningkatkan pengetahuan klien dan keluarga 6. Agar klien dan keluarga tahu perjalanan penyakit gastritis. 7. Agar klien mengetahui tanda dan gejala yang
--	--	--	--	---

			munculnya penyakit. 8. Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi. 9. Ajarkan cara meredakan atau mengatasi gejala yang di rasakan. 10. Informasikan kondisi klien saat ini	muncul pada penyakit gastritis. 8. Untuk pengetahuan klien dan keluarga sebagai bentuk agar tidak terjadi adanya komplikasi pada penyakitnya. 9. Sebagai pengetahuan apabila nyeri di rasakan. 10. Agar klien tahu keadaan kondisinya saat ini.
--	--	--	---	---

C. Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.9
Implementasi dan Evaluasi Kperawatan

No	Tanggal	DX	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	07 Desember 2021 Jam 13.00 WIB	I	1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. Hasil : keluarga dan klien tampak siap menerima informasi 2. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan. Hasil : penyusun sudah menyediakan materi 3. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. Hasil : pada tanggal 07 desember 2021 dilakukannya pendidikan kesehatan 4. Memberikan kesempatan untuk bertanya. Hasil : klien dan keluarga aktif bertanya 5. Menjelaskan penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri. Hasil : klien dan keluarga sedikit mengetahui penyebab dan strategi manajemen nyeri	DS: 1. Klien mengatakan bersedia menerima materi yang disampaikan. 2. Klien mengatakan belum terlalu paham penyebab nyeri. 3. Klien mengatakan belum mengetahui tektik nonfarmakologis untuk meredakan nyeri. DO : 1. Klien tampak mendengarkan dengan kooperatif. 2. Klien tampak bingung 3. Klien aktif bertanya. 4. Adanya nyeri tekan. 5. TTV TD :110/80	Thareq MF 

			6. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Hasil : tampak mengikuti teknis distraksi dan relaksasi.	N : 88x/menit R : 24x/menit S : 36,8 °C	
2	07 Desember 2021 Jam 14.00 WIB	II	1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik. Hasil : klien dapat menerima dan kooperatif untuk menerima informasi 2. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan. Hasil : penulis sudah menyediakan materi 3. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. Hasil : pelaksanaan penkes pada tanggal 07 desember 2021 4. Memberikan kesempatan untuk bertanya. Hasil : klien dan keluarga aktif bertanya 5. Menjelaskan penyebab dan faktor resiko penyakit. Hasil : klien dan keluarga sedikit paham penyebab dan faktor dari gastritis	DS : 1. Klien mengatakan bersedia menerima materi 2. Klien mengatakan belum mengetahui penyebab, faktor resiko gastritis, patofisiologi, tanda dan gejala juga komplikasi pada gastritis. DO : 1. Klien tampak kooperatif mendengarkan materi. 2. Klien mampu menjelaskan kembali edukasi yang di berikan. 3. Klien dan keluarga mengatakan masih belum paham tentang penyakit gastritis. 4. Klien mengatakan sudah sedikit mengetahui bahaya apa saja yang dapat terjadi	Thareq MF 

			6. Menjelaskan proses patofisiologi muncul penyakit. Hasil : klien dan keluarga masih tampak bingung patofisiologi penyakit gastritis 7. Menjelaskan tanda dan gejala yang munculnya penyakit. Hasil : keluarga dan klien tampak sedikit mengerti tanda dan gejala gastritis 8. Menjelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi. Hasil : klien dan keluarga tampak masih bingung dalam kemungkinan terjadinya komplikasi pada gastritis 9. Mengajarkan cara meredakan atau mengatasi gejala yang di rasakan. Hasil : klien tampak mengikuti teknik relaksasi dan relaksasi 10. Informasikan klien saat ini. Hasil : klien dan keluarga tampak paham tentang kondisi klien	ketika penyakitnya tidak di tangani. O : 1. Klien dan keluarga masih tampak sedikit kebingungan. 2. Klien dan keluarga tampak masih sedikit bertanya tentang penyakit yang di alaminya. A : masalah tertasi sebagian P : Lanjutkan intervensi.	
--	--	--	--	--	--

5. Catatan Perkembangan

Tabel 3.10
Catatan perkembangan hari ke 1

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
08 Desember 2021 09.45 WIB	I	S : 1. Klien mengatakan bersedia menerima materi yang disampaikan. 2. Klien mengatakan sedikit paham penyebab nyeri. 3. Klien mengatakan sudah sedikit mengetahui teknis nonfarmakologis untuk meredakan nyeri (teknis relaksasi dalam) O : 1. Klien kooperatif 2. Klien tampak masih sedikit bingung 3. Klien aktif bertanya 4. TTV : TD : 120/80 mmHg N : 78 x/menit R : 22x/menit S : 36,5°C A : Masalah teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi. I : 1. Menjelaskan penyebab dan strategi nyeri	Thareq MF 

		2. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 3. Menjelaskan manan dan minuman yang tidak boleh di konsumsi oleh penderita gastritis. 4. Memberikan pujian terhadap keluarga. E : Lanjutkan intervensi	
08 Desember 2021 10.15 WIB	II	S : 1. Klien mengatakan bersedia menerima materi 2. Klien mengatakan sedikit paham penyebab, faktor resiko gastritis, patofisiologi, tanda dan gejala juga komplikasi pada gastritis. O : 1. Klien tampak kooperatif mendengarkan materi. 2. Klien mampu menjelaskan kembali edukasi yang di berikan. 3. Klien dan keluarga mengatakan masih belum paham tentang penyakit gastritis. 4. Klien mengatakan sudah sedikit mengetahui bahaya apa saja yang dapat terjadi ketika penyakitnya tidak di tangan A : masalah teratasi sebagian I : 1. Memberikan kesempatan untuk bertanya. 2. Menjelaskan penyebab dan faktor resiko penyakit.	Thareq MF 

		3. Menjelaskan proses patofisiologi muncul penyakit. 4. Menjelaskan tanda dan gejala yang munculnya penyakit. 5. Menjelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi. 6. Mengajarkan cara meredakan atau mengatasi gejala yang di rasakan. 7. Informasikan klien saat ini. E : lanjutkan Intervensi	
--	--	--	--

Tabel 3.11
Catatan perkembangan hari ke 2

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
09 Desember 2021 09.45 WIB	I	S : 1. Klien mengatakan bersedia menerima materi yang disampaikan. 2. Klien mengatakan sudah paham penyebab nyeri. 3. Klien mengatakan sudah mengetahui teknis nonfarmakologis untuk meredakan nyeri (teknis relaksasi dalam) O : 5. Klien kooperatif 6. Klien tampak sudah tidak bingung 7. Klien aktif bertanya 8. TTV : TD : 110/80 mmHg N :78 x/menit R : 22x/menit S : 37,1°C A : Masalah teratasi P : Hentikan Intervensi.	Catatan perkembangan 
09 Desember 2021 10.15 WIB	II	S : 1. Klien mengatakan bersedia menerima materi	Thareq MF

		2. Klien mengatakan sudah paham penyebab, faktor resiko gastritis, patofisiologi, tanda dan gejala juga komplikasi pada gastritis. O : 1. Klien tampak kooperatif mendengarkan materi. 2. Klien mampu menjelaskan kembali edukasi yang di berikan. 3. Klien dan keluarga mengatakan sudah paham tentang penyakit gastritis. 4. Klien mengatakan sudah mengetahui bahaya apa saja yang dapat terjadi ketika penyakitnya tidak di tangan A : Masalah teratasi P : Hentikan Intervensi	
--	--	---	---

B. Pembahasan

Setelah dilakukan penerapan asuhan keperawatan pada keluarga Tn. J dengan salah satu anggota keluarga Tn. J yaitu Ny. M yang menderita penyakit gastritis di Kp. Dayeuh manggung, RT 003, RW 001, Desa Sindangmekar, Kecamatan Wanaraja, Kabupaten Garut pada tanggal 07 Desember sampai dengan 09 Desember 2021 selama 3 kali kunjungan sehari, maka pada pembahasan penulis akan menjabarkan adanya kesesuaian dan kesenjangan yang terdapat antara teori dan kasus. Tahapan pembahasan sesuai dengan tahapan asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Tahap pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan, dimana dalam tahap ini penulis akan mengumpulkan data-data dari pendokumentasian yang ada di keluarga. Data yang diperoleh merupakan data subjektif dan data objektif kemudian dirumuskan menjadi diagnosa keperawatan. Selama pengkajian ditemukan data pada Ny. M dengan gastritis yaitu klien mengeluh nyeri pada daerah ulu hati, nyeri yang di rasakan seperti di remas-remas, Perutnya terasa begah dan perih, sering mual ketika telat makan, nyeri yang di rasaakn hilang timbul, skala nyeri 4 dari (0-10), klien tampak cemas, klien tampak gelisah dan klien belum paham jelas dengan masalah penyakit yang sering ia rasakan.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang di temukan pada teori ada 4, yaitu sebagai berikut :

- a) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.
- b) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan.
- c) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik.
- d) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Sedangkan pada kasus Ny. M yang sesuai dengan teori berdasarkan data-data subjektif maupun objektif yang di temukan pada saat pengkajian yaitu:

- a) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.
- b) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan yang ditetapkan oleh penulis berdasarkan diagnosa keperawatan yaitu untuk nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis yaitu Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, Berikan kesempatan untuk bertanya, jelaskan penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri, jarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, menjelaskan makanan dan minuman yang tidak boleh di konsumsi oleh penderita gastritis, Berikan pujian terhadap keluarga.

Sedangkan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi yaitu Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik, Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, Berikan kesempatan untuk bertanya, Jelaskan penyebab dan faktor resiko penyakit, Jelaskan proses patofisiologi muncul penyakit, Jelaskan tanda dan gejala yang munculnya penyakit, Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi, Ajarkan cara meredakan atau mengatasi gejala yang di rasakan dan Informasikan kondisi klien saat ini.

Pada tahap perencanaan terjadi kesenjangan antara rencana yang ada pada teori dan yang terjadi di lapangan dimana rencana yang telah di tetapkan oleh penulis berdasarkan situasi dan kondisi. Faktor-faktor yang mendukung kelancaran adalah hasil kerjasama dengan berbagai pihak.

4. Implementasi keperawatan

Pada tahap ini penulis berusaha melaksanakan tindakan yang telah di rencanakan, implementasi yang di lakukan pada nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis yaitu mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, memberikan kesempatan untuk bertanya, menjelaskan penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri, mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, menjelaskan makanan dan minuman yang tidak boleh di konsumsi oleh penderita gastritis, dan

memberikan pujian terhadap keluarga. Sedangkan implementasi pada defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi yaitu mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi terapeutik, menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, memberikan kesempatan untuk bertanya, menjelaskan penyebab dan faktor resiko penyakit, menjelaskan proses patofisiologi muncul penyakit, menjelaskan tanda dan gejala yang munculnya penyakit, menjelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi, mengajarkan cara meredakan atau mengatasi gejala yang di rasakan, informasikan klien saat ini.

5. Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan implementasi yang dilakukan oleh penulis semua masalah teratasi yaitu :

- a) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.
- b) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada keluarga Tn. J dengan Gastritis pada Ny. M di Kp. Dayeuh Manggung RT. 003 RW. 001 Desa Sindang Mekar, Kecamatan Wanaraja, Kabupaten Garut dari Tanggal 07 Desember sampai dengan 09 Desember 2021, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Penulis mampu melaksanakan pengkajian dengan mendapatkan data-data dari Ny. M dengan gastritis adalah klien mengeluh nyeri pada bagian ulu hati, Klien dan keluarga juga mengatakan belum paham mengenal penyakit gastritis. Dalam tahap ini penulis tidak menemukan hambatan dan kesulitan karena, Ny. M dan keluarga sangat kooperatif dan bersedia mengungkapkan permasalahan yang terjadi saat dilakukan tahap pengkajian.
2. Penulis mampu menegakkan diagnosa keperawatan pada Ny. M, masalah-masalah yang ditemukan diantaranya : nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, dan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Dalam penegakkan diagnosa ini didukung oleh keluarga Ny. M sehingga tidak terdapat kesulitan bagi penulis selama menegakkan diagnosa keperawatan.

3. Penulis mampu menentukan intervensi keperawatan pada keluarga Tn. J dengan Gastritis pada Ny. M, rencana tindakan yang dilakukan pada diagnosa nyeri akut yaitu identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya, jelaskan penyebab, priode, strategi meredakan nyeri, ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Adapun rencana tindakan pada diagnosa defisit pengetahuan yaitu Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik ,Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, Berikan kesempatan untuk bertanya, Jelaskan penyebab dan faktor resiko penyakit, Jelaskan proses patofisiologi muncul penyakit, Jelaskan tanda dan gejala yang munculnya penyakit, Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi, Ajarkan cara meredakan atau mengatasi gejala yang di rasakan, Informasikan kondisi klien saat ini
4. Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan sesuai rencana implementasi yang telah disusun sebelumnya berdasarkan teori namun pelaksanaannya dilakukan berdasarkan situasi dan kondisi dilapangan. Banyak faktor yang mendukung terlaksananya implementasi keperawatan, diantaranya : peran keluarga yang mendukung, tersedianya alat-alat serta adanya bimbingan dari pembimbing akademik, serta adanya peran Ny. M dan keluarga yang selalu kooperatif dalam setiap tahapan implementasi asuhan keperawatan. Meskipun dalam pelaksanaannya penulis tidak dapat

melaksanakan asuhan keperawatan secara menyeluruh karena, keterbatasan waktu yang dimiliki.

5. Penulis mampu melaksanakan evaluasi dilakukan secara bersama-sama antara penulis dan keluarga juga berkoordinasi dengan kader kesehatan dan petugas puskesmas. Pencapaian yang diperoleh yaitu berhasil semuanya teratasi masalahnya.
6. Penulis mampu melaksanakan pendokumentasian dengan cara mendapatkan informasi dan pengumpulan data sehingga dapat dilakukan oleh penulis dan penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan dalam bentuk karya tulis ilmiah.

B. Rekomendasi

Berdasarkan kesimpulan yang telah diperoleh maka penulis dapat memberikan saran yang bersifat membangun, sebagai berikut :

1. Bagi Keluarga

Keluarga Tn. J harus dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk memeriksakan kondisi keluarganya secara teratur agar kesehatan keluarga dapat terkontrol dengan baik, dapat melakukan pencegahan dan dapat melakukan penanganan yang tepat pada suatu masalah. Selanjutnya, untuk meningkatkan derajat kesehatan secara optimal keluarga harus senantiasa menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat dan pola hidup yang sehat berbagai pencapaian yang telah diperoleh oleh keluarga Tn. J harus tetap diperhatikan, dipelihara dan dipertahankan sehingga antara penulis dan

keluarga saling mendukung dalam meningkatkan derajat kesehatan keluarga.

2. Bagi Puskesmas

Supaya proses pembinaan keluarga berhasil dan optimal, pembinaan keluarga dapat dilanjutkan oleh pihak puskesmas yang menjadi pusat kesehatan masyarakat dengan memberikan pelayanan kesehatan secara terpadu kepada masyarakat.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Institusi harus dapat meningkatkan proses pendidikan dan pembelajaran kepada mahasiswa dalam rangka untuk meningkatkan kemampuan dalam asuhan keperawatan secara komprehensif di berbagai aspek bio, psiko, sosial dan spiritual, serta institusi pendidikan harus memberikan konsep sematang mungkin sebagai acuan dalam kegiatan apapun agar dilakukan dengan baik dan benar.

DAFTAR PUSTAKA

- AH. Yusuf, H. E. (2015). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Jakarta: Salemba Medika.
- Amin huda nurarif, & Hardhi kusuma, (2015). aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis dan nanda nic noc (jilid 3). Penerbit mediacion jogja.
- Ardiansyah, M. 2012. Medikal Bedah. Yogyakarta: DIVA Press.
- Andra, S. W., & Yessie, M. P. (2013). KMB 1 Keperawatan Medikal Bedah Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Bakri & Maria, H. (2017). Asuhan Keperawatan Keluarga. Yogyakarta: Pustaka Mahardika.
- Debora Oda. (2013). Proses Keperawatan dan Pemeriksaan Fisik. Jakarta : Salemba Medika.
- Doenges, M. E. (2014). Manual Diagnosis Keperawatan Rencana, Intervensi, & Dokumentasi Asuhan Keperawatan. (P. E. Karyuni, E. A. Mardella, E. Wahyuningsih, & M. Mulyaningrum, Eds.) (Edisi 3). Jakarta: EGC.
- Doenges, M.E., Moorhouse, M.F. and Murr, A.C. (2016) Nurse's Pocket Guide: Diagnoses, Prioritized Interventions and Rationales (Nurse's Pocket Guide: Diagnoses, Interventions & Rationales). 14th Edition, 1-1184.
- Harmoko. (2012) Asuhan Keperawatan Keluarga. Penerbit : Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Harnilawati. (2013). Konsep dan proses Keperawatann Keluarga. Sulawesi Selatan: Pustaka As Salam.
- Nadirawati (2018) Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga. *1st edn. Edited by* Anna. Bandung: PT Refika Aditama.
- Olfah, Yustiana, Ghofur, A. (2016) Dokumentasi Keperawatan. Jakarta Selatan. Price Sylvia A, Wilson Lorraine M. Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit. Jakarta: EGC; 2012.
- PPNI (2016). Standar diagnosa keperawatan indonesia: definisi dan indikator diagnostik, edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Kperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

- Putri, A. T., Rezal, F., & Akifah. (2017). Efektifitas Media Audio Visual Dan Leaflet Terhadap Peningkatan Pengetahuan, Sikap Dan Tindakan Tentang Pencegahan Penyakit Gastritis Pada Santriwati Di Pondok Pesantren Hidayatullah Putri Dan Ummusshabri Kota Kendari Tahun 2017. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 2(6), 1-11.
- Riasmini, N. M., Permatasari, H., Chairani, R., Astuti, N. P., Ria, R. T. T. M., & Handayani, T. W. (2017). *Panduan Asuhan Keperawatan Individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat*. (J. Sahar, Riyanto, & W. Wiarsih, Eds.). Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia.
- Smeltzer, Susan C. 2014. *Keperawatan medikal-bedah*. Jakarta:EGC.
- Stuart, G.W & Laraia, M.T. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. (7 th Ed) St. Louis: Mosby.
- Suarli.S dan Yanyan Bahtiar. 2012. *Manajemen Keperawatan dengan Pendekatan Praktis*. Jakarta. Erlangga.
- Sulastrri, Delmi. 2012. *Faktor Determinan Kejadian Stunting Pada Anak Usia Sekolah Di Kecamatan Lubuk Kilangan Kota Padang*. Fakultas Kedokteran Universitas Andalas : Padang.
- Sugiyono. (2017). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung : Alfabeta, CV.
- Sukarmin. (2013). *Keperawatan Pada Sistem Pencernaan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Wahyu, D, dkk. (2015). *Pola Makan Sehari- Hari Penderita Gastritis*. Malang : Poltekes Kemenkes Malang.
- Wijaya, A.S dan Putri, Y.M. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah 2, Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- WHO. *World Health Statistic Report 2015*. Geneva: World Health Organization; 2015.
- World Health Organization (2017). *Mental disorders fact sheets*. *World Health Organization*.

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

“ PENCEGAHAN GASTRITIS “

Mata Kuliah: Keperawatan Keluarga



Disusun Oleh:

Nama : Thareq M Fadillah

NIM : KHGA19088

Kelas : 3B / D3 Keperawatan

STIKes KARSA HUSADA GARUT

2021/2022

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

GASTRITIS

Topik	: Penyakit Sistem Pencernaan
Sub Topik	: Pencegahan Penyakit Gastritis
	1. Pengertian tentang penyakit Gastritis 2. Penyebab penyakit Gastritis 3. Tanda dan gejala penyakit Gastritis 4. Pencegahan penyakit Gastritis 5. Cara pengobatan penyakit Gastritis
Sasaran	: Ny. M
Penyuluh	: Thareq Muhammad Fadillah
Hari/Tempat	: Senin, 06 Desember 2021
Waktu	: 20 menit
Tempat	: Rumah Ny. M

A. Tujuan

1. Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Setelah mengikuti penyuluhan, diharapkan Ny. M dapat memahami tentang pencegahan penyakit Gastritis.

2. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah mengikuti penyuluhan Ny. R mampu:

- a. Menyebutkan pengertian tentang penyakit Gastritis
- b. Menyebutkan penyebab penyakit Gastritis
- c. Menyebutkan tanda dan gejala penyakit Gastritis
- d. Menyebutkan pencegahan penyakit Gastritis
- e. Menyebutkan cara pengobatan penyakit Gastritis

B. Metode

- 1. Ceramah
- 2. Tanya jawab

C. Media

- 1. Leaflet

D. Materi

- 1. Pengertian
- 2. Etiologi (penyebab)
- 3. Tanda gejala
- 4. Pencegahan
- 5. Pengobatan

E. Matriks Kegiatan

No.	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta
1.		1. Pembukaan • Mengucapkan salam • Memperkenalkan diri	• Menjawab salam

	5 menit	• Menjelaskan tujuan pembelajaran yang telah disepakati pada saat pengkajian • menyebutkan materi/pokok bahasan yang akan disampaikan	• Mendengarkan dan memperhatikan
2.	5 menit	2. Pelaksanaan • Menjelaskan materi penyuluhan secara teratur dan berurutan. • Materi: - Pengertian tentang penyakit Gastritis - Penyebab penyakit Gastritis - Tanda dan gejala penyakit Gastritis - Pencegahan penyakit Gastritis - Cara pengobatan penyakit Gastritis	• Memperhatikan penjelasan materi yang akan diberikan
3.	5 menit	2. Evaluasi • Memberikan pertanyaan-pertanyaan berkaitan dengan materi yang sudah dijelaskan	• Bertanya dan merespon/menjawab pertanyaan yang akan diberikan

		• Memberikan kesempatan kepada Ny. H untuk bertanya	
4.	5 menit	3. Penutup • Menyimpulkan materi yang telah disampaikan • Menyampaikan terima kasih atas perhatian dan waktu yang diberikan • Mengucapkan terima kasih dan mengucapkan salam	• Menjawab salam

F. Evaluasi

1. Evaluasi Struktur

- Persiapan materi
- Persiapan media
- Kelengkapan alat
- Penyelenggaraan penyuluhan di Kediaman Ny. M

2. Evaluasi proses

- Penyuluhan dimulai sesuai dengan waktu yang direncanakan

- b. Ny. M antusias terhadap materi

3. Evaluasi hasil

- a. Ny. M memahami dan mengerti tentang pencegahan penyakit gastritis

- b. Ny. M hadir saat pertemuan

4. Evaluasi sasaran

- a. Apa saja penyebab Gastritis?

- b. Apa saja tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh Gastritis:

- c. Bagaimana cara pencegahan gastritis?

LAMPIRAN MATERI

A. Pengertian

Gastritis merupakan masalah pada saluran pencernaan yang paling sering ditemukan. Gastritis adalah penyakit yang disebabkan oleh meningkatnya asam lambung sehingga mengakibatkan inflamasi atau peradangan yang mengenai mukosa lambung (Khanza, et al., 2017). Gastritis dapat bersifat akut yang datang mendadak dalam beberapa jam atau beberapa hari dan dapat juga bersifat kronis sampai berbulan-bulan atau bertahun-tahun (Diyono, 2013)

Gastritis adalah suatu peradangan atau pendarahan pada mukosa lambung yang disebabkan oleh faktor iritasi, infeksi, dan ketidakteraturan dalam pola makan, misalnya telat makan, makan terlalu banyak, cepat, makan makanan yang terlalu banyak bumbu dan pedas (Priyoto, 2015, hal. 266).

B. Etiologi (Penyebab)

Penyebab utama gastritis adalah bakteri *Helicobacter pylori*, virus, atau parasit lainnya juga dapat menyebabkan gastritis. Kontributor gastritis akut adalah meminum alkohol secara berlebihan, infeksi dari kontaminasi makanan yang di makan, dan penggunaan kokain. Kortikosteroid juga dapat menyebabkan gastritis seperti NSAID aspirin dan ibuprofen. (Dewit, Stromberg & Dallred, 2016).

Menurut (Gomes 2012) penyebab gastritis adalah sebagai berikut :

1. Infeksi bakteri

2. Sering menggunakan pereda nyeri
3. Konsumsi minuman alkohol yang berlebihan
4. Stress
5. Autoimun

C. Tanda Gejala

1. Kembung
2. Sering bersendawa
3. Rasa perih di ulu hati
4. Kehilangan BB
5. Mual muntah
6. Terasa penuh pada perut bagian atas
7. Anoreksia

D. Pencegahan

1. Hindari minuman beralkohol karena dapat mengiritasi lambung sehingga terjadi inflamasi.
2. Hindari merokok karena dapat mengganggu lapisan dinding lambung sehingga lambung lebih mudah mengalami gastritis dan tukak / ulkus. Dan rokok dapat meningkatkan asam lambung dan memperlambat penyembuhan luka.
3. Atasi stress sebaik mungkin.
4. Makan makanan yang kaya akan buah dan sayur namun hindari sayur dan buah yang bersifat asam.

5. Jangan berbaring setelah makan untuk menghindari refluks (aliran balik) asam lambung .
6. Berolahraga secara teratur untuk membantu mempercepat aliran makanan melalui usus.
7. Bila perlu mudah mengalami kembung atau banyak gas untuk sementara waktu kurangi konsumsi makanan tinggi serat, seperti pisang, kacang – kacangan dan kentang.
8. Makanan dalam porsi sedang (tidak banyak) tetapi sering, berupa makanan lunak dan rendah lemak. Makanlah secara perlahan dan rileks .(Hardi & Huda Amin, 2015).

E. Pengobatan

1. Pengobatan gastritis melibatkan
 - a. Pengaturan pola hidup
 - b. Pola makan
 - c. Manajemen stress
 - d. Obat penurun asam lambung (Antasida)

PENCEGAHAN GASTRITIS (MAAG)



DISUSUN OLEH:

THAREQ MF

KHGA 19088

STIKES KARSA HUSADA GARUT

TAHUN 2021/2022

APA ITU SAKIT MAAG?



Sakit maag atau gastritis adalah peradangan yang terjadi pada lapisan lambung.

APA PENYEBAB TERJADINYA MAAG?



1. Kuman *Helicobacter pylori*
2. Pola makan tidak teratur
3. Stres akut
4. Suka minuman beralkohol dan merokok.



APA SAJA TANDA DAN GEJALA MAAG?



1. Kembung
1. Sering bersendawa
2. Rasa perih di ulu hati
3. Kehilangan BB dan Anoreksia
4. Mual muntah
5. Terasa penuh pada perut bagian atas

PENCEGAHAN

1. Pola makan
2. Hindari makanan yang merangsang asam lambung.



3. Tidak boleh menunda waktu makan



4. Minumlah yang banyak
5. Makan snack/kue jika tidak sempat makan



PENGOBATAN

- a. Pengaturan pola hidup
- b. Pola makan
- c. Manajemen stress
- d. Obat penurun asam lambung

- Antasida



DIET UNTUK PENDERITA MAAG

Makanan yang harus dihindari :

1. Makanan tinggi lemak
2. Minum - minuman yang berkafein
3. Minuman yang bersoda
4. Makanan yang pedas
5. Buah citrus seperti jeruk, lemon

Makanan yang di anjurkan :

1. Buah buahan yang memiliki kadar keasaman rendah.
2. Oatmeal (gandum)
3. Jahe
4. Sayuran hijau
5. Daging

LAMPIRAN RIWAYAT HIDUP



Nama : Thareq Muhammad Fadillah

Tempat, Tanggal Lahir : Ternate, 22 April 1998

Alamat : Jl. Cipanas Baru, Kp. Dukuh Kidul, RT 02, RW 03, Desa
Pananjung, Kec. Tarogong Kaler, Kab. Garut

E-mail : thareq.fadillah@gmail.com

Agama : Islam

Riwayat Pendidikan : TK MUSADDADIYAH GARUT (2003 - 2004)
SD KARTIKA XIX-3 (2004 - 2010)
SMPN 1GARUT (2010 - 2013)
SMAN 11 GARUT (2013 – 2016)
STIKES KARSA HUSADA GARUT (2019 - 2022)