

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TN. H
DENGAN MASALAH UTAMA GASTRITIS PADA NY. S
DIKELURAHAN MuktiHarjo Kidul RT 05 / XXIII
KECAMATAN PEDURUNGAN
KOTA SEMARANG**

KARYA TULIS ILMIAH



Disusun Oleh :
Indri Fatmawati
NIM. 89. 33. 12870

**PRODI D III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2010**

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya tulis ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim
Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan
Unissula Semarang pada :

Hari : Senin

Tanggal : 31 Mei 2010

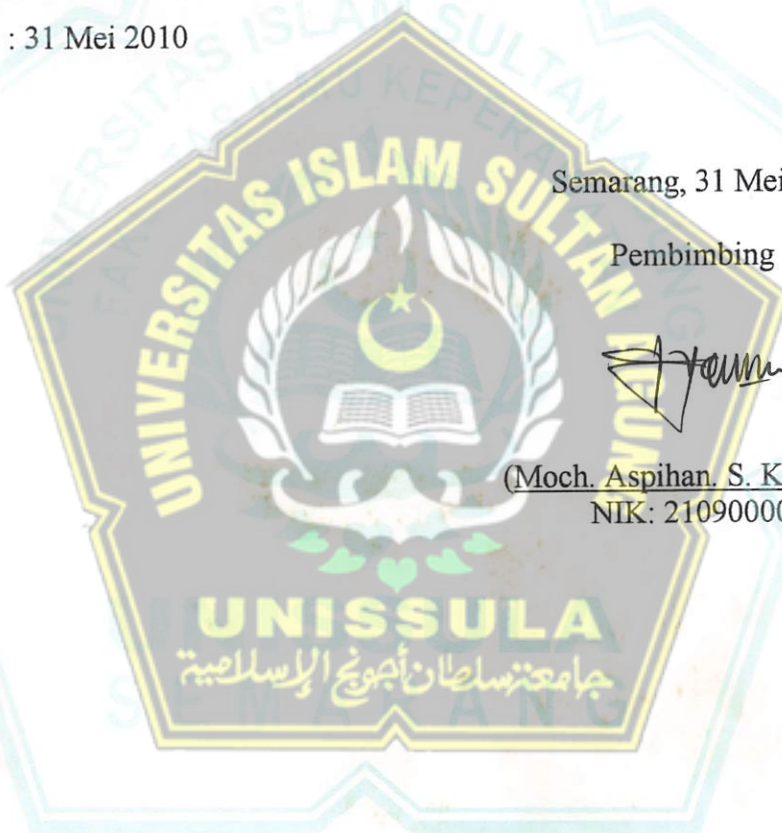
Semarang, 31 Mei 2010

Pembimbing



(Moch. Aspihan, S. Kep, Ns)

NIK: 210900008




HALAMAN PENGESAHAN

Karya tulis ilmiah ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Rabu tanggal 2 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.


Semarang, 2 Juni 2010

Tim Penguji


Penguji I


(Iwan Ardian, SKM)
NIK : 210997003

Penguji II


(Moch. Aspihan, S. Kep, Ns)
NIK : 210900008

Penguji III


(Rita Kartika Sari, SKM, M Kes)
NIK : 00.01.632

HALAMAN PERSEMBAHAN

Kupersembahkan kepada :

- 1. Ibu Bapak tercinta**
- 2. Segenap keluarga tersayang**
- 3. Rekan - rekan yang telah memberi dukungan**
- 4. Semua pihak yang berkenan membaca hasil penelitian**



MOTTO

1. *Hidup adalah perjuangan karena dengan perjuangan pasti bisa.
Semangat dan terus berjuang hingga menuju kesuksesan.*
2. *Dengan doa, usaha, ihtiar dan tawakal semua pasti bisa.*
3. *Yakīnlah ALLAH SWT pasti memberikan jalan yang terbaik bagi hamba-Nya.*



KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah luar biasa penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan karunia-NYA sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir dengan judul ” Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. H Dengan Masalah Utama Gastritis Pada Ny. S Dikelurahan Muktiharjo Kidul Rt 05 / XXIII Kecamatan Pedurungan Kota Semarang ”

Penulisan laporan ilmiah ini disusun guna untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan jenjang pendidikan diploma III Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang.

Penulis menyadari dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu dalam kesempatan ini perkenankan penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

- 1. Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis mampu membuat karya tulis ilmiah ini.**
- 2. Bapak Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, Msc, M. Eng, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.**
- 3. Bapak Iwan Ardian, SKM, selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.**
- 4. Bapak Moch. Asphian, S. Kep, Ns, selaku pembimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah yang memberikan pengarahan serta bimbingan.**

5. Ibu Wahyu Endang Setyowati, SKM, selaku ketua Program Studi di D III Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
6. Desa Muktiharjo Kidul RW 23 Kecamatan Pedurungan Kota Semarang yang telah memberikan kesempatan kepada saya praktek disana, dan dapat mengaplikasikan ilmu yang telah saya peroleh di Institusi, sehingga saya dapat mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Dosen dan Staf Pengajar Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang sudah banyak membantu dalam pelaksanaan proses belajar-mengajar.
8. Bapak Suwardi dan Ibu Lawi tercinta yang telah memberi dukungan moril, materiil dan spiritual sepenuhnya.
9. Kepada Kakakku Muhalim dan Novi yang tersayang memberi dukungan moril, materiil dan spiritual sepenuhnya.
10. Kepada Said Wibowo yang telah memberikan semangat kepada saya.
11. Kepada teman-teman saya yang telah menggoreskan hari-hari indah selama tiga tahun di bangku kuliah, dukungan serta semangat dalam menulis laporan ini.
12. Kepada teman saya Risna, Ike, Nunung, Mujiono, Maqrifah, Munif, Rizal yang telah membantu dan menemani saya dalam pembuatan karya tulis ilmiah.

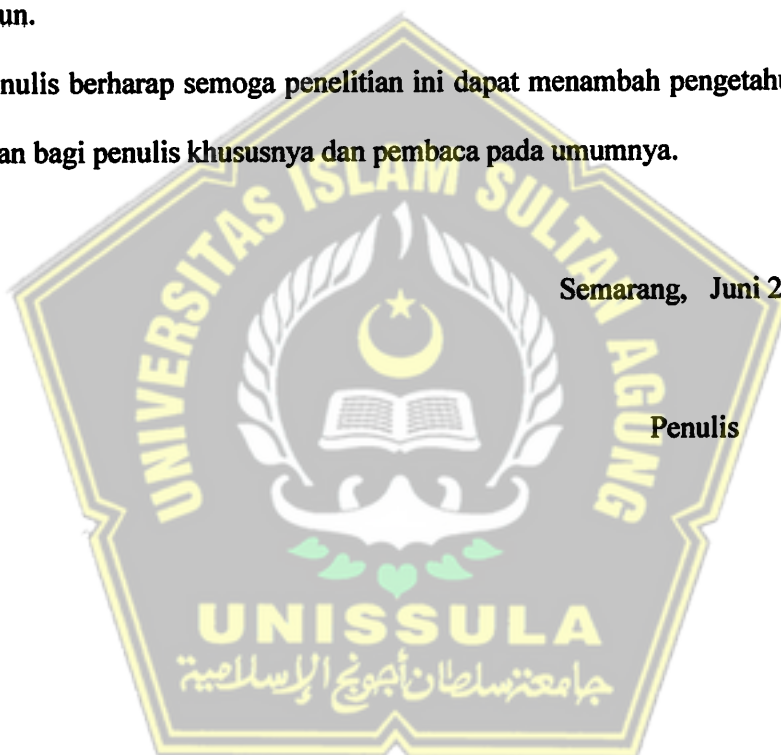
13. Semua pihak-pihak yang telah membantu dalam penyusunan laporan kasus ujian komprehensif baik langsung maupun tidak langsung lain yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari sebagai manusia tidak ada yang sempurna tentu memiliki keterbatasan pengetahuan dan kekurangan, penelitian ini masih jauh dari sempurna untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun.

Penulis berharap semoga penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan pengalaman bagi penulis khususnya dan pembaca pada umumnya.

Semarang, Juni 2010

Penulis



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	iv
MOTTO	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar belakang masalah	1
B. Tujuan penulisan	3
C. Manfaat penulisan	3
BAB II KONSEP DASAR.....	5
A. Konsep Dasar Keluarga	5
1. Pengertian.....	5
2. Tipe Keluarga	6
3. Fungsi Keluarga Tugas Perkembangan Keluarga	8
4. Tahap Perkembangan Keluarga.....	10
5. Prinsip Dasar Penatalaksanaan Keperawatan Keluarga....	12
6. Tugas Keperawatan Keluarga	14

B. Konsep Dasar Penyakit.....	15
1. Pengertian.....	15
2. Klasifikasi Menurut Onset	16
3. Klasifikasi Histologi yang sering digunakan.....	16
4. Etiologi.....	17
5. Patofisiologi	18
6. Manifestasi klinik	21
7. Pemeriksaan diagnostik	21
8. Komplikasi	22
BAB III : RESUME KEPERAWATAN	23
A. Pengkajian.....	23
B. Analisa Data	30
C. Diagnosa Keperawatan.....	31
D. Intervensi.....	32
E. Implementasi.....	34
F. Evaluasi.....	36
BAB IV : PEMBAHASAN.....	37
A. Pengkajian	37
B. Diagnosa Keperawatan	38
BAB V : PENUTUP	46
A. Kesimpulan.....	46
B. Saran	47

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah.

Penyakit Gastritis yang dikenal dengan saluran pencernaan bagian atas yang banyak dikeluhkan masyarakat dan paling banyak dibagian gastroenterologi (Mustakim, 2009). Menurut Herlan (2001), menyatakan Gastritis bukanlah penyakit tunggal, tetapi beberapa kondisi yang mengacu pada peradangan lambung. Biasanya peradangan tersebut merupakan akibat dari infeksi bakteri yang dapat mengakibatkan radang pada lambung.

Keluhan Gastritis merupakan suatu keadaan yang sering dan banyak dijumpai dalam kehidupan sehari-hari. Tidak jarang kita jumpai penderita Gastritis kronis selama bertahun-tahun pindah dari satu dokter ke dokter yang lain untuk mengobati keluhan Gastritis tersebut. Berbagai obat-obatan penekan asam lambung sudah pernah diminum seperti antasid, namun keluhan selalu datang silih berganti. Keluhan yang berkepanjangan dalam menyembuhkan Gastritis ini dapat menimbulkan stress, gara-gara Gastritis sekitar 10% dan biaya yang tidak sedikit. Bagi stress ini bukan tidak mungkin justru menambah berat Gastritis penderita yang sudah ada (Budiana, 2006).

Budiana (2006), mengatakan bahwa Gastritis ini terbesar di seluruh dunia dan bahkan diperkirakan diderita lebih dari 1,7 milyar. Pada negara yang sedang berkembang infeksi diperoleh pada usia dini dan pada negara maju sebagian besar dijumpai pada usia tua.

Dari hasil penelitian para pakar, didapatkan jumlah penderita Gastritis antara pria dan wanita, ternyata Gastritis lebih banyak pada wanita dan dapat menyerang sejak usia dewasa muda hingga lanjut usia. Di Indonesia 6-20% menderita Gastritis pada usia 55 tahun dengan prevelensi 22% insiden total untuk segala umur pada tahun 1988 adalah 16 kasus/1000 pada kelompok umur 45-64 tahun. Insiden sepanjang usia untuk Gastritis adalah 10% (Harun Riyanto, 2008).

Angka kejadian infeksi Gastritis pada beberapa daerah di Indonesia menunjukkan data yang cukup tinggi. Menurut Maulidiyah dan Unun (2006), di Kota Semarang angka kejadian Gastritis sebesar 31,2%, Jawa Tengah 46%, sedangkan di Jakarta angka kejadian infeksi cukup tinggi sebesar 91,6%. Faktor etiologi Gastritis dalam Data perilaku masyarakat khususnya di Kelurahan Muktiharjo Kidul rt 05 / 23, asupan alkohol berlebihan (10%), merokok (50%), makanan berbumbu (20%), obat-obatan (20%).

Berdasarkan data dan tema diatas, maka penulis tertarik untuk menelaah kasus Gastritis dalam kontek keperawatn keluarga dengan judul karya tulis ilmiah “Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. H Dengan Masalah Utama Gastritis Pada Ny. S dengan Gasritis Dikelurahan Muktiharjo Kidul Rt 05 / XXIII Kecamatan Pedurungan Kota Semarang”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

- a. Memahami penerapan Asuhan keperawatan pada keluarga Tn. H khususnya pada Ny. S dengan Gastritis .

2. Tujuan Khusus

- a. Teridentifikasinya masalah keperawatan pada keluarga Tn. H khususnya pada Ny. S yang menderita Gastritis .
- b. Teridentifikasinya intervensi keperawatan yang tepat pada keluarga Tn. H khususnya pada Ny. S yang menderita gastritis dalam konteks keperawatan keluarga.
- c. Teridentifikasinya alternatif pemecahan masalah keperawatan pada keluarga Tn. H khususnya pada Ny. S dengan gastritis.

C. Manfaat Penulisan

Karya tulis ilmiah ini di buat penulis diharapkan bermanfaat bagi pihak-pihak yang terkait antara lain.

1. Bagi Penulis

Untuk menambah pengetahuan penulis khususnya dalam penatalaksanaan pada pasien khususnya dengan gangguan sistem pencernaan Gastritis dalam konteks keperawatan keluarga.

2. Klien

Keluarga mampu mengidentifikasi dengan jelas dalam perawatan individu dengan gastritis dalam konteks keluarga.

3. Institusi pendidikan

Sumber rujukan bagi mahasiswa yang meneliti kasus gastritis dalam praktek keperawatan keluarga.

4. Masyarakat

Menambah pengetahuan keluarga tentang mengatasi Gastritis dan penyelesaian status serta penatalaksanaan dirumah.



BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Keperawatan Keluarga

1. Definisi Keluarga

Keluarga adalah perkumpulan dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi, dan tiap-tiap anggota keluarga selalu berinteraksi satu sama lain. (Wahid Iqbal Mubarak 2009).

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang dibentuk berdasarkan ikatan perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan materiil yang layak, bertaqwa kepada Tuhan, memiliki hubungan yang selaras dan seimbang antara anggota keluarga dan masyarakat serta lingkungannya. (BKKBN 1999, dalam Sudiharto, S.kep,M.kes 2007).

Keluarga adalah suatu ikatan atau persekutuan hidup atas dasar perkawinan antara orang dewasa yang berlainan jenis yang hidup bersama atau seorang laki-laki atau seorang perempuan yang sudah sendirian dengan atau tanpa anak, baik anaknya sendiri atau adopsi, dan tinggal dalam satu rumah tangga. (Sayekti 1994, dalam Setiadi 2008).

Dari beberapa pengertian di atas maka dapat disimpulkan secara umum, bahwa keluarga itu terjadi bila terdapat:

- a. Ikatan atau persekutuan (perkawinan/kesepakatan)

- b. Hubungan (darah / adopsi / kesepakatan)
- c. Tinggal bersama dalam satu atap (serumah)
- d. Ada peran masing-masing anggota keluarga
- e. Ikatan emosional

2. Tipe keluarga

Menurut Setiadi, 2008.

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

a. Secara tradisional

Secara tradisional keluarga dikelompokkan menjadi 2 yaitu :

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

b. Secara modern (berkembangnya peran individu dan meningkatnya rasa individualisme maka pengelompokan tipe keluarga selain di atas adalah:

- 1) *Traditional Nuclear*. Keluarga inti yang terdiri atas ayah, ibu dan anak yang tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu/ 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 bawaan dari perkawinan lama maupun hasil perkawinan baru. Satu atau keduanya dapat bekerja diluar rumah.
- 3) *Niddle Age/ aging couple*. Suami sebagai pencari uang, istri di dalam di rumah/ 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, keduanya atau salah satu bekerja diluar rumah.
- 5) *Single Parent*. Satu orang tua sebagai akibat perceraian / kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal di rumah/ diluar rumah.
- 6) *Dual Carrier*. Suami istri atau keduanya berkarier dan tanpa anak.
- 7) *Commuter Married*. Suami istri / keduanya orang karier dan tinggal terpisah pada jarak tertentu, keduanya saling mencari pada waktu-waktu tertentu.
- 8) *Single Adult*. Wanita atau pria dewasa yang tinggal sendiri dengan tidak adanya keinginan untuk menikah.
- 9) *Three Generation*. Tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah.

- 10) *Institutional*. Anak- anak atau orang-orang dewasa tinggal dalam suatu panti-panti.
- 11) *Comunal*. Satu rumah terdiri atas dua/lebih pasangan yang monogomi dengan anak-anaknya dan bersama-sama dalam penyediaan fasilitas.
- 12) *Group Marriage*. Satu perumahan terdiri atas orang tua dan keturunannya di dalam satu kesatuan keluarga dan tiap individu adalah menikah dengan orang lain dan semua adalah orang tua dari anak-anak.
- 13) *Unmarried Parent and Child*. Ibu dan anak dimana perkawinan tidak dikehendaki, anaknya diadopsi.
- 14) *Cohibing Caupie*. Dua orang / satu pasangan yang tinggal bersama tanpa pernikahan.
- 15) *Gay and lesbian family*. Yaitu keluarga yang dibentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama.

3. Fungsi keluarga

Fungsi keluarga merupakan hasil atau konsekuensi dari struktur keluarga atau sesuatu tentang apa yang dilakukan oleh keluarga. Terdapat beberapa fungsi keluarga menurut Friedmen (1998) ; Setiawan & Dermawan (2005) yaitu :

a. Fungsi afektif

Fungsi afektif merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi kebutuhan pemelihara kepribadian dari anggota keluarga. Merupakan respon dari

keluarga terhadap kondisi dan situasi yang dialami tiap anggota keluarga baik senang maupun sedih, dengan melihat bagaimana cara keluarga mengekspresikan kasih sayang.

b. Fungsi sosialisasi

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

c. Fungsi perawatan kesehatan

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

d. Fungsi ekonomi

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

keluarga, pengaturan penghasilan keluarga, menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

e. Fungsi biologis

Fungsi biologis, bukan hanya ditujukan untuk meneruskan keturunan tetapi untuk memelihara dan membesarkan anak untuk kelanjutan generasi selanjutnya.

f. Fungsi psikologis

Fungsi psikologis, terlihat bagaimana keluarga memberikan kasih sayang dan rasa aman, memberikan perhatian diantara anggota keluarga, membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga dan memberikan identitas keluarga.

g. Fungsi pendidikan

Fungsi pendidikan diberikan keluarga dalam rangka memberikan pengetahuan, ketrampilan, membentuk perilaku anak, mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa, mendidik anak sesuai dengan tingkatan perkembangan.

4. Tahap perkembangan keluarga

Menurut Duval (1997), daur atau sirkulasi kehidupan keluarga terdiri dari delapan tahap perkembangan yang mempunyai tugas dan resiko tertentu pada tiap tahap perkembangannya.

a. Tahap 1, pasangan baru menikah (keluarga baru). Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah membina hubungan

harmonis dengan saudara dan kerabat, dan merencanakan keluarga (termasuk merencanakan jumlah anak yang diinginkan).

- b. Tahap 2, menanti kelahiran (*child bearing family*) atau anak tertua adalah bayi berusia dari 1 bulan. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah menyiapkan anggota keluarga baru (bayi dalam keluarga), membagi waktu untuk individu, pasangan, dan keluarga.
- c. Tahap 3, keluarga dengan anak prasekolah atau anak tertua 2,5 tahun sampai dengan 6 tahun. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah menyatukan kebutuhan masing-masing anggota keluarga, antara lain ruang atau kamar pribadi dan keamanan, mensosialisasikan anak-anak, menyatukan keinginan anak-anak yang berbeda, dan mempertahankan hubungan yang “sehat” dalam keluarga.
- d. Tahap 4, keluarga dengan anak sekolah atau anak tertua berusia 7 sampai 12 tahun. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah mensosialisasi anak-anak termasuk membantu anak-anak mencapai presentasi yang baik di sekolah, membantu anak-anak membina hubungan dengan teman sebaya, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, dan memenuhi kebutuhan kesehatan masing- masing anggota keluarga.
- e. Tahap 5, keluarga dengan remaja atau dengan anak tertua berusia 13 sampai 20 tahun. Tugas perkembangan pada tahap ini adalah mengimbangi kebebasan remaja dengan tanggung jawab yang sejalan dengan maturitas remaja, memfokuskan kembali hubungan

perkawinan, dan melakukan komunikasi yang terbuka di antara orangtua dengan anak-anak remaja.

- f. Tahap 6, keluarga dengan anak dewasa (pelepasan). Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah menambah anggota keluarga dengan kehadiran anggota keluarga yang baru melalui pernikahan anak-anak yang telah dewasa, menata kembali hubungan perkawinan, menyiapkan datangnya proses penuaan, termasuk timbulnya masalah-masalah kesehatan.
- g. Tahap 7, keluarga usia pertengahan. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah mempertahankan kontak dengan anak dan cucu, memperkuat hubungan perkawinan, dan meningkatkan usaha promosi kesehatan.
- h. Tahap 8, keluarga usia lanjut. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah menata kembali kehidupan yang memuaskan, menyesuaikan kehidupan dengan penghasilan yang berkurang, mempertahankan hubungan perkawinan, menerima kehilangan pasangan, mempertahankan kontak dengan masyarakat, dan menemukan arti hidup.

5. Prinsip Dasar Penatalaksanaan Keperawatan Keluarga

Prinsip-prinsip dasar penatalaksanaan keluarga sebagaimana disebutkan dalam sumber Friedman, 1998 diantaranya adalah preventiv, promotif, kuratif dan rehabilitatif.

a. Tindakan preventif antara lain :

Dengan melakukan pencegahan agar keluarga tidak mengalami penyakit gastritis dan mencegah penyakit gastritis tidak bertambah parah, caranya yaitu tidak makan dan minum yang pedas maupun asam secara berlebihan, pola makan seimbang (tidak berlebihan lemaknya dan teratur), hindari berlebihan minum kopi, lebih aman dengan sering minum air putih.

b. Tindakan promotif antara lain :

Dengan memberikan penyuluhan kepada keluarga supaya keluarga mengerti tentang apa itu penyakit gastritis, tanda dan gejala, penyebab dan diet.

c. Tindakan kuratif antara lain :

Yaitu dengan pengobatan meredakan rasa sakit akibat penyakit ini, penderita bisa mengonsumsi obat sakit maag yang biasanya mengandung antasida. Obat ini berguna untuk menetralkan asam lambung. Namun, bila rasa sakit tak kunjung reda, sebaiknya segera berobat ke dokter agar dapat diketahui penyakitnya

d. Tindakan rehabilitatif :

Tindakan untuk mempercepat proses pemulihan dan tidak mengalami sakit yang sama. Kegunaan dari tindakan ini antara lain bisa mengurangi rasa sakit, mencegah terjadinya peradangan pada lambung. Cara rehabilitasi antara lain tidak makan dan minum yang pedas maupun asam secara berlebihan, pola makan seimbang (tidak

berlebihan lemaknya dan teratur), hindari berlebihan minum kopi, lebih aman dengan sering minum air putih.

6. Tugas Keperawatan Keluarga

Dikutip dari (Komang Ayu Henny Achjar, 2008), lima tugas keperawatan keluarga yaitu :

- a. Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, termasuk bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami keluarga.
- b. Kemampuan keluarga mengambil keputusan, termasuk sejauhmana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana masalah dirasakan oleh keluarga, keluarga menyerah atau tidak terhadap masalah yang dihadapi, adalah rasa takut terhadap akibat atau adakah sikap negatif dari keluarga terhadap masalah kesehatan, bagaimana sistem pengambilan keputusan yang dilakukan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.
- c. Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, seperti bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakitnya, sifat dan perkembangan perawatan yang diperlukan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit.
- d. Kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan, seperti pentingnya hygiene sanitasi bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, upaya pemeliharaan lingkungan yang dilakukan

keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga.

- e. Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas kesehatan yang ada, keuntungan keluarga terhadap penggunaan fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, adakah pengalaman yang kurang baik yang dipersepsikan keluarga.

B. Konsep dasar penyakit

1. Pengertian

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 superfisial akut dan gastritis atrofik kronis. (Price, 2005).

Gastritis proses inflamasi pada lapisan mukosa dan sub-mukosa lambung. Secara histopatologi dapat dibuktikan dengan adanya infiltrasi sel-sel radang pada daerah tersebut. (Hirlan dalam Suyono, 2001).

Secara sederhana definisi gastritis adalah proses inflamasi pada mukosa dan submukosa lambung. Gastritis merupakan gangguan kesehatan yang paling sering di jumpai di klinik, karena diagnosis nya sering hanya berdasarkan gejala klinis bukan pemeriksaan histopatologi. (Hirlan dalam Sudoyo, 2006).

2. Klasifikasi gastritis menurut onset

a. Gastritis akut

Merupakan inflamasi akut dari lambung, biasanya terbatas pada mukosa. Inflamasi akut mukosa lambung pada sebagian besar kasus merupakan penyakit yang ringan dan sembuh sempurna. (Aji, 2009).

b. Gastritis kronik

Disebut gastritis kronik apabila infiltrasi sel-sel radang yang terjadi pada lamina propria dan daerah epitel terutama terdiri atas sel-sel radang kronik, yaitu limfosit dan sel plasma.

3. Klasifikasi histologi yang sering digunakan membagi gastritis kronik

a. Gastritis kronik superfisial apabila dijumpai sebutkan sel-sel radang kronik terbatas pada lamina propria mukosa superfisial dan edema yang memisahkan kelenjar-kelenjar mukosa, sedangkan sel-sel kelenjar masih utuh. Sering dikatakan gastritis kronik superfisial merupakan permulaan gastritis kronik.

b. Gastritis kronik atrofik, sebutkan sel-sel radang kronik menyebar lebih dalam disertai distorsi dan destruksi sel kelenjar mukosa lebih nyata. Gastritis atrofik dianggap sebagai kelanjutan gastritis kronik superfisial.

c. Atrofi lambung dianggap merupakan stadium akhir gastritis kronik. Pada saat itu struktur kelenjar menghilang dan terpisah satu sama lain secara nyata dengan jaringan ikat, sedangkan sebutkan sel-sel radang juga menurun. Mukosa menjadi sangat tipis sehingga dapat menerangkan

mengapa pembuluh darah menjadi terlihat pada pemeriksaan endoskopi.

- d. Metaplasia intestinal, suatu perubahan histologis kelenjar-kelenjar mukosa lambung menjadi kelenjar-kelenjar mukosa usus halus yang mengandung sel goblet. Perubahan-perubahan tersebut dapat terjadi secara menyeluruh pada hampir seluruh segmen lambung, tetapi dapat pula hanya merupakan bercak-bercak pada beberapa bagian lambung.

4. Etiologi

a. Gastritis akut

Gastritis dapat terjadi tanpa diketahui penyebabnya. Pada sebagian besar kasus, gastritis erosif menyertai timbulnya keadaan klinis yang berat. Keadaan klinis yang sering gastritis erosif misalnya trauma yang luas, operasi besar, gagal ginjal, gagal napas, penyakit hati yang berat, renjatan, luka bakar yang luas, trauma kepala. Kira-kira 80-90 % pasien yang dirawat di ruang intensif menderita gastritis akut erusif ini. Gastritis akut jenis ini sering disebut gastritis akut stress.

Penyebab lain adalah obat-obatan. Obat-obatan yang sering dihubungkan dengan gastritis erosif adalah aspirin dan sebagian besar obat antiinflamasi nonsteroid dan faktor makanan yaitu panas, pedas, dan asam.

b. Gastritis kronik disebabkan oleh dua aspek, yaitu :

- 1) Aspek imunologis.

Hubungan antara sistem imun dan gastritis kronik menjadi jelas dengan ditemukannya autoantibodi terhadap faktor intrinsik lambung (intrinsic factor antibody) dan sel parietal (parietal cell antibody) pada pasien dengan anemia pernisiiosa. Antibodi terdapat sel parietal lebih dekat hubungannya dengan gastritis kronik korpus dalam berbagai gradasi. Pasien gastritis kronik yang antibody sel parietalnya positif dan berlanjut menjadi anemia pernisiiosa mempunyai ciri-ciri sebagai berikut: secara histologis berbentuk gastritis kronik atrofik predominan korpus, dapat menyebar ke antrum dan hipergastrinemia.

2) Aspek bakteriologis.

Bakteri yang paling sering sebagai penyebab gastritis adalah *Helicobacter pylori*. Gastritis yang ada hubungannya dengan *Helicobacter pylori* lebih sering dijumpai dan biasanya berbentuk gastritis kronik antrum. Sebagian besar gastritis kronik merupakan gastritis tipe ini. (Hirlan dalam Suyono, 2001)

5. Patofisiologi

a. Gastritis akut

Gastritis akut dapat disebabkan oleh karena stres, zat kimia misalnya obat-obatan dan alkohol, makanan yang pedas, panas maupun asam. Pada pasien yang mengalami stress, hipotalamus akan berespon dan mengalami vasokonstriksi dan mikrosirkulasi lambung menurun, permeabilitas lambung meningkat. Hal ini menyebabkan

sekresi asam lambung meningkat. Penurunan mikrosirkulasi dalam lambung juga menyebabkan prostaglandin menurun sehingga mukus/bikarbonat apitel, impermeabilitas, proliferasi menurun. Ini mengakibatkan pH dalam lambung meningkat menjadi asam sehingga terjadi erosi/ulserasi. Hal ini menimbulkan rasa mual, muntah dan anoreksia. (Hirlan dalam Suyono, 2001)

Zat kimia maupun makanan yang merangsang akan menyebabkan sel epitel kolumnar, yang berfungsi untuk menghasilkan mukus, mengurangi produksinya, sedangkan mukus itu fungsinya untuk memproteksi mukosa lambung agar tidak ikut tercerna. Respon mukosa lambung karena penurunan sekresi mukus bervariasi diantaranya vasodilatasi sel mukosa gaster. lapisan mukosa gaster terdapat sel yang memproduksi HCL (terutama daerah fundus) dan pembuluh darah.

Vasodilatasi sel mukosa gaster akan menyebabkan produksi HCL meningkat. Anoreksia juga dapat menyebabkan rasa nyeri. Rasa nyeri ini ditimbulkan oleh karena kontak HCL dengan mukosa gaster. Respon mukosa lambung akibat penurunan sekresi mukus dapat berupa pengelupasan sel mukosa gaster akan mengakibatkan erosi memicu timbulnya perdarahan. (Smeltzer, 2002)

Perdarahan yang terjadi dapat mengancam hidup penderita, namun dapat juga berhenti sendiri karena proses regenerasi, sehingga erosi menghilang dalam waktu 24 – 48 jam setelah perdarahan. Jika

erosi ini terjadi sampai pada lapisan pembuluh darah maka akan terjadi perdarahan yang akan menyebabkan nyeri dan hipovolemik (Ziddu, 2009).

b. Gastritis kronik

Inflamasi lambung yang lama dapat disebabkan oleh ulkus benigna atau maligna dari lambung. Atau oleh bakteri *Helicobacter pylori*. Gastritis tipe A (gastritis autoimun) diakibatkan oleh perubahan sel parietal, yang menimbulkan atrofi dan infiltrasi seluler. Hal ini dihubungkan dengan penyakit autoimun seperti anemia pernisiiosa dan terjadi pada fundus atau korpus dari lambung. (Smeltzer,2002)

Perjalanan alamiah gastritis tipe B atau akibat infeksi kuman *H.pylori* secara garis besar dibagi menjadi gastritis kronik non atrofi predominan antrum dan gastritis kronik atrofi multifaktor. Ciri khas gastritis kronik non atrofi predominasi antrum adalah : inflamasi moderat sampai berat mukosa antrum, sedangkan inflamasi di korpus ringan atau tidak ada sama sekali. Antrum tidak mengalami atrofi atau metaplasia. Gastritis kronik atrofi multifaktor mempunyai ciri-ciri khusus sebagai berikut: terjadi inflamasi pada hampir seluruh mukosa, seringkali sangat berat berupa atrofi atau metaplasia setempat-setempat pada daerah antrum dan korpus. Gastritis kronik atrofi multifaktor merupakan faktor resiko penting displasia epitel mukosa dan karsinoma gaster. Metaplasia adalah salah satu mekanisme perdarahan tubuh terhadap iritasi, yaitu dengan mengganti sel mukosa gaster

misalnya dengan sel squamasi yang lebih kuat. Karena sel squamasi lebih kuat maka elastisitasnya juga berkurang. Pada saat mencerna makanan, lambung melakukan gerakan peristaltik tetapi karena sel penggantinya tidak elastis maka akan timbul kekakuan yang pada akhirnya akan menimbulkan rasa nyeri. Pada gastritis kronis dapat mencetuskan terjadinya ulkus peptikum. (Smeltzer 2002, Hirlan dalam Suyono, 2001, Hirlan dalam Sudoyo, 2006)

6. Manifestasi Klinis

a. Gastritis akut

- 1) Sindrom dyspepsia berupa nyeri epigastrium
- 2) Mual
- 3) Muntah
- 4) Anoreksia
- 5) Ditemukan pula perdarahan saluran cerna berupa hematemesis dan melena, tanda ledih lanjut adalah anemia. (Ziddu, 2009)

b. Gastritis kronik

Pada gastritis tipe A secara khusus asimtomatik kecuali untuk gejala defisiensi vitamin B12. Pada gastritis tipe B, pasien mengeluh anoreksia (nafsu makan buruk), nyeri ulu hati setelah makan, kembung, rasa asam di mulut, atau mual dan muntah. (Smeltzer, 2002).

7. Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan penunjang untuk menegakkan diagnosa dengan endoskopi untuk mengetahui lesi mukosa akut, pada pemeriksaan ini akan

tampak berupa erosi atau ulkus dangkal dengan tepi rata pada pemeriksaan *endoskopy dan rontgen*.

8. Komplikasi

- a. Perdarahan saluran cerna bagian atas (SCBA) berupa hematemesis dan melenan berakhir pada syok hemoragik, terjadi ulkus, kalau prosesnya hebat dan jarang terjadi perforasi.
- b. Gangguan penyerapan vitamin B12, akibat kurang penyerapan, B12 menyebabkan anemia pernisiiosa, penyerapan zat besi terganggu dan penyempitan daerah antrum pylorus (Ziddu, 2009).



BAB III

RESUME KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Pengkajian pada keluarga Tn.H dilaksanakan pada tanggal 10 Mei 2010 jam 10.00 WIB, di rumah Tn.H melalui wawancara dan observasi. Identitas keluarga secara umum yaitu Tn.H sebagai kepala keluarga, umur 50 tahun, pekerjaan swasta (karyawan pabrik), pendidikan terakhir SD, beragama Islam. Komposisi keluarga antara lain adalah Ny.S sebagai istri, berumur 47 tahun, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, pendidikan terakhir SD, dan beragama Islam. Tn.H mempunyai 3 orang anak laki-laki dan 1 menantu, yaitu anak pertama Tn.M umur 30 tahun pekerjaan swasta, pendidikan terakhir SMA, beragama Islam dan juga sebagai suami dari Ny.T. Anak kedua adalah Tn.S umur 27 tahun, pekerjaan swasta, pendidikan terakhir SMA, beragama Islam. Anak ketiga adalah Tn.A berumur 25 tahun, pekerjaan swasta, pendidikan terakhir SMA, beragama Islam. Ny.S adalah sebagai menantu berumur 27 tahun, pekerjaan swasta, pendidikan terakhir SMA, dan beragama Islam.

Keluarga Tn.H termasuk keluarga dengan tipe *extended family*, dimana dalam keluarga terdiri dari keluarga inti (ayah, ibu dan anak) ditambah dengan menantu. Keluarga Tn.H adalah keturunan orang Jawa asli dan dalam kehidupan sehari-hari keluarga Tn.H berkomunikasi menggunakan bahasa Jawa. Tidak ada pantangan atau kebiasaan khusus dalam keluarga Tn.H yang

berhubungan dengan budaya jawa. Keluarga Tn.H menganut agama islam dan menjalankan kewajiban sholat lima waktu, semua aktivitas yang dilakukan tidak boleh bertentangan dengan ajaran agama islam.

Status sosial ekonomi keluarga Tn.H adalah menengah kebawah. Dimana dalam keluarga Tn.H yang mencari nafkah, bekerja sebagai karyawan pabrik di Semarang. Tiap hari berangkat kerja mulai pukul 07.00 WIB dan pulang pada pukul 17.00 WIB. Penghasilan keluarga Tn.H setiap bulannya Rp.700.000.-. dengan penghasilan sebesar itu menurut Ny.S mengatakan cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari dalam kehidupannya.

Aktivitas rekreasi keluarga Tn.H mengatakan jarang berpergian untuk berekreasi, hanya berjalan-jalan disekitar rumah dan menonton tv bersama keluarga dirumah. Hal ini dianggap sebagai hiburan yang cukup menyenangkan untuk keluarga Tn.H.

Riwayat dan tahap perkembangan keluarga Tn.H adalah untuk saat ini keluarga Tn.H mencapai tahap perkembangan dengan anak pertama usia dewasa, anak kedua usia dewasa, anak ketiga usia dewasa. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah menambah anggota keluarga dengan kehadiran anggota keluarga yang baru melalui pernikahan anak-anaknya yang telah dewasa, menata kembali hubungan perkawinan, menyiapkan datangnya proses penuaan, termasuk timbulnya masalah-masalah kesehatan. Kemudian pada tahap perkembangan keluarga Tn.H yang belum

terpenuhi adalah menambah anggota keluarga dengan kehadiran anggota keluarga yang baru, melalui pernikahan anak-anaknya yang telah dewasa.

Riwayat kesehatan keluarga Tn.H saat ini adalah Ny.S dalam satu setengah tahun ini terkadang perutnya terasa perih, mual, kembung, lemes. Dan tidak pernah memeriksakannya ke Puskesmas atau klinik terdekat. Ny.S juga hanya membeli obat maag diwarung terdekat rumahnya kalau perutnya sakit, tetapi anggota keluarga hanya pasrah dengan keadaan Ny.S. Riwayat keluarga sebelumnya pada keluarga Tn.H adalah tidak ada yang memiliki riwayat penyakit keturunan seperti DM, Hipertensi. Sumber kesehatan yang digunakan keluarga Tn.H adalah tidak pernah menggunakan fasilitas kesehatan yang ada misalnya puskesmas, jika ada anggota keluarga yang sakit dibelikan obat diwarung dekat rumahnya.

Dalam pengkajian lingkungan, karakteristik rumah Tn.H adalah memiliki rumah dengan luas 135 m² (15 X 9), tanah milik Tn.H dengan jenis bangunan permanen dengan dinding dari tembok dan lantai masih dari plester. Penerangan rumah cukup terdapat tiga pintu, dua jendela, dua ruang tamu, dua kamar tidur, dua kamar mandi. Perabotan rumah tangga tertata dengan rapi, penampungan air dalam gentong, dan air bersumber dari sumur gali, air juga digunakan untuk minum setelah dimasak, digunakan untuk mandi dan mencuci. Sampah rumah tangga dibuang dibelakang rumah kemudian dibakar. Kebersihan lingkungan Tn.H cukup bersih.

Karakteristik tetangga dan komunitas Rw, Tn.H dan tetangga atau penduduk setempat cukup ramah dan baik. Jarak antar rumah berdekatan,

penduduk setempat saling membantu bila ada keluarga yang membutuhkan bantuan dari keluarga lain. Hubungan keluarga Tn.H dengan tetangga baik. Sejak menikah Tn.H menetap di desa muktiharjo kidul Rt. 05 Rw.23 Pedurungan Semarang dan tidak berpindah-pindah. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat Tn.H aktif dalam kegiatan di wilayahnya dalam perkumpulan rutin tiap bulan di Rt dan pengajian rutin tiap minggu. Ny.S juga aktif dalam kegiatan arisan ibu-ibu Pkk dan pengajian rutin tiap 1 minggu sekali. Sistem pendukung keluarga adalah anak-anak.

Struktur keluarga dalam pola atau cara komunikasi keluarga Tn.H adalah terbuka satu sama lain, masalah selalu didiskusikan dengan anggota keluarga dan keluarga saling menghargai satu sama lain serta saling mendukung. Keluarga Tn.H dalam keluarga menerapkan aturan-aturan sesuai dengan ajaran agama islam dan mengharapkan keluarganya taat dalam menjalankan agama. Dan dalam keluarga diterapkan hidup bersih seperti mencuci tangan sebelum makan.

Fungsi keluarga secara afektif pada keluarga Tn.H adalah saling menyayangi satu sama lain. Apabila ada anggota keluarga yang sakit mereka saling membantu. Persoalan dalam keluarga selalu dimusyawarahkan dalam mengambil keputusan. Fungsi sosialisasi keluarga Tn.H menekankan perlunya berhubungan dengan orang lain. Dan membiasakan anak-anaknya untuk bersosialisasi dengan tetangganya. Fungsi perawatan kesehatan dalam keluarga Tn.H adalah kurangnya pengetahuan dan persepsi keluarga tentang penyakit atau masalah kesehatan yang dialami sekarang. Kemampuan

keluarga mengambil keputusan tindakan kesehatan kurang tepat, karena kalau ada anggota keluarga yang sakit hanya membelikan obat di warung dekat rumahnya. Kemampuan keluarga Tn.H dalam merawat anggota keluarga yang sakit adalah membelikan obat di warung dekat rumahnya. Kemampuan keluarga Tn.H memelihara lingkungan rumah yang sehat adalah cukup, dimana kondisi rumah Tn.H tampak bersih, pencahayaan cukup, ventilasi cukup. Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan dimasyarakat adalah tidak pernah menggunakan fasilitas kesehatan dengan baik dan hanya membeli obat diwarung kalau ada keluarga yang sakit. Dalam memenuhi kebutuhan ekonomi berasal dari gaji Tn.H sebagai karyawan pabrik disemarang.

Stres dan koping keluarga Tn.H dalam waktu jangka pendek dan panjang adalah masalah penyakit istrinya dan keluarga hanya pasrah dengan kondisi Ny.S. Respon keluarga terhadap masalah kesehatan adalah kurang karena keluarga Tn.H tidak bisa memanfaatkan fasilitas kesehatan dengan baik. Kalau ada anggota keluarga yang sakit hanya dibelikan obat diwarung. Strategi koping yang digunakan keluarga Tn.H adalah musyawarah mencapai mufakat, kalau ada masalah keluarga selalu dibicarakan bersama dengan anggota keluarga.

Dalam pemenuhan gizi keluarga Tn.H mengkonsumsi makanan 3x sehari dengan menu makanan nasi, sayuran seperti bayam, sop, sayur asem, lauk pauk ikan, telur, tahu, tempe, kadang juga buah. Minum yang dikonsumsi air putih, teh manis.

Harapan keluarga adalah merasa senang dengan kehadiran perawat dan berharap sangat membantu keluarga mencegah penyakit pada keluarga.

Dari pemeriksaan fisik diperoleh data sebagai berikut :

Tn.H, keadaan umum baik; kesadaran composmentis; TTV, TD : 130/90 mmHg, N: 84 X/menit, RR : 24X/menit, S : 36°C; kepala ; rambut hitam tidak rontok, bersih; mata sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, fungsi baik; hidung tidak bersekrete, tidak ada kelainan penciuman; mulut simetris, tidak ada stomatitis, mukosa lembab; leher tidak ada benjolan, tidak ada pembesaran kelenjar limfe; dada: bunyi jantung dan paru normal; abdomen: datar, tidak cembung; ekstremitas atas terkoordinasi dengan baik; ekstremitas bawah: tidak ada oedema, turgor baik.

Ny.S, keadaan umum baik; kesadaran composmentis; TTV, TD : 140/90 mmHg, N: 82 X/menit, RR : 24X/menit, S : 36°C; kepala ; rambut beruban, tidak rontok, bersih; mata sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, fungsi baik; hidung tidak bersekrete, tidak ada kelainan penciuman; mulut simetris, tidak ada stomatitis, mukosa lembab; leher tidak ada benjolan, tidak ada pembesaran kelenjar limfe; dada: bunyi jantung dan paru normal; abdomen: datar, tidak cembung; ekstremitas atas terkoordinasi dengan baik; ekstremitas bawah: tidak ada oedema, turgor baik.

Tn.M, keadaan umum baik; kesadaran composmentis; TTV, TD : 120/80 mmHg, N: 86 X/menit, RR : 24X/menit, S : 37°C; kepala ; rambut hitam tidak rontok, bersih; mata sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, fungsi baik; hidung tidak bersekrete, tidak ada kelainan penciuman;

mulut simetris, tidak ada stomatitis, mukosa lembab; leher tidak ada benjolan, tidak ada pembesaran kelenjar limfe; dada: bunyi jantung dan paru normal; abdomen: datar, tidak cembung; ekstremitas atas terkoordinasi dengan baik; ekstremitas bawah: tidak ada oedema, turgor baik.

Tn.S, keadaan umum baik; kesadaran composmentis; TTV, TD : 130/90 mmHg, N: 86 X/menit, RR : 24X/menit, S : 37°C; kepala ; rambut hitam tidak rontok, bersih; mata sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, fungsi baik; hidung tidak bersekret, tidak ada kelainan penciuman; mulut simetris, tidak ada stomatitis, mukosa lembab; leher tidak ada benjolan, tidak ada pembesaran kelenjar limfe; dada: bunyi jantung dan paru normal; abdomen: datar, tidak cembung; ekstremitas atas terkoordinasi dengan baik; ekstremitas bawah: tidak ada oedema, turgor baik.

Tn.A, keadaan umum baik; kesadaran composmentis; TTV, TD : 140/90 mmHg, N: 84 X/menit, RR : 24X/menit, S : 37°C; kepala ; rambut hitam tidak rontok, bersih; mata sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, fungsi baik; hidung tidak bersekret, tidak ada kelainan penciuman; mulut simetris, tidak ada stomatitis, mukosa lembab; leher tidak ada benjolan, tidak ada pembesaran kelenjar limfe; dada: bunyi jantung dan paru normal; abdomen: datar, tidak cembung; ekstremitas atas terkoordinasi dengan baik; ekstremitas bawah: tidak ada oedema, turgor baik.

Ny.T, keadaan umum baik; kesadaran composmentis; TTV, TD : 120/90 mmHg, N: 84 X/menit, RR : 24X/menit, S : 37°C; kepala ; rambut hitam tidak rontok, bersih; mata sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak

anemis, fungsi baik; hidung tidak bersekrete, tidak ada kelainan penciuman; mulut simetris, tidak ada stomatitis, mukosa lembab; leher tidak ada benjolan, tidak ada pembesaran kelenjar limfe; dada: bunyi jantung dan paru normal; abdomen: datar, tidak cembung; ekstremitas atas terkoordinasi dengan baik; ekstremitas bawah: tidak ada oedema, turgor baik.

B. Analisa Data

Pertama pada tanggal 10 Mei 2010 jam 11.00 WIB diperoleh data fokus dengan data subyektif Ny.S mengatakan terkadang perutnya terasa perih, mual kembung, lemes. Ny.S mengatakan kurang mengetahui tentang pengertian, tanda, penyebab serta diit tentang penyakitnya. Data obyektifnya Ny.S menanyakan penyakitnya. Ny.S menanyakan segala sesuatu yang berhubungan dengan penyakitnya. TTV; TD: 140/90 mmHg; N :82x/menit; RR:22x/menit; S: 36°C. Dengan etiologi ketidakmampuan keluarga mengenal masalah penyakit gastritis dan problem regimen terapeutik tidak efektif.

Data kedua pada tanggal 10 Mei 2010 jam 11.00 WIB diperoleh data fokus dengan data subyektif Ny.S mengatakan kalau tidak pernah memeriksakan penyakitnya ke puskesmas atau klinik pengobatan. Ny.S mengatakan mengobati dengan membeli obat di warung. Data obyektif Ny.S memperlihatkan obat yang beli diwarung terdekat. Ny.S menanyakan cara yang baik untuk mengatasi penyakitnya. Dengan etiologi ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan sehingga diperoleh masalah perilaku mencari bantuan kesehatan tidak efektif.

C. Diagnosa keperawatan

Pertama, regimen terapeutik tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah penyakit gastritis. Diagnosa kedua adalah perilaku mencari bantuan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan.

Skoring dari diagnosa keperawatan regimen terapeutik tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah penyakit gastritis. Satu, kriteria sifat masalah aktual dengan score $3/3 \times 1=1$, dengan pembenaran masalah sudah terjadi perlu tindakan keperawatan sehingga tidak berdampak pada masalah lain. Kedua, kriteria kemungkinan masalah dapat diubah sebagian dengan score $1/2 \times 2=1$, dengan pembenaran kemungkinan masalah cukup dilihat dari sumber daya keluarga dan tenaga keperawatan di masyarakat. Tiga, kriteria potensial masalah untuk dapat dicegah tinggi dengan score $3/3 \times 1=1$, dengan pembenaran masalah untuk dicegah tinggi dilihat dari tenaga keperawatan yang ada dimasyarakat. Empat, kriteria menonjolnya masalah ada masalah tetapi tidak perlu ditangani dengan score $1/2 \times 1=1/2$, dengan pembenaran keluarga menyadari ada masalahnya tetapi tidak segera ditangani. Dengan jumlah score total $3 \frac{1}{2}$.

Skoring dengan diagnosa perilaku mencari bantuan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan. Satu, kriteria sifat masalah aktual dengan score $3/3 \times 1=1$, dengan pembenaran masalah sudah untuk itu supaya masalah tidak semakin parah, maka harus dilakukan tindakan keperawatan. Kedua, kriteria

kemungkinan masalah dapat diubah sebagian dengan score $1/2 \times 2 = 1$, dengan pembenaran kemungkinan masalah cukup dilihat dari sumber daya cukup dan fasilitas kesehatan yang ada masyarakat. Tiga, kriteria potensial masalah untuk dapat dicegah tinggi dengan score $3/3 \times 1 = 1$, dengan pembenaran masalah untuk dicegah tinggi dilihat dari klien dapat mengunjungi fasilitas kesehatan yang ada dimasyarakat serta tenaga yang ada dimasyarakat. Empat, kriteria menonjolnya masalah adalah masalah berat, harus segera ditangani dengan score $2/2 \times 1 = 1$, dengan pembenaran keluarga mengatakan masalah ini harus diatasi untuk mempertahankan kondisi. Dengan jumlah score total 4.

D. Intervensi

Pada diagnosa pertama perilaku mencari bantuan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan. Tujuan jangka panjang adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 minggu perilaku mencari bantuan kesehatan menjadi efektif. Jangka pendek, setelah dilakukan 3x30 menit pertemuan keluarga dapat, satu mengidentifikasi bantuan yang dibutuhkan. Dengan rencana perawatan kriteria hasil evaluasi respon verbal; rencana perawatan standar mengatakan bantuan yang dibutuhkan. Dengan intervensi bantu klien untuk identifikasi faktor-faktor yang diperlukan untuk mencari bantuan. Diskusikan klien bersama keluarga tentang faktor-faktor yang diperlukan untuk mencari bantuan. Tujuan jangka pendek dua keluarga dan klien dapat mengalami peningkatan kesadaran diri, seperti menggunakan stretegi koping. Rencana

perawatan kriteria evaluasi respon verbal; rencana perawatan standar klien dapat menjelaskan tentang strategi koping yang digunakan. Dengan intervensi bantu pasien dalam identifikasi stresor yang ada; bantu pasien dalam identifikasi tingkah laku dalam berespon terhadap stres; kaji pola makan klien. Tujuan jangka pendek tiga adalah keluarga dan klien dapat berpartisipasi dalam mencari bantuan seperti mengunjungi puskesmas dengan rencana perawatan kriteria hasil respon psikomotorik; rencana perawatan standar klien dapat menggunakan fasilitas kesehatan yaitu puskesmas. Dengan intervensi kaji keinginan klien dalam meningkatkan kondisi kesehatan. Diskusikan bersama keluarga dan klien tentang pengobatan yang dapat digunakan. Tekankan pada keluarga dan klien untuk sabar dalam proses pengobatan difasilitas kesehatan masyarakat.

Pada diagnosa dua regimen terapeutik tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah penyakit gastritis. Tujuan jangka panjang setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 minggu regimen terapeutik menjadi efektif. Tujuan jangka pendek adalah setelah dilakukan 3x30 menit pertemuan keluarga dan klien dapat mengenal masalah kesehatan yang dialami meliputi pengertian, tanda, penyebab serta diit tentang penyakit gastritis. Dengan rencana perawatan kriteria evaluasi respon verbal. Rencana perawatan standarnya adalah menyebutkan pengertian gastritis adalah peradangan pada lambung atau inflamasi pada lambung. Tanda gejala gastritis adalah nyeri, mual, muntah, nafsu makan menurun. Penyebab gastritis adalah pola makan tidak teratur, kuman atau virus, stress,

pengaruh makanan dan minuman, obat-obatan. Diit gastritis adalah makan porsi kecil tapi sering. Dengan intervensi identifikasi faktor penyebab regimen terapeutik tidak efektif. Berikan penjelasan tentang penyakit gastritis meliputi pengertian, tanda, penyebab serta diitnya. Beri kesempatan pada keluarga dan klien untuk bertanya. Bantu keluarga jelaskan kembali apa yang dijelaskan. Berikan reinforcement positif pada klien dan keluarga atas jawaban.

E. Implementasi

Implementasi pada tanggal 11 Mei 2010 jam 09.30 WIB dengan diagnosa perilaku mencari bantuan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan. Implementasinya adalah mengucapkan salam dan mengingatkan keluarga kontrak sebelumnya. Respon klien suyektif adalah keluarga menjawab salam, respon obyektif adalah keluarga dan klien menerima kehadiran perawat. Implementasi yang kedua adalah membantu klien untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang memerlukan untuk mencari bantuan dengan respon subyektif keluarga menjelaskan tentang bantuan, respon obyektif keluarga kooperatif. Implementasi yang ketiga adalah mendiskusikan klien bersama keluarga tentang faktor-faktor yang memerlukan untuk mencari bantuan dengan respon subyektif keluarga Tn.H menjelaskan tentang bantuan, respon obyektif tampak menjelaskan. Implementasi yang keempat adalah membantu pasien dalam mengidentifikasi stresor yang ada dengan respon subyektif

klien mengatakan tidak mempunyai kendaraan untuk kepuskesmas, respon obyektif tampak menjelaskan. Implementasi kelima adalah mengkaji pada makan klien dengan respon subyektif klien menjelaskan pola makan 3x sehari, respon subyektif tampak menjelaskan. Implementasi yang kelimanya adalah mengkaji keinginan klien dalam meningkatkan kondisi kesehatan dengan respon subyektif klien mengatakan ingin periksa kepuskesmas, respon obyektif klien kooperatif. Implementasi ketujuh adalah mendiskusikan bersama keluarga dan klien tentang pengobatan yang dapat digunakan dengan respon subyektif klien dan keluarga mengatakan ingin periksa kepuskesmas, respon obyektif klien dan keluarga kooperatif. Implementasi kedelapan adalah menekankan pada keluarga dan klien untuk bersabar dalam proses pengobatan difasilitas kesehatan masyarakat dengan respon subyektif klien dan keluarga mengatakan iya, respon obyektif adalah klien dan keluarga kooperatif.

Implementasi tanggal 11 Mei 2010 jam 09.30 WIB dengan diagnosa regimen terapeutik tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah penyakit gastritis adalah satu, mengidentifikasi faktor penyebab regimen terapeutik tidak efektif dengan respon subyektif klien mengatakan tidak ada dukungan dari keluarga, respon obyektif klien kooperatif. Implementasi dua, memberikan penjelasan tentang penyakit gastritis meliputi pengertian, tanda, penyebab serta diitnya dengan respon subyektif klien mengatakan paham, respon obyektif klien kooperatif, klien mendengarkan. Implementasi ketiga, memberikan kesempatan pada keluarga

dan klien untuk bertanya dengan respon subyektif keluarga dan klien menjawab paham, respon obyektif klien kooperatif. Implementasi keempat adalah memeberikan reinforcement positif pada klien dan keluarga atas jawaban dengan respon subyektif klien dan keluarga mengatakan iya, respon obyektif klien dan keluarga tersenyum.

F. Evaluasi

Evaluasi pada tanggal 13 Mei 2010 jam 11.00 WIB dengan diagnosa perilaku mencari bantuan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan adalah evaluasi subyektif klien mengatakan telah mengunjungi puskesmas. Obyektif klien tidak sakit lagi. Analisa masalah teratasi. Planing lakukan pemantauan.

Evaluasi pada tanggal 13 Mei 2010 jam 11.00 WIB dengan diagnosa regimen terapeutik tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah penyakit gastritis adalah evaluasi subyektif klien mengatakan mendapatkan dukungan dari suami, klien mengatakan mengerti tentang penyakitnya. Obyektif klien kooperatif. Analisa masalah teratasi. Planing lakukan pemantauan.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bagian ini penulis akan membahas beberapa hal yang menjadi suatu kesenjangan antara teori dengan tinjauan kasus. Dengan metode pemecahan melalui pendekatan proses keperawatan. Pembahasan kali ini memuat tentang pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, sampai rencana tindak lanjut.

A. Pengkajian

Pengkajian berlangsung selama 3 hari yaitu sejak tanggal 10 Mei 2010 sampai dengan 12 Mei 2010, melalui wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik. Dalam wawancara penulis tidak mengalami kesulitan karena keluarga Tn.H cukup kooperatif. Keluarga selalu menjawab pertanyaan yang penulis ajukan. Hal yang banyak dikaji dari wawancara ini adalah tentang aspek fisik, mental, sosial budaya, ekonomi, lingkungan, dan sebagainya, sumber-sumber yang digunakan adalah dari seluruh anggota keluarga. Mengkaji jenis keluarga beserta kendala atau masalah yang terjadi dengan jenis tipe keluarga *extended family* berkaitan dengan penyakit (Friedman, 1998). Maka dalam pembahasan ini penulis akan mengadakan pembenaran dan penambahan data antara lain sebagai berikut :

Pembahasan pada riwayat keluarga inti Ny.S mengatakan dalam satu setengah tahun ini terkadang perutnya terasa perih, mual, kembung dan lemes. Keluarga Tn.H hanya pasrah dengan kondisi Ny.S yang belum dapat sembuh

total. Gastritis adalah proses inflamasi pada lapisan mukosa dan sub-mukosa lambung. Secara histopatologi dapat dibuktikan dengan adanya infiltrasi sel-sel radang pada daerah tersebut. (Hirlan dalam Suyono, 2001).

B. Diagnosa Keperawatan

Struktur formulasi diagnosa keperawatan dibangun dari data yang mencerminkan problem dan etiologi. Problem ditegakkan berdasarkan hasil temuan data dengan menggunakan *Friedman's Assessment Model* (Friedman, 1998), sementara etiologi menggunakan konsep lima tugas perawatan kesehatan keluarga (Bailon & Maglaya 1978). Berdasarkan analisa data pada keluarga Tn.H maka dapatlah ditentukan masalah keperawatan keluarga yang ada, tentunya dalam memprioritaskan masalah, penulis berusaha menerapkan patokan-patokan bobot angka yaitu tetap berpijak pada sifat masalah, kemungkinan masalah dapat diubah, potensial masalah untuk dapat dicegah dan menonjol masalah. (Bailon dan Maglaya, 1978 dalam Sudiharto, 2007).

Melihat tipologi masalah, sumber-sumber pendukung yang ada, serta bagaimana masalah dirasakan oleh keluarga, maka penulis mengelompokkan masalah atau diagnosa keperawatan dan membahasnya sebagai berikut :

1. Diagnosa yang ada dalam tinjauan pustaka dan muncul dalam tinjauan kasus diantaranya yaitu :
 - a. Regimen terapeutik tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah penyakit gastritis.

Regimen terapeutik tidak efektif keluarga adalah suatu pola di mana individu mengalami atau berisiko tinggi untuk mengalami kesulitan mengintegrasikan ke dalam kegiatan sehari-hari program untuk pengobatan atau penyakit dan akibat penyakit dan penurunan situasi berisiko. (Carpenito.L.J,2001: 239)

Batasan karakteristik mayor : aktivitas keluarga yang tidak sesuai untuk memenuhi tujuan pengobatan atau program pencegahan. Batasan karakteristik minor : dipercepat yang diharapkan atau yang tidak diharapkan tentang gejala penyakit dari anggota keluarga; kurang perhatian terhadap penyakit dan akibatnya; mengungkapkan keinginan untuk mengatasi pengobatan penyakit dan pencegahan akibatnya; mengungkapkan kesulitan terhadap regulasi atau integrasi salah satu atau lebih aturan yang diharuskan untuk pengobatan penyakit dan efek pencegahan komplikasi; mengungkapkan bahwa keluarga tidak melakukan aksi untuk mengurangi faktor risiko kemajuan penyakit dan akibatnya. (Carpenito.L.J,2001: 239)

Penulis mengangkat diagnosa Regimen terapeutik tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah penyakit gastritis karena dalam pengkajian penulis menemukan data subyektif : Ny.S mengatakan terkadang perutnya terasa perih, mual kembung, lemes. Ny.S mengatakan kurang mengetahui tentang pengertian, tanda, penyebab serta diit tentang penyakitnya, Data obyektif : Ny.S menanyakan penyakitnya, Ny.S menanyakan segala

sesuatu yang berhubungan dengan penyakitnya. TTV , tekanan darah 140/90 mmHg, Nadi 82/ menit, RR 22x/ menit, suhu 36° C.

Dari data belum cukup untuk menunjang masalah diagnosa karena data yang ada belum memenuhi batasan karakteristik. Penulis kurang teliti dalam memasukkan data, dalam pengkajian terdapat data keluarga Tn.N mengatakan makan 3xsehari dengan menu nasi, sayur, lauk pauk. Dan penulis mengalami kesalahan dalam memasukkan data obyektif : Ny. S menanyakan penyakitnya, Ny.S Menanyakan segala sesuatu yang berhubungan dengan penyakitnya. Seharusnya terdapat pada data subyektif. Data-data diatas dapat mendukung pada etiologi karena terdapat data pada pasien ketidakmampuan mengenal masalah penyakitnya. Dengan data Ny.S mengatakan kurang mengetahui tentang pengertian, tanda, penyebab, serta diit tentang penyakitnya.

Penulis memprioritaskan diagnosa ini sebagai diagnosa kedua dengan total skoring 3 ½ masalah ini bisa dikesampingkan dengan , perilaku mencari bantuan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan. dalam penghitungan menggunakan teori (Bailon dan Maglaya, 1978 dalam Sudiharto , 2007).

Untuk diagnosa ini penulis menetapkan tujuan yaitu keluarga mampu mengenal masalah penyakit gastritis dengan kriteria hasil keluarga mampu menyebutkan pengertian gastritis, tanda, penyebab, dan diit. Intervensi yang dilakukan penulis diantaranya adalah:

identifikasi faktor penyebab regimen terapeutik tidak efektif. Rasionalnya mengetahui penyebab regimen terapeutik pada keluarga. Beri penjelasan tentang penyakit gastritis meliputi pengertian, tanda, penyebab, serta diit. Dalam intervensi ini berikan penyuluhan, rasional : klien dan keluarga dapat mengetahui tentang penyakit gastritis. Bantu keluarga jelaskan kembali apa yang dijelaskan , rasional keluarga mampu memahami apa yang disampaikan oleh perawat.

Dari berbagai intervensi keperawatan keluarga penulis melakukan implementasi pada tanggal 11 Mei 2010 jam 09.30 WIB selama 30 menit untuk diagnosa ini yaitu : mengidentifikasi faktor penyebab regimen terapeutik tidak efektif. Dengan respon subyektif klien mengatakan tidak ada dukungan dari keluarga dan data obyektif klien kooperatif. Memberikan penyuluhan tentang penyakit gastritis dengan respon subyektif klien mengatakan paham, respon obyektif klien kooperatif, klien mendengarkan.

Evaluasi keperawatan dilaksanakan pada tanggal 13 Mei 2010 jam 11.00 WIB untuk diagnosa ini subyektif : klien mengatakan mendapatkan dukungan dari suami, klien mengatakan mengerti tentang penyakitnya. Obyektif : klien kooperatif, analisa masalah teratasi. Planing lakukan pemantauan.

- b. Perilaku mencari bantuan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan.

Perilaku mencari bantuan kesehatan adalah keadaan dimana seseorang individu dalam kesehatan yang stabil secara aktif mencari cara-cara untuk mengubah kebiasaan kesehatan pribadi dan atau lingkungan untuk beralih kearah kesejahteraan yang lebih tinggi. (NANDA 2002). Jadi penulis menyimpulkan perilaku mencari bantuan tidak efektif adalah keadaan dimana seseorang individu dalam kesehatan yang stabil secara tidak aktif mencari cara-cara untuk mengubah kebiasaan kesehatan pribadi dan atau lingkungan untuk beralih kearah kesejahteraan yang lebih tinggi.

Penulis Melakukan Pembeneran dari masalah diatas perilaku mencari bantuan kesehatan tidak efektif sebenarnya adalah gangguan pemeliharaan kesehatan. Dari data diatas tidak layak ditegakkan diagnosa, untuk ditegakkan diagnosa harus sesuai dengan NANDA.

Gangguan pemeliharaan kesehatan adalah ketidakmampuan untuk mengidentifikasi, mengatakan atau mencari bantuan untuk memelihara kesehatan. Dengan sifat karakteristik kurang pengetahuan mengenai tindakan dasar kesehatan, kurangnya tindakan dalam mencari bantuan kesehatan, minat dalam meningkatkan tingkah laku kesehatan, adanya gangguan sistem dukungan, adanya kekurangan sumber-sumber kesehatan. (NANDA 2002).

Dari diagnosa diperoleh data sebagai berikut :Data subyektif :
Ny.S mengatakan kalau tidak pernah memeriksakan penyakitnya kepuskesmas atau klinik pengobatan. Ny.S mengatakan mengobati

dengan membeli obat diwarung. Data obyektif : Ny.S memperlihatkan obat yang dibeli diwarung terdekat, Ny.S menanyakan cara yang baik untuk mengatasi penyakitnya. Penulis kurang teliti dalam memasukkan data sehingga pada pembahasan kali ini penulis akan melengkapi data yang seharusnya data obyektif : Ny.S menanyakan cara yang baik untuk mengatasi penyakitnya, ditambahkan dalam data subyektif.

Data-data diatas dapat mendukung pada etiologi karena terdapat data pada pasien ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan. Dengan data Ny.S mengatakan kalau tidak pernah memeriksakan penyakitnya kepuskesmas atau klinik pengobatan. Dari data mendukung masalah diagnosa dengan Ny.S mengatakan mengobati dengan membeli obat diwarung, Ny.S memperlihatkan obat yang dibeli diwarung terdekat, Ny.S menanyakan cara yang baik untuk mengatasi penyakitnya. Penulis memprioritaskan diagnosa ini sebagai diagnosa pertama dengan total skoring 4. Gangguan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan. Dalam penghitungan skoring menggunakan teori. (Bailon dan Maglaya, 1978 dalam Sudiharto , 2007).

Untuk diagnosa ini penulis menetapkan tujuan yaitu dapat melakukan pemeliharaan kesehatan secara efektif. Dengan memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang pemeliharaan kesehatan. Rasional keluarga mampu memelihara kesehatan secara

efektif. Intervensinya identifikasi faktor-faktor yang diperlukan untuk mencari bantuan, diskusikan klien bersama keluarga tentang faktor-faktor yang diperlukan untuk mencari bantuan. Tujuan yang kedua dapat melakukan peningkatan kesadaran diri dalam menggunakan strategi koping. Rasional keluarga mampu meningkatkan kesadaran diri dalam menggunakan strategi koping. Intervensinya identifikasi stresor yang ada pada keluarga; identifikasi tingkah laku dalam berespon terhadap stres; kaji pola makan klien. Tujuan ketiga dapat menggunakan fasilitas kesehatan. Rasional keluarga mampu mengunjungi puskesmas. Intervensi kaji keinginan klien dalam peningkatan kondisi kesehatan; diskusikan tentang pengobatan yang digunakan klien dan keluarga; tekankan pada keluarga untuk sabar dalam pemanfaatan fasilitas kesehatan.

Dari berbagai intervensi keperawatan keluarga penulis melakukan implementasi pada tanggal 11 Mei 2010 jam 09.30 WIB selama 30 menit untuk diagnosa ini yaitu : identifikasi faktor-faktor yang diperlukan untuk mencari bantuan. Dengan respon subyektif keluarga menjelaskan tentang bantuan yang dibutuhkan. Respon obyektif keluarga kooperatif. Membantu pasien dalam mengidentifikasi stressor yang ada. Dengan respon subyektif klien mengatakn tidak mempunyai kendaraan untuk kepuskesmas, respon obyektif keluarga tampak menjelaskan. Mengkaji pola makan klien. Dengan respon subyektif klien menjelaskan pola makan 3x sehari, respon obyektif

klien tampak menjelaskan. Mengkaji keinginan klien dalam meningkatkan kondisi kesehatan. Dengan respon subyektif klien mengatakan ingin periksa kepuskesmas, respon obyektif klien kooperatif. Mendiskusikan bersama klien dan keluarga tentang pengobatan yang digunakan. Dengan respon subyektif klien dan keluarga mengatakn ingin periksa kepuskesmas, respon obyektif klien dan keluarga kooperatif. Menekankan pada keluarga dan klien untuk sabar dalam proses pengobatan difasilitas kesehatan masyarakat. Denagan respon subyektif klien dan keluarga mengatakan iya, respon obyektif klien dan keluarga kooperatif.

Evaluasi keperawatan dilaksanakan pada tanggal 13 Mei 2010 jam 11.00 WIB. Penulis lakukan evaluasi karena merupakan bagian terakhir dalam menilai tingkat keberhasilan dari pelaksanaan rencana yang telah disusun. Evaluasi yang bisa dilakukan oleh penulis adalah jenis evaluasi formatif yang bisa dinilai saat ini juga setelah dilaksanakannya tindakan keperawatan. Adapun evaluasi dari diagnosa keperawatan diatas adalah klien mengatakan telah mengunjungi puskesmas. Obyektif : klien tidak sakit lagi. Analisa masalah teratasi. Planing lakukan pemantauan. Penulis menambahkan rencana tindak lanjut memberikan dukungan pada klien untuk mengunjungi puskesmas, kalau klien tidak mau kepuskesmas gunakan dukungan suport keluarga, tetangga dan masyarakat.

BAB V

PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan keluarga Tn.H khususnya Ny.S di Kelurahan Mukti Harjo Kidulul RT 05/RW XIII, maka penulis menarik kesimpulan dan saran sebagai berikut :

A. Kesimpulan

Dari hasil penulisan laporan karya tulis ini dapat menarik kesimpulan bahwa :

Gastritis merupakan suatu keadaan peradangan atau perdarahan mukosa lambung yang dapat bersifat akut, kronis, difus atau lokal, yang dapat disebabkan karena faktor perilaku masyarakat antara lain stress, pola makan, merokok dan alkohol.

Setelah penulis membahas dari studi kasus ini, maka penulis menyimpulkan sebagai berikut :

1. Terdapat dua masalah pada keluarga Tn.H khususnya Ny.S adalah regimen terapeutik tidak efektif ; Gangguan pemeliharaan kesehatan tidak efektif .
2. Rencana tindakan keperawatan yang disusun oleh penulis untuk mengatasi masalah pada keluarga Tn.H adalah memberikan penyuluhan tentang penatalaksanaan gastritis seperti pengertian , tanda dan gejala, penyebab

gastritis. Memberikan penyuluhan pada keluarga Tn.H tentang pentingnya cara pemeriharaan kesehatan.

3. Alternatif pemecahan masalah evaluasi yang dapat penulis peroleh pada keluarga Tn.H adalah masalah teratasi terbukti keluarga saat ini sudah mengetahui penyakit yang diderita anggota keluarga, keluarga melakukan alternatif yaitu menganjurkan keluarga untuk mengunjungi fasilitas kesehatan yang ada dimasyarakat.

B. Saran

1. Bagi institusi

Sebagai bahan masukan guna menambah ilmu pengetahuan yang digunakan untuk meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan keluarga dalam penyusunan karya tulis ilmiah. Sebaiknya praktik komunitas dan keluarga dilaksanakan pada semester sebelum penyusunan karya tulis ilmiah. Sehingga mahasiswa lebih fokus dalam pembuatan karnya tulis ilmiah dalam kontek keperawan keluarga. sehingga mahasiswa dalam penyusunan karya tulis ilmiah mampu menguasai materi manajemen keperawatan dan meningkatkan ketrampilan dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga.

2. Bagi perawat

Pada saat melakukan pengkajian keluarga, seharusnya perawat melakukan dengan tepat dan teliti supaya terdapat data yang mendukung dan valid sesuai dengan tahap – tahap asuhan keperawatan yang ada.

3. Bagi keluarga

Diharapkan bagi keluarga dapat meningkatkan 5 fungsi keperawatan keluarga antara lain, keluarga mengenal tentang penyakit gastritis, mampu mengambil keputusan, mampu merawat anggota yang sakit, mampu memodifikasi lingkungan yang kondusif dan mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada.

4. Bagi masyarakat

Untuk meningkatkan pengetahuan dalam masalah pencegahan penyakit gastritis dan cara mengatasi penyakit gastritis.



DAFTAR PUSTAKA

- Ayu Komang. 2010. *Aplikasi Praktis Asuhan keperawatan Keluarga*. Jakarta : sagung Seto.
- Carpenito, L,J, 2001. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan (terjemahan)*. Edisi 8, Jakarta : EGC.
- Ester, Monika. 2001. *Keperawatan Medika Bedah : Pendekatan Sistem Gastrointestinal*. Jakarta : EGC.
- Friedman, Marilyn M. 1998. *Keperawatan Keluarga Teori Dan Praktik. Edisi III*. Jakarta : EGC.
- Inayah, Iin. 2004. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan/Iin Inayah*. Edisi Pertama. Jakarta : Salemba Medika.
- Mubarak, wahid Iqbal. 2009. *Ilmu Keperawatan Komunitas, Konsep dan Aplikasi*. Jakarta : Salemba Medika.
- NANDA. 2002. *Diagnosa Keperawatan (terjemahan)*. PSIK UGM.
- Price, Slyvia Anderson. 2005. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit, Gangguan Lambung Dan Deodomum*. Edisi 6. Jakarta : EGC.
- Smeltzer. Suzanne C. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah (Alih Bahasa)*. Jakarta : EGC.
- Sudiharto. 2007. *Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*. Jakarta : EGC.
- Sudoyo Aru W. Editor : Setiyohadi Bambang. 2006. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Cetakan kedua. Jakarta : Fakultas Kedokteran UI.

Sujono, Slamet. Editor : Alwi Idrus, Dkk. 2001. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*.
Jilid II. Edisi Ketiga. Jakarta : FKUI.

Suprajitno. 2004. *Asuhan Keperawatan Keluarga, Aplikasi Dalam Praktik*.
Jakarta : EGC.

