

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Tn. E
DENGAN MASALAH GASTRITIS PADA Ny. S
DI DESA DEMPEL LOR RT 05/RW XIV
KELURAHAN MUKTIHARJO KIDUL
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun oleh :

Yusuf Effendi
NIM : 89.33.12936

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2010**

HALAMAN PERSETUJUAN

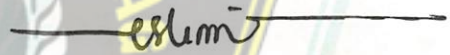
Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan di depan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang pada :

Hari : Senin

Tanggal : 31 Mei 2010

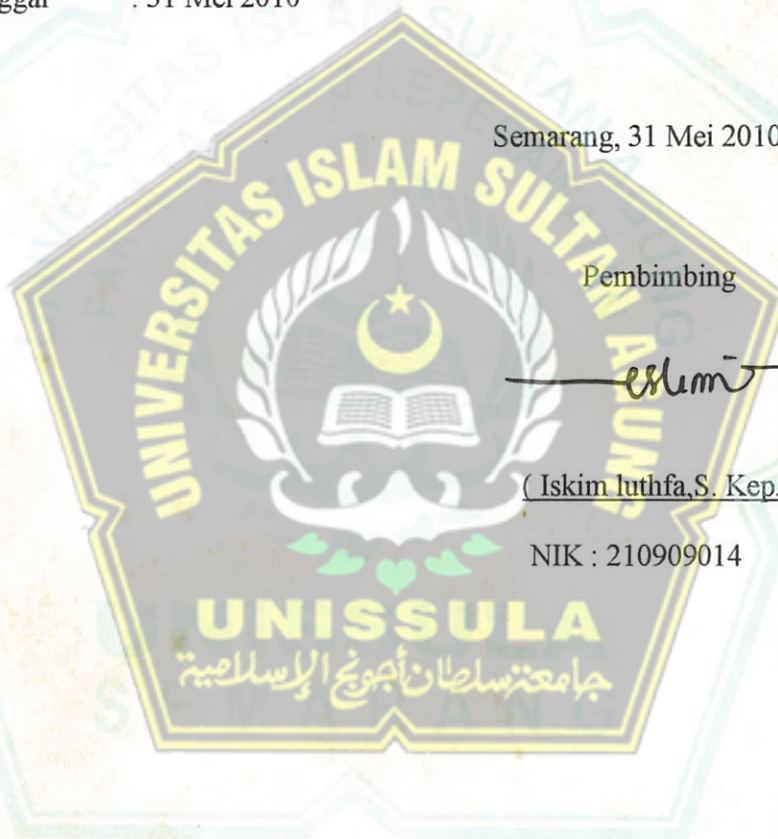
Semarang, 31 Mei 2010

Pembimbing



(Iskim Luthfa, S. Kep, Ns)

NIK : 210909014



HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D III keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Semarang pada hari Jumat tanggal 4 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 14 Juli 2010

Tim Penguji,

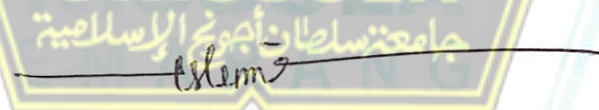
Penguji I



(Moch. Aspihan, S. kep., Ns.)

NIK : 210900008

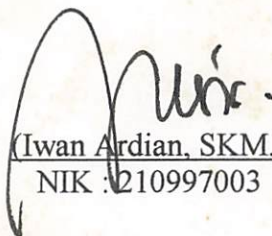
Penguji II



(Iskim Luthfa, S. Kep., Ns.)

NIK : 210909014

Penguji III



(Iwan Ardian, SKM.)

NIK : 210997003

MOTTO

- Apabila engkau sedang bernaung di bawah pohon yang rindang....., maka ingatlah orang yang menanamnya.
- Kejujuran adalah mata uang dimana mana.
- Dimana ada kemauan disitu ada jalan.
- Saya percaya ujian pertama dari orang yang besar adalah kerendahann hatinya.
- Sesungguhnya Allah menyuruh kamu menyampaikan amanat kepada orang yang berhak menerimanya. (Q.S. An Nisa' : 58)
- Dan carilah pada apa yang telah dianugerahkan Allah kepadamu (kebahagiaan) negeri akhirat, dan janganlah kamu melupakan kebahagiaanmu dari (kenikmatan) duniawi dan berbuat baiklah (kepada orang lain) sebagaimana Allah telah berbuat baik ,kepadamu, dan janganlah kamu berbuat kerusakan di (muka) bumi. Sesungguhnya Allah tidak menyukai orang – orang yang berbuat kerusakan . (Q.S.Al Qashah : 77)

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wa Barakaatuhu

Dengan mengucapkan bismillahirrahmanirrahim kami panjatkan doa dan puji syukur kehadirat Allah Yang Maha Pengasih dan Penyayang atas tersusunnya Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul Asuhan Keperawatan keluarga dengan Gastritis di Desa Dempel Lor RT 05/RW XIV Kelurahan Muktiharjo Kidul Pedurungan Semarang.

Adapun maksud dan tujuan disusunnya Karya Tulis Ilmiah yang sederhana ini adalah guna dapat diajukan sebagai pelengkap persyaratan ujian mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan dalam bidang Ilmu Keperawatan pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Bahwasanya hasil dari pada Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna dan banyak kekurangan di sana – sini, hal ini disebabkan oleh karena keterbatasan waktu dan mempersiapkannya, disamping kemampuan penulis yang masih terbatas.

Sebagaimana manusia biasa kesalahan serta kekhilafan kadang – kadang tidak dapat dihindari, walaupun segala cara ada usaha telah dilakukan untuk menuju ke kesempurnaan. Oleh karena itu dalam kesempatan ini dalam segala kerendahan hati penulis mohon maaf sebesar besarnya apabila ada penulisan terdapat sesuatu yang kurang berkenan.

Dalam mempersiapkan Karya Tulis Ilmiah ini penulis telah banyak mendapat uluran tangan, bimbingan yang sangat berguna dari berbagai pihak. Oleh karena itu penulis tidak akan lupa menyampaikan rasa penghargaan, rasa hormat, serta rasa terima kasih yang tinggi kepada :

- a. Ucapan syukur alhamdulillah kepada kepada Allah SWT, yang telah memberikan kesehatan serta kemampuan guna untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
- b. Terima kasih kepada Bapak Prof. Dr. Laude M. Kamaluddin, Msc, M. Eng selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
- c. Terima kasih kepada Bapak Iwan Ardian, SKM selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung.
- d. Terima kasih kepada ibu Wahyu Endang Setyowati, SKM selaku Ketua Prodi D III Keperawatan Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
- e. Terima kasih kepada Bapak Yuli Karyono selaku RW XIV yang telah mengizinkan kepada kami untuk praktek di Muktiharjo Dempel Lor Kecamatan Pedurungan Semarang.
- f. Terima kasih kepada Bapak Suyono selaku RT 05 RW XIV yang telah mengizinkan mengambil kasus di Desa Muktiharjo Dempel Lor Kecamatan Pedurungan Semarang.
- g. Terima kasih kepada Bapak Iskim Luthfa,S.Kep selaku pembimbing dan penguji Karya Tulis Ilmiah.

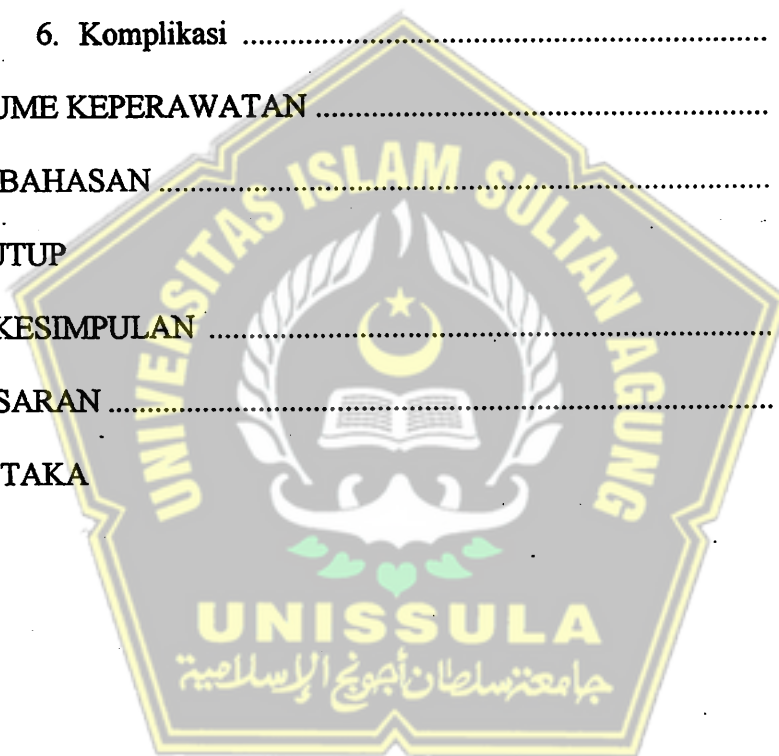
- h. Terima kasih kepada Ayah dan Bunda yang telah membantu serta mensupport tersusunnya Karya Tulis Ilmiah.**
- i. Terima kasih kepada (Indri, Reno, Munif, Rusdiana, Acong, Nuryadi, Udin, Sulisty, Ashari, Mbak Vita) serta teman – teman yang lain yang telah membantu Karya Tulis Ilmiah.**



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
MOTTO	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vi
BAB I : PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	3
C. Manfaat Penulisan	4
BAB II : KONSEP DASAR	
A. KONSEP DASAR KELUARGA	6
1. Pengertian	6
2. Tipe – tipe Keluarga	7
3. Fungsi Keluarga	10
4. Tugas Perkembangan Keluarga	11
5. Prinsip Dasar Penatalaksanaan Keluarga	14
6. Lima Tugas Perawatan keluarga	16

B. KONSEP DASAR PENYAKIT	18
1. Pengertian	18
2. Etiologi	18
3. Patofisiologi	19
4. Manifestasi Klinik	20
5. Pemeriksaan Diagnostik	21
6. Komplikasi	6
BAB III : RESUME KEPERAWATAN	23
BAB IV : PEMBAHASAN	35
BAB V : PENUTUP	
A. KESIMPULAN	45
B. SARAN	46
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keluarga adalah bagian dari masyarakat yang peranannya sangat penting untuk membentuk kebudayaan yang sehat. Dari keluarga inilah pendidikan pada individu dimulai dan dari keluarga inilah akan tercipta tatanan yang baik. Sehingga untuk membangun suatu kebudayaan maka selayaknya dimulai dari keluarga (Setiadi, 2008).

Karakteristik keluarga yang sehat, bila anggota keluarganya berinteraksi satu dengan yang lainnya, anggota keluarga terlibat dalam peran masing – masing secara fleksibel, anggota keluarga selalu termotivasi untuk berkomunikasi dengan keluarga lainnya dan juga dengan masyarakat sekitar serta setiap anggota keluarga mengatasi salah satu tugas keluarga seperti pengambilan atau upaya pencarian informasi (Achjar. 2010).

Secara sederhana definisi gastritis adalah proses inflamasi pada mukosa dan sub – mukosa lambung. Gastritis merupakan gangguan kesehatan yang paling sering dijumpai di klinik. karena diagnosa sering hanya berdasarkan gejala klinis bukan pemeriksaan histopatologi. Pada sebagian besar kasus inflamasi mukosa gaster tidak berkolerasi dengan keluhan dan gejala klinis pasien. Sebaliknya keluhan dan gejala klinis pasien berkolerasi positif dengan komplikasi gastritis. Pada saat ini sudah dikembangkan

pembagian gastritis berdasarkan suatu system yang disebut dengan sebagai *Update Sydney System* (Sudoyo, 2007).

Gastritis merupakan penyakit yang sering kita jumpai dalam masyarakat maupun dalam bangsa penyakit dalam. Kurang tahu dan cara penanganan yang tepat merupakan salah satu penyebabnya.

Masyarakat sering menganggap remeh penyakit gastritis, padahal ini akan semakin besar dan parah maka inflamasi pada lapisan mukosa akan tampak sembab, merah, dan mudah berdarah. Penyakit gastritis sering terjadi pada remaja, orang-orang yang stres, karena stres dapat meningkatkan produksi asam lambung, pengonsumsi alkohol dan obat-obatan anti inflamasi non steroid.

Distribusi Penyakit *H. pylori* ditemukan tersebar di seluruh dunia (kosmopolitan). Hanya sebagian kecil saja orang yang terinfeksi bakteri ini akan menderita ulcus duodenum. Walaupun sebagian besar orang-orang yang terinfeksi organisme ini mempunyai bukti histologis gastritis di lambung, namun sebagian besar penderita asimtomatis. Penelitian serologis yang dilakukan secara cross-sectional memperlihatkan bertambahnya prevalensi penyakit ini sesuai dengan pertambahan usia. Kelompok dengan tingkat sosial ekonomi lemah terutama anak-anak sering terserang infeksi ini. Di negara-negara berkembang, lebih dari 75% orang dewasa terinfeksi, dan infeksi sering terjadi terutama pada anak-anak. Sekitar 20-50% orang dewasa di negara-negara maju terinfeksi *H. pylori*

Di Negara barat, populasi yang usianya pada dekade ke – 6 hampir 80 % menderita gastritis kronik dan menjadi 100 % saat usia mencapai dekade ke – 7 (Suyono,2001).

Dari latar belakang di atas, didapatkan data di Negara berkembang, lebih dari 75 % orang dewasa terinfeksi, dan infeksi sering terjadi terutama pada anak- anak. Sekitar 20 – 50 % orang dewasa di Negara maju terinfeksi H. pylori. Di Negara barat, populasi usia pada dekade ke – 6 hampir 80 % menderita gastritis kronik dan menjadi 100 % saat usia mencapai dekade ke – 7. Selain itu akibat lanjut dari Gastritis dapat menyebabkan gangguan saluran cerna yang parah.

Karena pentingnya masalah gastritis untuk diatasi, dan dengan melihat data begitu banyaknya populasi yang terkena, maka penulis tertarik untuk mengangkat Asuhan keperawatan keluarga dengan masalah gastritis.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Secara umum penulisan karya tulis ilmiah ini bertujuan untuk memahami konsep teori gastritis dan mampu mengaplikasikan pada asuhan keperawatan keluarga terutama asuhan keperawatan pada keluarga Tn. E khususnya pada Ny. S dengan Gastritis.

2. Tujuan khusus

Secara khusus penulisan karya tulis ilmiah bertujuan untuk :

- a. Mampu memahami konsep penyakit Gastritis.

- b. Mampu mengidentifikasi masalah yang muncul pada asuhan keperawatan keluarga.
- c. Mampu mengidentifikasi intervensi asuhan keperawatan keluarga.
- d. Mampu melakukan implementasi dari intervensi yang telah disusun.
- e. Mampu mengevaluasi hasil implementasi yang telah diterapkan

C. Manfaat Penulisan

Adapun manfaat penulisan Karya Tulis Ilmiah antara lain adalah :

a. Bagi Mahasiswa

Untuk meningkatkan pemahaman mahasiswa mengenai konsep dan teori penyakit gastritis dan mampu mengaplikasikan serta menyusun asuhan keperawatan keluarga yang menderita gastritis dengan baik. Memperjelas fungsi dan tugas, tanggung jawab serta akuntabilitas perawat dalam memberikan pelayanan secara profesional.

b. Bagi Institusi pendidikan

Meningkatkan khazanah ilmu pengetahuan, sebagai bahan masukan dalam meningkatkan mutu pendidikan dalam bidang asuhan keperawatan keluarga. Dan sebagai bahan – bahan wacana untuk menambah informasi tentang asuhan keperawatan keluarga.

c. Bagi masyarakat.

Meningkatkan kemampuan lima tugas keperawatan keluarga yang antara lain seperti Mengenal masalah kesehatan setiap anggota keluarga. Mengambil keputusan untuk memerlukan yang tepat bagi keluarga.

Memberikan keperawatan anggota keluarga yang sakit atau tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usia masih muda. Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian masyarakat. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan.



BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Keluarga

1. Pengertian

Keluarga adalah sekumpulan orang atau lebih yang hidup bersama melalui ikatan perkawinan, dan kedekatan emosi yang masing – masing mengidentifikasi diri sebagai bagian dari keluarga (Ekasari, 2007).

Menurut Hanson (1996) dikutip oleh Achjar (2010) keluarga adalah kumpulan dua atau lebih individu yang saling tergantung satu sama lainnya untuk emosi, fisik, dan dukungan ekonomi (Achjar.2010).

Keluarga adalah sekelompok orang yang hidup bersama atau berhubungan erat, yang saling memberikan perhatian dan memberikan bimbingan untuk anggota keluarga mereka (Wong, 2009).

Menurut WHO (1969) dikutip oleh Setiadi (2008) keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adaptasi atau perkawinan (Setiadi.2008).

Menurut Friedmant (1988) dikutip oleh Sudiharto (2007) keluarga adalah dua atau lebih individu yang bergabung karena ikatan tertentu untuk membagi pengalaman dan melakukan pendekatan emosional, serta mengidentifikasi diri mereka sebagai sebagian dari keluarga (Sudiharto,2007).

Dari beberapa pengertian diatas, maka dapat disimpulkan secara umum bahwa keluarga adalah sekumpulan dua atau lebih individu yang bergabung ikatan tertentu atau hidup bersama melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan untuk membagi pengalaman dan melakukan pendekatan emosional, serta mengidentifikasi diri mereka sebagai sebagian dari keluarga.

2. Tipe Keluarga

Menurut Setiadi (2008) ada dua tipe keluarga antara lain :

a. Secara tradisional

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)

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

b. Secara Modern

1) Tradisional Nuclear

Keluarga inti (ayah,ibu,dan anak) yang tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh sanitasi. Sanksi legal dalam satu ikatan perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah.

2) Reconstituted Nuclear

Pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami atau istri, tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anak – anaknya, baik itu bahan dari perkawinan lama maupun hasil dari perkawinan baru, satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah.

3) Niddle Age / Aging Couple

Suami sebagai pencari uang, istri di rumah atau keduanya bekerja di rumah, anak – anaknya sudah meninggalkan rumah karena sekolah atau perkawinan atau meniti karier.

4) Dyadic Nuclear

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

5) Single Parent

Satu orang tua sebagai akibat perceraian atau kematian pasangannya dan anak – anaknya dapat tinggal di rumah atau di luar 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 yang tinggal sendiri dengan tidak adanya keinginan untuk kawin.

9) Three Generation

Tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah.

10) Institusional

Anak – anak atau orang – orang dewasa tinggal dalam suatu panti – panti.

11) Communal

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

12) Group Marriage

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

13) Unmarried Parent And Child

Ibu dan anak dimana perkawinan tidak dikehendaki anaknya diadopsi.

14) Cohibing Couple

Dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa kawin.

15) Gay and Lesbian Family

Keluarga yang dibentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama.

3. Fungsi Keluarga

Menurut Friedman (1999) dikutip oleh Sudiharto (2007), lima fungsi dasar keluarga adalah sebagai berikut :

a. Fungsi Afektif

Merupakan fungsi internal keluarga untuk pemenuhan psikososial, saling mengasuh dan memberikan cinta kasih, serta saling menerima dan mendukung.

b. Fungsi Sosialisasi

Adalah proses perkembangan dan perubahan individu keluarga, tempat anggota keluarga berinteraksi social dan belajar berperan di lingkungan social.

c. Fungsi reproduksi

Adalah fungsi keluarga meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia.

d. Fungsi Ekonomi

Adalah fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, dan papan.

e. **Fungsi Perawatan Kesehatan**

Merupakan kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan.

4. Tugas Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan keluarga menurut Duvall & Miller (1985) ; Carter & Mc Gpldrick (1988) dikutip oleh Achjar (2010) mempunyai tugas perkembangan yang berbeda seperti :

a. Tahap I, keluarga pemula atau pasangan baru

Tugas perkembangan keluarga pemula antara lain membina hubungan yang harmonis kepuasan bersama dengan membangun hubungan perkawinan yang saling memuaskan, membina hubungan dengan orang lain dengan menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis, merencanakan kehamilan dan mempersiapkan diri menjadi orang tua.

b. Tahap II, keluarga sedang mengasuh anak (anak tertua bayi sampai umur 30 bulan)

Membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran orang tua kakek dan nenek dan mensosialisasikan dengan lingkungan keluarga besar masing – masing pasangan.

- c. Tahap III, keluarga dengan anak usia pra sekolah (anak tertua berumur 2 – 6 tahun)

Pada tahap ini untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga, mensosialisasikan anak, mengintegrasikan anak yang baru sementara tetap memenuhi kebutuhan anak yang lainnya, mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga dan luar keluarga, menanamkan nilai dan norma kehidupan, menanamkan keyakinan beragama, memenuhi kebutuhan bermain anak.

- d. Tahapn IV, keluarga dengan anak usia sekolah (anak tertua usia 6 – 12 tahun)

Mensosialisasikan anak termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, membiasakan belajar teratur, memperhatikan anak saat menyelesaikan tugas sekolah.

- e. Tahap V, Keluarga dengan anak usia remaja (anak tertua 13 – 20 tahun)

Tugas perkembangan pada tahap ini yaitu menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan mandiri, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, berkomunikasi terbuka dengan orang tua dan anak – anak, memberikan perhatian, memberikan kebebasan dalam batasan tanggung jawab, mempertahankan komunikasi terbuka dua arah.

- f. Tahap VI, keluarga yang melepas anak usia dewasa muda (mencakup anak pertama sampai anak terakhir yang meninggalkan rumah)

Tugas perkembangan keluarga tahap VI yaitu memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru yang didapat melalui perkawinan anak – anak. Melanjutkan untuk memperbaharui hubungan perkawinan, membantu anak mandiri, mempertahankan komunikasi, menata kembali peran dan fungsi keluarga setelah ditinggalkan anak.

- g. Tahap VII, orang tua usia pertengahan (tanpa jabatan pensiun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap VII yaitu menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti para orang tua dan lansia, memperkokoh hubungan perkawinan, menjaga keintiman, merencanakan kegiatan yang akan datang, tetap menjaga komunikasi dengan anak – anak.

- h. Tahap VIII, keluarga dalam masa pensiun dan lansia.

Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan, menyesuaikan pendapatan yang menurun, mempertahankan hubungan perkawinan, menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan, mempertahankan ikatan keluarga antar generasi, saling memberikan perhatian yang menyenangkan antar pasangan, merencanakan kegiatan mengisi waktu tua seperti berolahraga, berkebun, mengasuh cucu.

5. Prinsip Dasar Penatalaksanaan Keluarga

Prinsip - prinsip dasar penatalaksanaan keluarga dengan penyakit gastritis diantaranya yaitu preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif.

a. Tindakan preventif antara lain :

Dengan melakukan pencegahan agar keluarga tidak mengalami penyakit gastritis dan mencegah penyakit gastritis dengan menghindari makanan yang pedas, menghindari makanan yang mengandung asam, kurangi stress, menghindari minum alkohol (Ester,2002).

b. Tindakan promotif antara lain :

Dengan memberikan pendidikan kesehatan atau penyuluhan kepada keluarga, supaya keluarga mengerti tentang apa itu penyakit gastritis, tanda dan gejala penyakit gastritis, komplikasi, serta mengerti penatalaksanaan yang tepat untuk penyakit gastritis.

c. Tindakan kuratif antara lain :

Yaitu tindakan keluarga untuk pengobatan, baik pengobatan secara farmakologi Menurut (Ester, 2001) maupun tradisional (Suyono, 2001). pengobatan farmakologi gastritis antara lain :

1) Pengobatan secara farmakologi antara lain :

- (a) Obat Ranitidin fungsinya untuk mengurangi sekresi asam.
- (b) Obat Antasid fungsinya untuk menetralkan asam lambung yang bersekresi.
- (c) Obat Sukralfat fungsinya untuk melapisi daerah inflamasi.
- (d) Obat Ulserasi fungsinya dapat mempercepat penyembuhan.

(e) Pemberian Vitamin B 12 untuk memperbaiki keadaan anemia.

2) Pengobatan secara tradisional antara lain :

Menurut Suyono (2001) pengobatan tradisional penyakit gastritis antara lain; Terapi jus: Minum Juice 2 x 1 gelas / hari, tunggal/campura (Pepaya, Apukat, Pisang, Cincau, Semangka), konsumsi Madu Habbat's, olah raga ringan, kurangi stress, dan makan nasi halus / bubur.

Adapun pengobatan tradisional yang lain menurut Kristanti (2009) untuk penyakit gastritis antara lain ada 2 resep pengobatan yaitu : (1) dengan menggunakan daun salam, (2) dengan menggunakan rimpang kencur.

(1) Resep pengobatan 1 :

- Bahan : Daun salam, gula aren, air
- Cara pembuatan : Cuci dan rebus 15 hingga 20 lembar daun salam segar dalam panci enamel dengan ½ liter air di atas api kecil. Angkat setelah mendidih selama 15 menit. Tambahkan gula aren secukupnya dan dinginkan. Saring hasil rebusann setelah dingin. Ramuan siap untuk diminum.
- Cara pengobatan : Minum ramuan seperti meminum teh. Lakukan setiap hari hingga rasa perih dan penuh di lambung hilang.

(2) Resep pengobatan 2 :

- Bahan : Rimpang kencur, garam dapur, air.
- Cara pembuatan : Cuci dan parut 10 rimpang kencur. Tambahkan sedikit garam dapur dan air secukupnya. Peras dan saring. Ramuan siap untuk diminum.
- Cara pengobatan : Minum ramuan tersebut sekali minum. Lakukan setiap 2 hari sekali hingga rasa perih dan penuh di lambung hilang.

d. Tindakan rehabilitatif

Tindakan keluarga pada tahap rehabilitasi bertujuan untuk tindakan pemulihan supaya dalam keluarga tidak terjadi masalah gastritis. Adapun tindakan rehabilitatif yaitu menghindari alkohol dan merokok, jangan makan makanan yang mengandung asam, kurangi stress, jangan melakukan aktivitas setelah makan supaya makanan yang baru di cerna bisa berubah menjadi energi dulu, makan yang lembut seperti bubur, jika sakit gastritis tidak terasa bisa diganti dengan makan biasa (nasi), makan porsi kecil tapi sering.

6. Lima Tugas Perawatan Keluarga

Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan. Menurut friedmant (1981) dikutip oleh Setiadi (2008) membagi lima tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan, yaitu :

- a) Mengenal masalah kesehatan setiap anggotanya.

Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, maka apabila menyadari adanya perubahan perlu dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar perubahannya.

- b) Mengambil keputusan untuk memerlukan tindakan yang tepat bagi keluarga.

Merupakan upaya keluarga yang utama mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga maka segera melakukan tindakan yang tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi.

- c) Memberikan keperawatan anggota yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya terlalu muda.

Perawatan ini dapat dilakukan di rumah apabila keluarga mempunyai kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama atau pelayanan kesehatan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi

- d) Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian keluarga.

- e) Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada).

B. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Gastritis adalah proses inflamasi pada lapisan mukosa dan sub – mukosa lambung (Tjokronegoro, 2001).

Gastritis adalah suatu keadaan peradangan atau peradangan mukosa lambung yang dapat bersifat kronis, akut, difus, atau lokal (Price, 2006).

Gastritis adalah inflamasi mukosa lambung paling sering berkenaan dengan indisekresi diet misalnya makan terlalu banyak, terlalu cepat, makanan yang terlalu berbumbu (Ester, 2001).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan gastritis adalah proses inflamasi pada lapisan mukosa dan sub – mukosa lambung yang bersifat akut, kronis, difus, atau lokal sering berkenaan dengan indisekresi diet misal makan terlalu banyak, terlalu cepat makan, dan makanan yang terlalu berbumbu.

2. Etiologi

Menurut Iin Inayah (2004) penyebab dari gastritis antara lain :

- a. Obat analgetik antiinflamasi, terutama aspirin.
- b. Bahan kimia, misalnya lisol.
- c. Alkohol.
- d. Refluk usus lambung
- e. Endotoksin

- f. Stress fisik yang disebabkan oleh luka bakar, trauma, pembedahan, gagal pernafasan, gagal ginjal, kerusakan susunan saraf pusat.

3. Patofisiologi

Menurut Smelzer (2002) patofisiologi penyakit gastritis di bedakan menjadi dua yaitu

a. Gastritis Akut

Inflamasi lambung yang terjadi secara tiba – tiba, dimana membran mukosa lambung menjadi edema dan heperemik (kongesti dengan jaringan , cairan dan darah) dan mengalami erosi surperfisial , bagian ini mensekresi sejumlah getah lambung yang mengandung sangat sedikit asam tetapi banyak mucus. Laserasi superfesial dapat terjadi dan dapat menimbulkan hemoragi. Pasien dapat mengalami ketidaknyamanan. Sakit kepala, malas , mual dan anoretia, pasien asimtomatik. Mukosa lambung mampu memperbaiki diri sendiri setelah mengalami gastritis. Kadang-kadang hemoragi memerlukan intervensi bedah. Bila makanan pengiritasi tidak dimuntahkan tetapi mencapai usus, dapat mengakibatkan kolik dan diare. Biasanya pasien sembuh kira-kira sehari. Meskipun nafsu makan menurun selama 2-3 hari

b. Gastritis Kronis

Inflamasi lambung yang lama dapat disebabkan oleh ulkus benigna atau maligna dari lambung atau maligna dari lambung atau oleh

bakteri helicobacter pylori (H. pylori) Gastritis Kronis dapat diklasifikasikan sebagai tipe A / tipe B, tipe A (sering disebut sebagai gastritis autoimun) diakibatkan dari 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. Tipe B (kadang disebut sebagai gastritis H. Pylori) mempengaruhi antrum dan pylorus (ujung bawah lambung dekat duodenum) ini dihubungkan dengan bakteri Pylori. Factor diet seperti minum panas atau pedas, penggunaan atau obat-obatan dan alcohol, merokok, atau refluks isi usus kedalam lambung.

4. Manifestasi Klinik

Menurut Price (2006) dan Inayah (2004) manifestasi klinik dari gastritis antara lain :

- a) Gastritis akut
 - 1) Anoreksia
 - 2) Bersendawa
 - 3) Mual dan muntah
 - 4) Nyeri epigastrium
 - 5) Perdarahan
- b) Gastritis kronis

Gambaran klinis pada pasien dengan gastritis kronis antara lain :

- 1) Nyeri ulu hati
- 2) Anoreksia
- 3) Nausea
- 4) Anemia
- 5) Nyeri tekan epigastrium
- 6) Cairan lambung terganggu
- 7) Aklorhidria
- 8) Kadar gastrin serum tinggi pada gastritis kronis fundus yang berat.

5. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Reeves (2001), pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan pada penderita gastritis antara lain :

a. Pemeriksaan Endoskopi.

Digunakan untuk pemeriksaan langsung guna menegakkan diagnosa dengan cara kamera serat optik yang panjang dan fleksibel memberi gambar yang dapat dilihat melalui lensa mata maupun layar video.

b. Histopatologi biopsi mukosa lambung.

Untuk mengevaluasi luka pada saluran gastrointestinal.

c. Tes Schilling

Digunakan untuk mengevaluasi penyerapan Vitamin B₁₂ dan digunakan untuk mendiagnosa anemia pernisiiosa.

d. Tes Fungsi Esophagial

Digunakan untuk mengevaluasi fungsi esophagus dan mendiagnosa masalah motilitas atau refluksi esophagial.

e. Scintrigrafi GI

Untuk menentukan lokasi perdarahan gastrointestinal.

f. Scan Computed Tomography (CT)

Adalah prosedur radiologi non – invasif yang sangat akurat.

g. Ultrasonografi

Untuk mengidentifikasi ukuran, bentuk dan posisi organ yang penggunaannya gelombang suara berfrekuensi tinggi yang dikirim kedalam abdomen (bagian perut) sehingga menimbulkan gema yang bervariasi sesuai dengan ketebalan jaringan.

6. Komplikasi

Menurut Mobin (2008), komplikasi gastritis dibagi menjadi 2 yaitu :

a. Gastritis akut

1. Perdarahan saluran cerna
2. Ulkus

b. Gastritis kronis

1. Terjadi anemia pernisiiosa
2. Penyempitan antrum – pylorus
3. Terjadi karsinoma lambung

BAB III

RESUME KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Pengkajian terhadap keluarga Ny. S dilakukan pada hari selasa tanggal 4 Mei 2010 pukul 09.00 WIB di rumah Ny. S melalui wawancara dan observasi. Identitas keluarga secara umum yaitu Tn. K sebagai kepala keluarga, umur 45 tahun, beragama islam, pendidikan terakhir SLTP, bekerja sebagai penjahit. Komposisi keluarga antara lain, Ny. S sebagai istri, umur 40 tahun, bekerja sebagai penjahit, pendidikan terakhir SD. Ny S mempunyai 2 orang anak perempuan dan laki-laki yang masih sekolah, An. N berumur 12 tahun, agama islam, pendidikan kelas 7 MTS, An. Y berumur 8 tahun, agama islam, pendidikan kelas 3 SD.

Ny S termasuk tipe keluarga inti (Nuclear Family) yang terdiri dari suami, istri dan 2 orang anak kandung. Ny. S mengatakan tidak ada masalah dengan tipe keluarga Ny. S, keadaan keluarga Ny. S sangat harmonis. Dalam keluarga Ny. S tidak ada budaya dan kepercayaan yang bertentangan dengan masalah kesehatan.

Status sosial ekonomi keluarga Ny. S termasuk golongan ekonomi menengah. Di dalam keluarga yang bekerja sebagai pencari nafkah yaitu Tn. E dan Ny. S . keduanya bekerja sebagai penjahit di rumahnya. Penghasilan

keluarga ± Rp. 1.500.000,- tiap bulan.. Pengeluaran per bulan keluarga rata-rata Rp 1.000.000 per/bulan

Saat ini keluarga Tn. E sekarang pada tahap keluarga dengan anak usia Sekolah dengan tugas perkembangan antara lain : mensosialisasikan anak serta meningkatkan prestasi sekolah. Mengembangkan hubungan dengan teman sebaya. Membiasakan belajar teratur. Memperhatikan anak saat menyelesaikan tugas sekolah.

Riwayat saat ini keluarga Tn. E ada anggota keluarganya yang memiliki penyakit gastritis, yaitu Ny. S. Pada saat dikaji Ny. S mengatakan perutnya terasa sakit di ulu hati, perutnya terasa perih, nafsu makan berkurang, lemas. Penyakit yang dialami Ny. S sudah sejak 1 tahun yang lalu. Saat penyakit Ny. S kambuh yang dilakukan keluarga yaitu membawanya ke Puskesmas Tlogosari Kulon, kemudian akan diberi obat. Di dalam keluarga Tn. E tidak ada yang memiliki penyakit keturunan seperti DM, Hipertensi, Asma, TBC.

Pengkajian lingkungan di dapatkan, Luas rumah keluarga Ny. S berukuran 12 x 4,5 meter terdiri dari ruang tamu, 2 buah kamar tidur, 1 kamar mandi dan dapur, ruang tengah atau ruang keluarga, Sumber air minum menggunakan artesis. Lantai rumah dari ubin, setiap kamar ada jendelanya, rumah tampak bersih. Ventilasi rumah Ny. S dinilai cukup. pencahayaan di setiap ruang cukup. Septic tank terletak di belakang rumah, jarak dengan sumur kurang lebih 5 meter.

Di dalam rumah Ny. S mempunyai 1 kamar mandi dan WC kondisinya agak kotor dan jenis WC yang dipakai jongkok. Pembuangan sampah di samping Balai RW, jika sampah sudah menumpuk dan kering lalu di bakar. Terlihat di tempat sampah banyak lalat.

Karakteristik tetangga dan komunitas RW ; Tetangga keluarga Tn. E sebagian besar bermata pencaharian sebagai wiraswasta. Mayoritas di RT 05 RW XIV beragama islam, Keluarga Tn. E dan Ny. S merupakan penduduk Asli di wilayah RT 05 RW XIV Dempel Kidul kelurahan Muktiharjo Kecamatan Pedurungan. Ny. S mengatakn ikut kegiatan PKK tingkat RT 05 setiap 1 bulan sekali dan jika ada kegiatan di lingkungannya Ny. S selalu ikut, Ny. S termasuk orang yang aktif bersosialisasi sama masyarakat RW XIV.

Aturan/kesepakatan interaksi antar anggota keluarga dan masyarakat terjalin dengan baik. Keluarga selalu mengikuti kegiatan yang ada di masyarakat. Dalam keluarga Tn. E selalu menggunakan tipe komunikasi terbuka sehingga tiap anggota keluarga bebas mengungkapkan pendapatnya masing-masing. Hal ini penulis lihat sendiri pada waktu melakukan pengkajian. Ny. S mengatakan jika ada keluarga yang sakit dan masalah tentang kesehatannya yang memberikan dukungan dari suaminya dan anak-anaknya

Ny. S mengatakan komunikasi dalam keluarganya baik-baik saja terjalin secara harmonis. Dan jika dalam anggota keluarganya ada masalah dimusyawarahkan dulu sama keluarga. Ny. S mengatakan dalam keluarga saling mendukung satu sama lainnya. Bila ada anggota keluarga ada yang

sakit yang mengambil keputusan adalah Tn E. Kemudian keluarga memeriksakan ke puskesmas Tlogosari Kulon.

Tn. E sebagai kepala keluarga, pencari nafkah sebagai penjahit di rumahnya dan bekerja sejak jam 07.30-16.00 WIB. Ny. S sebagai Istri dari Tn. E setiap hari bekerja penjahit di rumahnya dan peran di keluarga sebagai Ibu rumah tangga. An. N dan An. Y sebagai anak dari Tn. E dan Ny. S yang sekarang ini masih sekolah. Keluarga mengetahui peran masing-masing anggota keluarga. Nilai dan norma keluarga, Ny. S mengatakan dalam keluarganya selalu taat beribadah, sholat 5 waktu dan beribadah menurut ajaran Islam. Sebelum dan sesudah tidur selalu baca doa. Dalam keluarga saling menghargai satu sama lain.

Fungsi keluarga dalam kaitannya dengan fungsi perawatan kesehatan antara lain; (1) Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan; menurut penulis keluarga kurang mampu mengenal masalah kesehatan tentang penyakit gastritis. Mulai dari pengertian gastritis, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi, pencegahan serta perawatan. Hal ini ditunjukkan dengan klien tidak memperhatikan penyakitnya. (2) Kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan dinilai tepat, hal ini dilihat saat Ny S sakitnya kambuh, keluarga membawanya ke puskesmas tlogosari kulon. (3) Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, penulis menilai keluarga kurang mampu merawat anggota keluarga yang sakit. Misal Ny S sudah mengetahui kalau dirinya memiliki penyakit gastritis, namun masih sering makan-makanan yang pedas, dan asam. (4) Kemampuan Keluarga

mengatakan mampu mengetahui bagaimana menciptakan lingkungan yang sehat, ini terbukti pencahayaan dalam rumah cukup, rumah terlihat bersih.(5) Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan, penulis menilai keluarga mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada, Ny. S mengatakan sakitnya kambuh dibawa ke Puskesmas Tlogosari Kulon.

Stressor jangka pendek yang dipikirkan keluarga saat ini yaitu, Ny. S mengatakan masih sakit gastritis, keluarga mengatakan sudah dapat beradaptasi dengan penyakit yang diderita oleh Ny. S karena sudah dipriksakan/berobat ke Puskesmas Tlogosari Kulon. Ny. S mengatakan dalam menghadapi masalah biasanya keluarga berdiskusi atau musyawarah dengan keluarganya.

Pemenuhan gizi dalam keluarga Ny. S teratur dimana keluarga makan 3 x sehari, menu makanan nasi, sayuran seperti bayam, kangkung, lauk pauk seperti ikan, telur, tahu, tempe. Namun Ny. S makannya suka yang pedas dan asam. Minuman yang di konsumsi seluruh anggota keluarga adalah air putih, teh manis. Porsi makanan setiap anggota keluarga sudah memenuhi kebutuhan dan tercukupi.

Dari hasil pemeriksaan fisik (head to toe) yang dilakukan terhadap semua anggota keluarga, pada Tn. E, An. N dan An. Y tidak ditemukan masalah kesehatan. Namun pemeriksaan fisik (Head to toe) pada Ny. S ditemukan beberapa keluhan, dimana pada waktu pengkajian Ny. S nyeri tekan pada perut kuadran kiri atas. Perut terasa perih,

B. Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan Keluarga

Dari hasil pengkajian yang penulis dapatkan selama 2 hari pada tanggal 4 –5 Mei 2010, maka hasil analisa data penulis mengangkat 2 diagnosa keperawatan keluarga sesuai dengan prioritas masalah.

1. Pemeliharaan kesehatan tidak afektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah penyakit.

Diagnosa di atas ditegaskan berdasarkan data yang penulis peroleh. Dimana data DS : Ny. S mengatakan saat ini memiliki penyakit gastritis, penyakitnya ini sering kambuh. Ny. S mengatakan tahu tentang penyakit gastritis namun secara detail klien tidak paham. Ny S mengatakan belum mengetahui pasti pengertian, penyebab, tanda dan gejala, serta komplikasi. Pencegahan serta perawatan penyakit gastritis.

Data objektif yang ditemukan sewaktu mahasiswa melakukan pengkajian didapatkan data objektif antara lain; Hasil pemeriksaan fisik; saat dilakukan palpasi terdapat nyeri tekan pada perut ulu hati. Perut terasa perih, lemas. Auskultasi peristaltik usus 25 x/menit.

2. Manajemen terapeutik tidak afektif berhubungan dengan Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit khususnya Ny. S

Diagnosa keperawatan keluarga yang ke dua, penulis tegakkan berdasarkan data yang didapat, dimana data subjektif; Keluarga Ny. S tidak mengetahui langkah – langkah tepat untuk merawat anggota keluarga yang sakit penyakit gastritis. Ny. S mengatakan perutnya terasa sakit di ulu hati, perutnya terasa perih, nafsu makan berkurang, kepala terasa

pusing. Ny. S. mengatakan senang dengan makanan yang pedas dan asam. Data Obyektifnya di dapatkan; Dari hasil observasi klien suka makan-makanan pedas dan asam. Nafsu makan berkurang, kepala terasa pusing, keluarga kurang mampu merawat anggota keluarga yang sakit khususnya Ny. S.

C. Intervensi

Untuk menyusun Asuhan Keperawatan Keluarga dilakukan tahap awal dimana mahasiswa (penulis) bisa membina hubungan saling percaya dengan keluarga dan meminta izin dengan keluarga agar bersedia untuk jadikan keluarga binaan. Intervensi disusun berdasarkan kajian dan masalah keperawatan keluarga yang ditemukan.

1. Pemeliharaan kesehatan tidak afektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah penyakit.

Tujuan jangka panjang yang akan dicapai untuk diagnosa keperawatan keluarga yang pertama yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan keluarga selama 6 X 24 jam, diharapkan keluarga memahami tentang penyakit gastritis. Tujuan jangka pendek keluarga mampu menyebutkan pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi penyakit gastritis.

Dengan kriteria hasil yaitu; Keluarga mampu menyebutkan pengertian gastritis, Keluarga mampu menyebutkan penyebab dari

gastritis, Keluarga mampu menyebutkan tanda gejala dari gastritis dan Keluarga mampu mencegah makanan yang dilarang.

Intervensi untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul yaitu tahap awal dikaji pengetahuan keluarga tentang penyakit gastritis, mulai dari pengertian gastritis, penyebab gastritis, tanda-tanda dan gejala gastritis. Tingkatkan pemahaman keluarga dengan memberikan penyuluhan kesehatan tentang penyakit gastritis.

2. Menejiman terapeutik tidak efektif berhubungan dengan Ketidak mampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit khususnya Ny. S

Tujuan jangka panjang yang akan dicapai untuk diagnosa keperawatan keluarga yang kedua yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan keluarga selama 6 x 24 jam, diharapkan keluarga dapat merawat anggota keluarganya yang sakit. Tujuan jangka pendek keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit gastritis, mampu mengetahui dan melaksanakan gizi yang benar, mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada.

Intervensi untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul yaitu tahap awal dikaji kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit gastritis, Kaji pengetahuan keluarga terkait dengan makanan yang dapat menimbulkan gastritis. Berikan pendidikan kesehatan tentang makanan yang harus dihindari. Motivasi Ny. S untuk mematuhi diit yang disarankan.

D. Implementasi

Implementasi yang sudah dilakukan pada tanggal 4-5 Mei 2010 yaitu tahap awal melakukan perkenalan dengan keluarga, dan menjelaskan maksud serta tujuan. Selanjutnya meminta izin kepada keluarga untuk bersedia dijadikan sebagai keluarga binaan. Implementasi selanjutnya dilakukan berdasarkan diagnosa keperawatan keluarga yang ditemukan.

Implementasi untuk diagnosa pertama dilakukan pada tanggal 6 Mei 2010 antara lain; (1) Mengkaji pengetahuan keluarga tentang pengertian penyakit gastritis, tanda dan gejala, penyebab, komplikasi. (2) Memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang penyakit gastritis mulai dari pengertian, tanda dan gejala, penyebab serta komplikasi gastritis. Dimana respon klien secara subjektif Ny. S dan keluarga mengatakan bersedia diberi penyuluhan tentang penyakit gastritis. Data objektif Ny. S dan keluarga bisa menjawab tanda dan gejalanya saja 1 sampai 3 dari tanda dan gejala. (3) Membuat kontrak dengan keluarga untuk diberikan penyuluhan kesehatan tentang gastritis, dimana respon keluarga secara subjektif Ny. S dan keluarga mengatakan bersedia diberi penyuluhan tentang penyakit gastritis. Data objektif Ny. S terlihat antusias mengikuti penyuluhan.

Implementasi untuk diagnosa kedua dilakukan pada tanggal 7 Mei 2010 antara lain; (1) Mengkaji keluarga cara merawat keluarga yang sakit. Dimana respon klien secara subjektif; Ny. S dan keluarga mengatakan kurang mengetahui cara merawat anggota keluarga yang sakit. Sedangkan data Obyektif ; Klien dan keluarga kurang mampu merawat anggota keluarga yang

sakit. (2) Memberi penyuluhan keluarga tentang cara merawat anggota keluarga yang sakit gastritis. Dimana respon klien secara subjektif ; klien dan keluarga bersedia diberikan penyuluhan cara merawat anggota keluarga yang sakit. Sedangkan data objektif ; klien dan keluarga tampak senang diberi penyuluhan cara merawat anggota keluarga yang sakit.

Implementasi untuk diagnosa kedua dilakukan pada tanggal 8 Mei 2010 antara lain; (1) Mengkaji pemahaman keluarga dalam pemanfaatan fasilitas kesehatan. Dimana respon keluarga secara subjektif: Klien dan keluarga mengatakan sudah tahu cara pemanfaatan fasilitas kesehatan, sedangkan secara objektif; Klien dan keluarga paham cara pemanfaatan fasilitas kesehatan. (2) Menganjurkan untuk keluarga rutin berobat ke puskesmas Tlogosari kulon. Data subjektif jika klien sakitnya kambuh segera pergi ke Puskesmas Tlogosari Kulon untuk berobat. Sedangkan data objektif segera berobat ke Tlogosari Kulon. (3) Tn. E mengatakan akan memantau istrinya minum obat secara teratur serta menghinddari makanan yang pedas, asam dan makanan yang berbumbu. Data Sbyektif Keluarga Tn E mampu dan melaksanakan cara merawat Ny. S. Sedangkan data Obyektif; Klien tampak sungguh – sungguh merawat keluarganya khususnya Ny. S yang sakit gastritis.

Implementasi telah dilakukan sesuai dengan masalah yang ditemukan, tanggal 9 Mei 2010 merupakan tahap terakhir, dimana penulis mengunjungi keluarga untuk mengadakan evaluasi dan membina penerimaan perpisahan dengan klien.

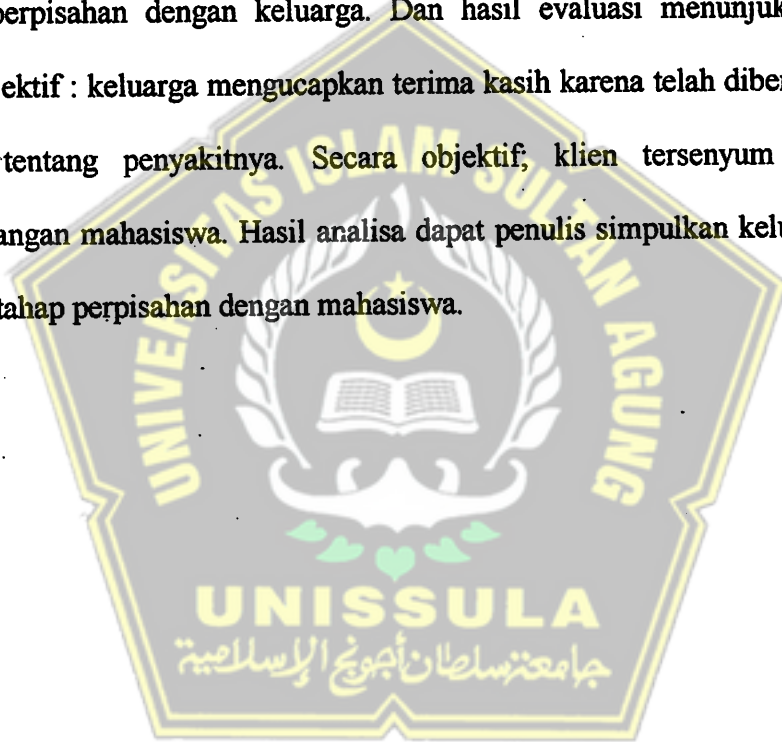
E. Evaluasi

Tahap awal implementasi (tanggal 4 - 5 April 2010) yaitu penulis sudah melakukan tahap perkenalan dengan keluarga dan keluarga bersedia untuk menjadi keluarga binaan. Implementasi yang sudah dilakukan (tanggal 6 Mei 2010) untuk mengatasi diagnosa keperawatan keluarga yang pertama; Pemeliharaan kesehatan tidak afektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah penyakit, hasil evaluasinya yaitu; secara subjektif keluarga mengatakan; Ny. S dan keluarga mengatakan paham setelah diberi penyuluhan tentang pengertian gastritis, tanda dan gejala, penyebab, komplikasi dan penatalaksanaan gastritis. Data objektif; keluarga kooperatif waktu diberi pendidikan kesehatan. Analisa data disimpulkan, diagnosa pertama masalah teratasi, keluarga paham tentang penyakit gastritis. Rencana tindak lanjutnya adalah lanjutkan intervensi untuk mengatasi masalah diagnosa keperawatan keluarga yang kedua.

Implementasi yang sudah dilakukan (tanggal 7 - 8 Mei 2010) untuk mengatasi diagnosa keperawatan keluarga yang kedua; Regimen terapeutik tidak afektif berhubungan dengan Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit khususnya Ny. S . Hasil evaluasinya yaitu; secara subjektif S : .Klien mengatakan bersedia dilakukan pendidikan cara merawat anggota keluarga yang sakit gastritis. Keluarga Tn. E mengatakan sudah mengerti cara merawat anggota keluarga yang sakit gastritis. Sedangkan Data Objektif; Keluarga kurang mampu merawat anggota keluarga yang sakit. Keluarga paham cara merawat Ny. S yang sakit gastritis

tidak boleh makan yang pedas, asam, dan makan yang terlalu berbumbu. Analisa data disimpulkan; Diagnosa ke 2, masalah teratasi sebagian, keluarga paham tentang merawat keluarga yang sakit khususnya Ny. S. Rencana tindak lanjutnya; pertahankan intervensi, anjurkan keluarga untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan yang terdekat.

Implementasi tahap akhir pertemuan yaitu, melakukan evaluasi dan membina perpisahan dengan keluarga. Dan hasil evaluasi menunjukkan; secara Subjektif : keluarga mengucapkan terima kasih karena telah diberikan informasi tentang penyakitnya. Secara objektif, klien tersenyum dan menjabat tangan mahasiswa. Hasil analisa dapat penulis simpulkan keluarga menerima tahap perpisahan dengan mahasiswa.



BAB IV

PEMBAHASAN

Bab IV ini akan dibahas mengenai asuhan keperawatan keluarga Tn. E dengan masalah utama pada Ny. S yang dilakukan selama 6 hari, sejak tanggal 4 Mei 2010 sampai 9 Mei 2010. Tahapan proses keperawatan keluarga yang dilakukan mulai dari pengkajian, menetapkan diagnosa keperawatan keluarga, menyusun intervensi, melakukan implementasi sampai evaluasi.

Pengkajian data dimulai dari proses pengumpulan data secara terus menerus yang merupakan syarat utama untuk identitas masalah. Data yang diperoleh pada Ny. S adalah dengan wawancara dan observasi. Wawancara merupakan suatu pertemuan tatap muka dengan anggota keluarga. Sedangkan observasi dilakukan untuk mendapatkan temuan - temuan yang objektif (Friedman, 1998). Wawancara dan observasi dilakukan dengan menggunakan pendekatan yang baik pada keluarga dan menjalin hubungan saling percaya sehingga didapatkan data yang relevan.

Setelah dilakukan pengkajian pada tanggal 4 – 6 Mei 2010, penulis menemukan beberapa data yang menjadi fokus permasalahan yang dialami oleh keluarga Ny.S dan menetapkan 2 diagnosa keperawatan keluarga.

1. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan.

Diagnosa keperawatan di atas penulis prioritaskan berdasarkan penetapan skoring mengenai pertimbangan sifat masalah, kemungkinan masalah dapat diubah, potensial masalah dapat dicegah dan menonjolnya masalah.

Dilihat dari sifat masalah yang ada sifat masalah aktual dimana penghitungan skoring $3/3 \times 1 = 1$ Merupakan masalah kesehatan yang harus diatasi. Kemungkinan masalah dapat diubah sebagian dimana penghitungan skoring $1/2 \times 2 = 1$ Masalah dapat diatasi sebagian karena keluarga memiliki anak yang dapat mengawasi dan menjaga Ny. S. Data Potensi masalah untuk dicegah tinggi, dilihat dari skoring $3/3 \times 1 = 1$ Masalah dapat diubah karena anggota keluarga mempunyai waktu yang cukup untuk mengawasi Ny. S. Untuk Menonjolnya masalah ada masalah perlu ditangani dilihat angka skoring $2/2 \times 1 = 1$ Keluarga tidak menyadari bahwa Ny. S dan keluarga tidak mengetahui langkah – langkah tepat, baik pengertian, tanda dan gejala, penyebab, komplikasi, nyeri, nafsu makan berkurang. Jadi total jumlah skoring keseluruhan 4.

Menurut Nanda (2006) pemeliharaan kesehatan tidak efektif diartikan sebagai ketidakmampuan mengidentifikasi, mengatur dan atau mencari pertolongan untuk pemeliharaan kesehatan. Batasan karakteristiknya antara lain; (1) Menunjukkan keterbatasan pengetahuan mengenai pelayanan kesehatan dasar. (2) Menunjukkan keterbatasan perilaku adaptif untuk mengubah lingkungan interna atau eksterna. (3) Menunjukkan

ketidakmampuan dalam bertanggung jawab untuk memenuhi pelayanan kesehatan dasar dalam beberapa atau semua area fungsi. (4) Riwayat keterbatasan perilaku mencari kesehatan. (5) Mengekspresikan ketertarikan dalam memperbaiki perilaku kesehatan. (6) Menunjukkan keterbatasan peralatan, finansial ataupun sumber lain, serta (7) Menunjukkan kerusakan support sistem personal.

Data yang penulis dapatkan untuk menegakkan diagnosa antara lain; pemeliharaan kesehatan tidak efektif. Dimana data subjektif Ny. S mengatakan saat ini memiliki penyakit gastritis, penyakitnya ini sering kambuh. Ny. S mengatakan tahu tentang penyakit gastritis namun secara detail klien tidak paham. Ny S mengatakan belum mengetahui pasti pengertian, penyebab, tanda dan gejala, serta komplikasi. Pencegahan serta perawatan penyakit gastritis.

Data objektif yang ditemukan sewaktu mahasiswa melakukan pengkajian didapatkan data objektif antara lain; Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik di dapatkan ada nyeri tekan pada perut kuadran kiri atas, peristaltik bising usus 25 x/menit. belum mengetahui pasti pengertian, penyebab, tanda dan gejala, serta komplikasi.

Faktor yang bisa dihubungkan dengan, pemeliharaan kesehatan tidak afektif, menurut Nanda (2006) antara lain; (1) Koping keluarga tidak efektif. (2) keterbatasan sumber materi, (3) tidak terpenuhinya tugas perkembangan, (4) kerusakan persepsi atau kognitif (komplit/parsial keterbatasan ketrampilan motorik halus/kasar), (5) keterbatasan terhadap perubahan yang berarti,

ketrampilan komunikasi (menulis, verbal, dan gesture), (6) distress spiritual, (7) koping individu tidak afektif.

Penulis menegakkan etiologi ketidakmampuan keluarga mengenal masalah gastritis menurut friedmant (1981) dikutip oleh Setiadi (2008) berdasarkan data yang didapat antar lain; Ny . S mengatakan tidak tahu tentang penyakit gastritis, tidak tahu pengertian gastritis, tanda dan gejala, penyebab, serta komplikasi dari penyakit gastritis. Harapan keluarga terhadap penyakit yang dialami Ny. S bisa sembuh. Keluarga berharap agar mahasiswa bisa memberikan informasi yang jelas tentang gastritis. Data objektif yang ditemukan sewaktu penulis melakukan pengkajian antara lain; Ny. S menunjukkan ekspresi wajah ketidaktahuan terhadap penyakit gastritis.

Adapun untuk menyelesaikan masalah-masalah di atas penulis menyusun intervensi keperawatan keluarga dengan memberikan penyuluhan kesehatan, namun sebelum melakukan intervensi, penulis terlebih dahulu melakukan kontrak atau persetujuan dengan keluarga yang meliputi tujuan, lama kontrak dan materi yang akan disampaikan.

Penyuluhan kesehatan ini akan sangat bermanfaat sekali bagi keluarga Ny. S yang pada dasarnya berpendidikan SD, dan kurang mendapat informasi tentang penyakit gastritis. gastritis dapat dicegah dengan cara, antara lain meningkatkan pengetahuan keluarga tentang penyakit gastritis Dengan meningkatkan pengetahuan keluarga tentang penyakit gastritis diharapkan keluarga mampu melaksanakan tindakan-tindakan yang tepat dalam mengobati dan mencegah terjadinya penyakit gastritisi pada keluarga.

Penyuluhan dan pendidikan kesehatan yang dilakukan di rumah Ny. S adalah tentang penyakit gastritis. Adapun intervensi yang ditetapkan berdasarkan kriteria SMART (spesifik, measurable, achievable, rasional, dan time).

Tujuan yang akan dicapai untuk diagnosa keperawatan keluarga yang pertama yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan keluarga selama 6 X 24 jam, diharapkan keluarga memahami tentang konsep penyakit gastritis.

Kriteria hasilnya yaitu; Keluarga mampu mengenal masalah tentang gastritis, Keluarga mampu menyebutkan pengertian gastritis, Keluarga mampu menyebutkan penyebab dari gastritis, Keluarga mampu menyebutkan tanda gejala dari gastritis, serta keluarga mampu menyebutkan tentang komplikasi atau akibat lanjut dari gastritis.

1. Kaji pengetahuan keluarga tentang penyakit gastritis. Kaji pengertian tentang pengertian gastritis, penyebab gastritis, tanda dan gejala gastritis serta komplikasi yang bisa muncul dari gastritis.

Rasional : Untuk mengetahui sejauh mana keluarga mengenal masalah penyakit gastritis

2. Beri reinforment positif atas jawaban yang benar yang diberikan keluarga

Rasional : Memberikan penghargaan pada keluarga agar keluarga bersemangat.

3. Beri penyuluhan tentang penyakit gastritis, mulai dari pengertian gastritis, penyebab, tanda dan gejala serta komplikasinya.

Rasional : Untuk mengenalkan tentang penyakit gastritis cara perawatan anggota keluarga yang sakit dengan benar

4. Evaluasi kembali pemahaman keluarga tentang materi yang telah disampaikan

Rasional : Untuk mengetahui sejauh mana respon keluarga terhadap penyuluhan yang telah diberikan.

Intervensi yang telah disusun diatas semuanya sudah penulis implementasikan mulai dari pengkajian pengetahuan keluarga tentang penyakit gastritis sampai memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang penyakit gastritis, mulai dari pengertian, tanda dan gejala, penyebab, komplikasi atau akibat lanjut dari penyakit gastritis.

Penulis dalam melakukan implementasi tidak mengalami kesulitan ataupun hambatan, hal ini dikarenakan keluarga sangat kooperatif dan antusias mengikuti penyuluhan. Disamping itu penulis menggunakan metode ceramah dan tanya jawab, untuk mempermudah penyuluhan kesehatan penulis menggunakan alat bantu laptop, dimana penulis tampilkan materi gastritis dalam bentuk ceramah dan tanya jawab serta menggunakan leaflet.

Setelah dilakukan implementasi yaitu penyuluhan kesehatan maka penulis melakukan evaluasi, hasil evaluasi sudah sesuai dengan kriteria hasil dimana secara subjektif; keluarga mampu menyebutkan pengertian gastritis, tanda dan gejala, penyebab serta komplikasi atau akibat lanjut dari gastritis Hasil analisa data penulis menyimpulkan masalah teratasi dimana penulis mampu mengaplikasikan asuhan keperawatan keluarga dengan penyakit

gastritis. Rencana tindak lanjutnya yaitu lanjutkan intervensi untuk menyelesaikan diagnosa keperawatan yang kedua.

2. Management regimen terapeutik tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

Diagnosa yang kedua ini, penulis prioritaskan berdasarkan skoring yang dibuat; Dimana dilihat sifat masalah Aktual, ditunjukkan skoring $3/3 \times 1 = 1$ Merupakan masalah kesehatan yang harus diatasi. Kemungkinan masalah dapat diubah sebagian, dengan penghitungan skoring $1/2 \times 2 = 1$ dimana masalah dapat diatasi sebagian karena keluarga memiliki anak yang dapat mengawasi dan menjaga Ny. S. Selanjutnya potensi masalah untuk dicegah cukup, dilihat dari penghitungan skoring $2/3 \times 1 = 2/3$ merupakan Masalah dapat diubah karena anggota keluarga mempunyai waktu yang cukup untuk mengawasi Ny. S. Untuk menonjolnya masalah ada masalah perlu ditangani ditinjau dari angka skoring $2/2 \times 1 = 1$ Keluarga tidak menyadari bahwa Ny. S. dan keluarga tidak mengetahui langkah – langkah tepat untuk merawat anggota keluarga yang sakit. Jadi total skoring keseluruhan 3 2/3.

Menurut Nanda (2006) manajemen regimen terapeutik tidak efektif diartikan sebagai pola dalam mengatur dan mengintegrasikan program terapi penyembuhan ke dalam kehidupan yang tidak memuaskan dan tidak mencukupi sesuai dengan tujuan pemulihan kesehatan yang ingin dicapai. Batasan karakteristiknya antara lain; (1) pemilihan aktivitas untuk memenuhi tujuan dari program terapi dan pencegahan tidak efektif, (2) mengungkapkan tidak melakukan apapun untuk menurunkan faktor resiko untuk kesembuhan

dan menghilangkan gejala sisa, (3) mengungkapkan keinginan untuk mengatur terapi dan pencegahan penyakit, (4) mengungkapkan kesulitan dalam mengatur atau mengintegrasikan satu atau lebih terapi yang diresepkan untuk pencegahan komplikasi dan terapi penyakit dan efeknya, (5) mengungkapkan tidak melakukan aktivitas terapi dalam kehidupan terapi.

Faktor yang bisa dihubungkan dengan, manajemen regimen terapeutik tidak afektif, menurut Nanda (2006) antara lain; (1) hambatan yang dirasakan, (2) kurang dukungan sosial, (3) kelemahan atau tidak berdaya, (4) penerimaan dirasakan, (5) keuntungan dirasakan, (6) kehilangan kepercayaan terhadap regimen atau personal kesehatan, (6) pola perawatan keluarga, (7) konflik keluarga, (8) permintaan berlebih dari individu atau keluarga, (9) kesulitan ekonomi, (konflik dalam memutuskan, (10) ketegangan yang dirasakan, (11) petunjuk dalam melakukan aktivitas tidak adekuat.

Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit adalah suatu keadaan dimana individu atau keluarga tidak mengetahui bagaimana cara merawat anggota keluarga yang sakit dengan benar. Menurut Friedman (1998) kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit antara lain ; Memberikan keperawatan anggota yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya terlalu muda. Perawatan ini dapat dilakukan di rumah apabila keluarga mempunyai kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama atau pelayanan kesehatan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi

Diagnosa di atas penulis tegakkan berdasarkan data yang penulis dapat antara lain; Ny. S dan keluarga mengatakan bahwa tidak tahu bagaimana cara perawatan dan pencegahan penyakit gastritis, Keluarga kurang paham cara merawat Ny. S yang sakit gastritis dan Ny. S suka makan yang pedas, asam, dan makan yang terlalu berbumbu. Ny. S mengatakan perutnya terasa sakit di ulu hati, perutnya terasa perih, nafsu makan berkurang, lemas. Secara objektif dari hasil observasi klien suka makan-makanan pedas dan asam, berbumbu.

Untuk mengatasi masalah yang kedua yaitu ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit maka dilakukan intervensi antara lain :

1. Kaji pengetahuan keluarga tentang pentingnya cara pengobatan penyakit gastritis

Rasional : Untuk mengetahui tingkat pemahaman dan cara pengobatannya

2. Beri penjelasan keluarga tentang pentingnya fasilitas kesehatan

Rasional : Dengan diberi penjelasan keluarga dapat memahami, mengetahui dan mengerti, pentingnya sarana fasilitas kesehatan

3. Tanya kembali pada keluarga apa yang telah dijelaskan

Rasional : Untuk mengevaluasi materi yang telah diberikan

4. Beri pujian positif pada keluarga atas kemampuan keluarga dalam mengulang yang telah dijelaskan

Rasional : Memberi penghargaan dan menambah semangat kepada keluarga

Setelah intervensi ditetapkan, maka penulis, melakukan pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga yaitu tanggal 4 Mei 2010 pukul 09.00 WIB sedang implementasi ke II dilakukan hari Jum'at tanggal 7 Mei 2010 pukul 09.00 WIB yaitu dengan Mengkaji keluarga tentang cara merawat keluarga yang sakit. Memberi penyuluhan keluarga tentang cara merawat anggota keluarga yang sakit gastritis. Mengevaluasi secara singkat terhadap topik yang didiskusikan dengan keluarga. Membuat kontrak untuk pertemuan selanjutnya.

Penulis dalam melakukan implementasi secara umum tidak mengalami kesulitan ataupun hambatan, hal ini dikarenakan keluarga sangat kooperatif dan antusias mengikuti penyuluhan.

Setelah dilakukan implementasi yaitu penyuluhan kesehatan tentang penularan gastritis, maka penulis melakukan evaluasi. Hasil evaluasi sudah sesuai dengan kriteria hasil dimana secara subjektif, keluarga mampu menyebutkan cara merawat gastritis, Keluarga mampu menghindari diit yang tidak dianjurkan. Secara objektif keluarga mampu melakukan apa yang telah diajarkan oleh perawat. Hasil analisa data dapat penulis simpulkan tidak ada masalah keperawatan dalam keluarga.

Evaluasi tahap akhir implementasi (9 Mei 2010) yaitu; secara subjektif keluarga mengucapkan terima kasih atas informasi yang telah diberikan. Secara objektif, keluarga tersenyum dan menjabat tangan mahasiswa. Hasil analisa data dapat disimpulkan keluarga menerima perpisahan dengan mahasiswa.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah penulis membahas studi kasus Asuhan Keperawatan Keluarga pada Ny. S dengan masalah utama Gastritis, maka penulis dapat menyimpulkan sebagai berikut :

1. Pengkajian yang dilakukan dua hari pada tanggal 4 – 6 Mei 2010 dan mampu menerapkan konsep penyakit baik dari pengertian, tanda dan gejala, komplikasi, penyebab, serta cara pencegahan dan perawatan penyakit gastritis. Didapatkan juga data bahwa ada masalah pada anggota keluarga khususnya Ny. S, baik dari mengenal masalah dan cara merawat anggota keluarga yang sakit.
2. Masalah asuhan keperawatan keluarga yang muncul di wilayah Dempel Lor RT 05/RW XIV Kelurahan Muktiharjo kidul khususnya keluarga Ny. S antara lain adalah pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah dan Menejemen regimen tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.
3. Implementasi yang telah dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut antara lain adalah memberikan pendidikan kesehatan penyakit gastritis, memberikan perawatan kesehatan anggota keluarga yang memiliki

penyakit gastritis, memberikan pengetahuan pemenuhan gizi yang tepat, menganjurkan pemanfaatan pelayanan kesehatan yang ada di Tlogosari Kulon.

4. Pada dasarnya kegiatan yang dilakukan mendapat dukungan dari keluarga, hal ini dapat dilihat dari antusias keluarga selama kegiatan berlangsung dilakukan pembinaan selama enam hari.
5. Dari hasil evaluasi yang telah dilakukan didapatkan adanya perubahan perilaku keluarga yang menuju ke arah perilaku hidup sehat.

B. Saran

Adapun saran – saran yang perlu penulis berikan dan bermanfaat untuk semua kalangan, antara lain :

1. Bagi Mahasiswa

Untuk meningkatkan pemahaman mahasiswa mengenai konsep dan teori penyakit gastritis dan mampu mengaplikasikan serta menyusun asuhan keperawatan keluarga yang menderita gastritis dengan baik. Memperjelas fungsi dan tugas, tanggung jawab serta akuntabilitas perawat dalam memberikan pelayanan secara profesional.

2. Bagi Institusi pendidikan

Meningkatkan khazanah ilmu pengetahuan, sebagai bahan masukan dalam meningkatkan mutu pendidikan dalam bidang asuhan keperawatan keluarga. Dan sebagai bahan – bahan wacana untuk menambah informasi tentang asuhan keperawatan keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Donna L, Wong... Et all. 2008. Buku Ajar Keperawatan Pedriatrik.
- Ester Monica, 2001. Keperawatan Medikal Bedah. Cetakan 1. Jakarta : EGC
- Halim Mobin. A, 2007. Panduan Praktis Ilmu Penyakit Dalam. Edisi 2. Cetakan 1. Jakarta : EGC.
- Handriyani Kristanti. 2009. Ramuan Herbal Pusaka Penyembuh 101 Penyakit. Cetakan 1. Yogyakarta : Fitri Kustaka.
- Henny Achyar, Komang Ayu. 2010. Aplikasi Praktik Asuhan Keperawatan Keluarga. Jakarta : CV Sagung Seto.
- Inayah, Iin. 2004 Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan. Edisi 1. Jakarta : Salemba Medika.
- Reeves. Charlene J. 2001. Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 1. Jakarta : Salemba Medika.
- Setiadi. 2008. Konsep Dan Proses Keperawatan Keluarga. Edisi Pertama. Cetakan Pertama. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Smeltzer, Suzane C. Editor Monica Ester. S. Kp. 2010. Buku Ajar keperawatan Medikal – Bedah Bunner & Suddarth. Edisi 8 Vol 3. Cetakan 1. Jakarta : EGC.
- Sudiharto, Editor Esty Wahyuniungsih. 2007. Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural. Cetakan pertama. Jakarta : EGC.

Sudoyo, Aru W, Daut Rizasyah, Setiohadi Bambang... Et all. Editor Topik Lidya Aida, Manjoer Arif, Shatri Hamzah... Et all. 2006. Buku Ajar Penyakit Dalam. Edisi IV Vol 2. Jakarta : FKUI.

Suyono Slamet. 2001. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jilid II. Edisi 3. Jakarta : FKUI.

Sylvia Andersen. Price. 2005. Patofisiologi : Konsep Klinik Proses penyakit. Cetakan 1. Jakarta : EGC.

Utama. Hendra. 2004. Buku Ajar Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut). Edisi 3. Jakarta : FKUI.

