

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Penyakit Gastritis**

##### **2.1.1 Pengertian**

Gastritis adalah inflamasi pada mukosa lambung yang ditetapkan berdasarkan gambaran dari histologis mukosa lambung. Gastritis berkaitan dengan proses inflamasi epitel pelapis lambung dan luka pada mukosa lambung. Istilah gastritis digunakan secara luas untuk gejala klinis yang timbul di abdomen bagian atas atau yang disebut daerah epigastrium (Watari, 2014 dalam Miftahussrur et al., 2021).

Gastritis merupakan suatu keadaan peradangan atau perdarahan mukosa lambung yang dapat bersifat akut, kronis, difus, atau local. Dua jenis gastritis yang sering terjadi adalah gastritis superficial akut dan gastritis atrofik kronik (Prince & Wilson, 2006 dalam Nurarif & Kusuma, 2015). Menurut Diyono & Mulyanti Sri (2013), gastritis adalah inflamasi pada mukosa lambung yang disertai kerusakan atau erosi pada mukosa.

Dapat disimpulkan berdasarkan penjelasan di atas bahwa gastritis adalah inflamasi pada mukosa lambung yang dapat bersifat akut, kronis, difus, atau local. Gastritis yang sering dijumpai adalah superficial akut dan gastritis atrofik kronik. Istilah gastritis digunakan secara luas untuk gejala yang timbul di abdomen bagian atas atau yang sering disebut epigastrium.

### 2.1.2 Etiologi

Penyebab gastritis yang paling umum adalah infeksi bakteri *Helicobacter pylori*. Gastritis yang disebabkan oleh infeksi *H. pylori* menjadi faktor risiko penting timbulnya ulkus peptikum beserta komplikasinya dan kanker lambung, karena *H. pylori* dapat menyebabkan kerusakan progresif pada mukosa lambung (Sugano, 2015 dalam Miftahussrur et al., 2021). Beberapa faktor lainnya yang dapat menyebabkan gastritis adalah konsumsi minuman alkohol, pola diet yang tidak baik, merokok, penggunaan obat dan substansi yang bersifat korosif, stres dan trauma (Ddine, 2012 dalam Miftahussrur et al., 2021). Penyakit sistemik non-infeksius seperti Crohn's disease, vaskulitis, alergi, dan eosinofilia dapat memengaruhi terjadinya gastritis (Wirth, 2016 dalam Miftahussrur et al., 2021).

Gastritis disebabkan oleh infeksi kuman *Helicobacter pylori* dan pada awal infeksi mukosa lambung menunjukkan respons inflamasi akut dan jika diabaikan akan menjadi kronik (Sudoyo Aru dkk, 2009 dalam Nurarif & Hardhi Kusuma, 2015). Gastritis akut biasanya disebabkan karena pola makan yang kurang tepat, baik dalam frekuensi maupun waktu yang tidak teratur selain karena faktor isi atau jenis makanan yang iritatif terhadap mukosa lambung. Makanan yang terkontaminasi dengan mikroorganisme juga dapat menyebabkan kondisi ini. Selain itu, gastritis akut juga sering disebabkan karena penggunaan obat seperti aspirin termasuk obat anti-inflamasi nonsteroid (*Non Steroid Anti Inflammation Drug/ NSAID*). Kebiasaan mengonsumsi alkohol, kafein, refluk bilier, dan terapi radiasi juga

dapat menjadi penyebab gastritis. Gastritis kronis merupakan kelanjutan dari gastritis akut yang terjadi karena faktor-faktor di atas, juga karena peran dari bakteri *Helicobacter Pylori* yang bahkan sering menyebabkan keganasan atau kanker lambung (Diyono & Mulyanti Sri, 2013)

### 2.1.3 Tanda dan Gejala

Gastritis memiliki tanda dan gejala yaitu :

- a. Mual dan muntah
- b. Hiperperistaltik
- c. Menggigil, demam
- d. Ansietas atau cemas, ketakutan
- e. Adanya peningkatan nadi
- f. Distensi atau penegangan abdomen
- g. Nyeri tekan abdominal (epigastrium)
- h. Dehidrasi (ringan, sedang, atau berat)(Dr.Judhy Eko Septiarso, 2013)

### 2.1.4 Klasifikasi

Klasifikasi gastritis dibagi menjadi 3 antara lain :

- a. Gastritis akut
  - 1) Gastritis akut tanpa perdarahan
  - 2) Gastritis akut dengan perdarahan (gastritis hemoragik atau gastritis erosiva)

Gastritis akut berasal dari makan terlalu banyak atau terlalu cepat, makan makanan yang terlalu berbumbu atau yang mengandung

mikroorganisme penyebab penyakit, iritasi bahan semacam alcohol, aspirin, NSAID, lisol, serta bahan korosif lain, refluks empedu atau cairan pankreas.

b. Gastritis kronik

Inflamasi lambung yang lama dapat disebabkan oleh ulkus benigna atau maligna dari lambung, atau oleh bakteri *Helicobacter pylori* (*H. pylori*).

c. Gastritis bacterial

Gastritis bacterial yang disebut juga gastritis infeksiosa, disebabkan oleh refluks dari duodenum (Wim de Jong et al dalam Nurarif & Hardhi Kusuma, 2015).

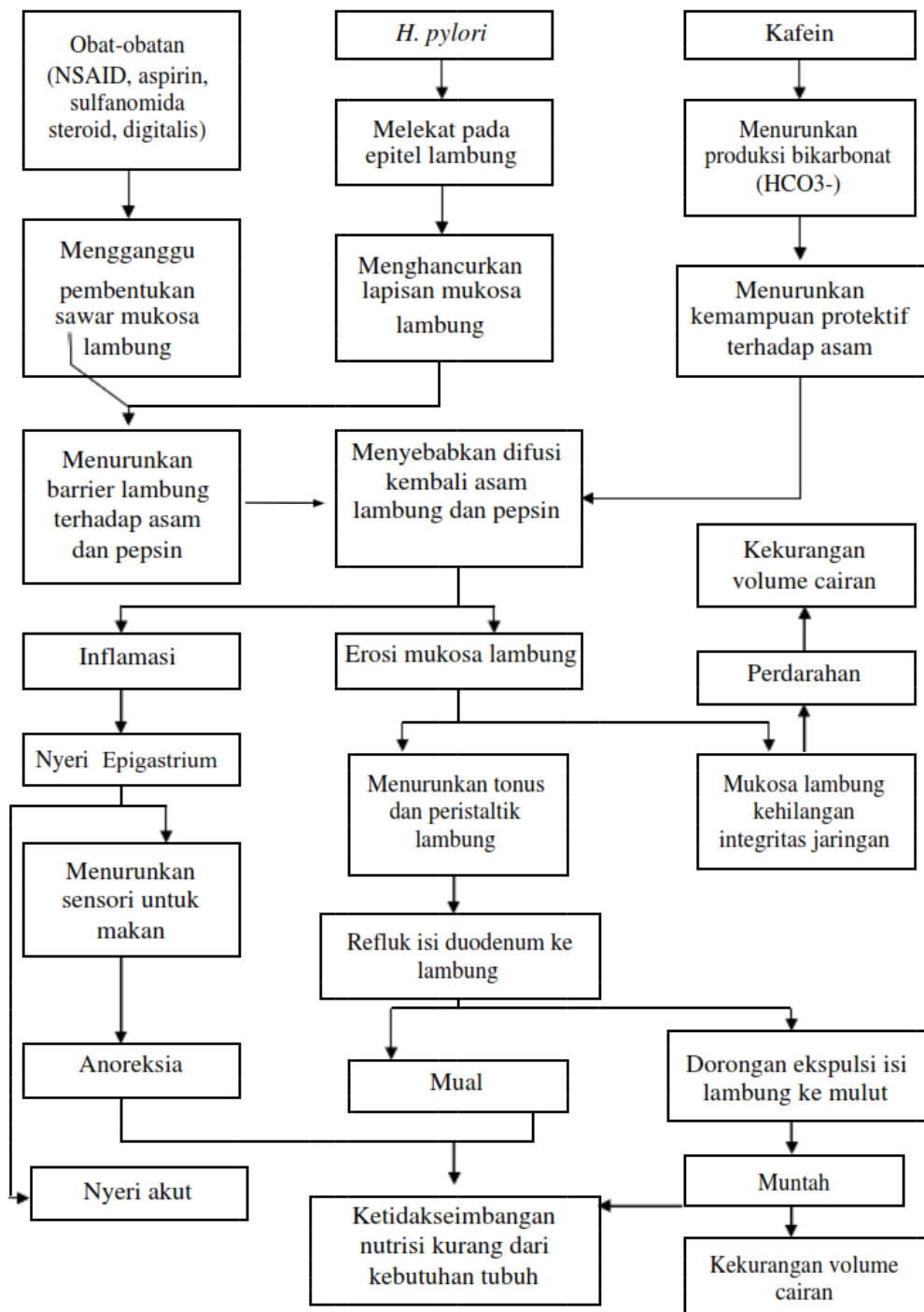
### 2.1.5 Patofisiologi

Inflamasi dalam waktu lama pada lambung disebabkan baik oleh bakteri *H. pylori*, Obat-obatan (NSAID, aspirin, sulfanomida steroid, digitalis) dan Kafein. Obat-obatan (NSAID, aspirin, sulfanomida steroid, digitalis) dapat mengganggu pembentukan sawat mukosa lambung, sedangkan *H. pylori* akan melekat pada epitel lambung yang berakibat menghancurkan lapisan mukosa lambung sehingga menurunkan barrier lambung terhadap asam dan pepsin. Salah satu yang menyebabkan inflamasi dalam waktu lama adalah kafein, kafein dapat menurunkan produksi bikarbonat yang dapat berakibat menurunkan kemampuan protektif terhadap asam (Black & Hawks, 2014).

Menurunkan barrier lambung terhadap asam dan pepsin akan berakibat difusi kembali asam lambung dan pepsin. Setelah itu, akan terjadi inflamasi dan erosi mukosa lambung. Inflamasi akan membuat nyeri epigastrium akan memunculkan masalah Nyeri akut sehingga menurunkan sensori untuk makan dan akan berakibat menjadi anoreksia. Mual, Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, Muntah, Kekurangan volume cairan, Erosi mukosa lambung akan menurunkan tonus dan peristaltik lambung serta mukosa lambung kehilangan integritas jaringan. Dari menurunnya tonus dan peristaltik lambung, maka akan terjadi refluk isi duodenum kelambung yang akan menyebabkan mual, serta dorongan ekspulsi isi lambung kemulut dan akhirnya muntah. Dengan adanya anoreksia, mual dan muntah akan memunculkan masalah Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh, selain itu dengan adanya muntah, mukosa lambung kehilangan integritas jaringan berakibat terjadinya perdarahan yang akan memunculkan masalah Kekurangan volume cairan (Black & Hawks, 2014).

## 2.1.6 Pathway

Bagan.1  
Pathway Gastritis



Sumber : Nurarif & Hardhi Kusuma, 2015

### 2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Penunjang pada gastritis antara lain :

- a. Pemeriksaan darah. Tes ini digunakan untuk memeriksa adanya antibodi *H.pylori* dalam darah. Hasil tes yang positif menunjukkan bahwa pasien pernah kontak dengan bakteri pada suatu waktu dalam hidupnya, tapi itu tidak menunjukkan bahwa pasien tersebut terkena infeksi. Tes darah dapat juga dilakukan untuk memeriksa anemia, yang terjadi akibat pendarahan lambung akibat gastritis
- b. Pemeriksaan pernapasan. Tes ini dapat menentukan apakah pasien terinfeksi oleh bakteri *H. pylori* atau tidak.
- c. Pemeriksaan feces. Tes ini memeriksa apakah terdapat *H. pylori* dalam feces atau tidak. Hasil yang positif dapat mengindikasikan terjadinya infeksi.
- d. Pemeriksaan Endoskopi saluran cerna bagian atas. Dengan tes ini dapat terlihat adanya ketidaknormalan pada saluran cerna bagian atas yang mungkin tidak terlihat dari sinar-X.
- e. Ronsen saluran cerna bagian atas. Tes ini akan melihat adanya tanda-tanda gastritis atau penyakit pencernaan lainnya. Biasanya akan diminta menelan cairan barium terlebih dahulu sebelum dilakukan ronsen. Cairan ini akan melapisi saluran cerna dan akan terlihat lebih jelas ketika dironsen (Nurarif & Hardhi Kusuma, 2015).

### 2.1.8 Penatalaksanaan

Pelaksanaan Gastritis terbagi menjadi 2 diantaranya :

a. Gastritis akut.

Faktor utama adalah dengan menghilangkan etiologinya, diet lambung dengan porsi kecil dan sering. Obat-obatan ditujukan untuk mengatur sekresi asam lambung berupa antagonis reseptor H<sub>2</sub>, Inhibitor pompa proton, antikolinergik dan antasid juga ditujukan sebagai sifoprotektor berupa sukralfat dan prostaglandin. Penatalaksanaan sebaiknya meliputi pencegahan terhadap setiap pasien dengan resiko tinggi, pengobatan terhadap penyakit yang mendasari dan menghentikan obat yang dapat menjadi penyebab, serta dengan pengobatan suportif.

Pencegahan dapat dilakukan dengan pemberian antasida dan antagonis H<sub>2</sub> sehingga mencapai PH lambung 4. Meskipun hasilnya masih jadi perdebatan, tetapi pada umumnya tetap dianjurkan. Pencegahan ini terutama bagi pasien yang menderita penyakit dengan keadaan klinis yang berat. Untuk pengguna aspirin atau anti inflamasi nonsteroid pencegahan: yang terbaik adalah dengan Misoprostol, atau Derivat Prostaglandin.

Penatalaksanaan medikal untuk gastritis akut dilakukan dengan menghindari alkohol dan makanan sampai gejala berkurang. Bila gejala menetap, diperlukan cairan intravena. Bila terdapat perdarahan, penatalaksanaan serupa dengan pada hemoragi saluran gastrointestinal



atas. Bila Gastritis terjadi karena alkali kuat, gunakan jus karena adanya bahaya perforasi.

b. Gastritis kronis

Faktor utama ditandai oleh kondisi progresif epitel kelenjar disertai s panetal dan chief cell Dinding lambung menjadi tipis dan muko mempunyai permukaan yang rata, Gastritis kronis ini digolongkan menjadi dua kategori Tipe A (Altrofik atau Fundal) dan tipe B (Antral). Gastritis kronis Tipe A disebut juga gastritis altrofik atau fundal, karena gastritis terjadi pada bagian fundus lambung. Gastritis kronis Tipe A merupakan suatu penyakit autoimun yang disebabkan oleh adanya autoantibodi terhadap sel parietal kelenjar lambung dan faktor intrinsik Tidak adanya sel parietal dan Chief Cell dapat menurunkan sekresi asam dan menyebabkan tingginya kadar gastrin. Gastritis kronis Tipe B disebut juga sebagai gastritis antral karena umumnya mengenai daerah atrium lambung dan lebih sering terjadi dibandingkan dengan Gastritis kronis Tipe A. Penyebab utama gastritis Tipe adalah infeksi kronis oleh *Helicobacter Pylory*. Faktor etiologi gastritis kronis lainnya adalah asupan alkohol yang berlebihan, merokok, dan refluks yang dapat mencetuskan terjadinya ulkus peptikum dan karsinoma.

Pengobatan gastritis kronis bervariasi, tergantung pada penyakit yang dicurigai Bila terdapat ulkus duodenum, dapat diberikan antibiotik untuk membatasi *Helicobacter Pylory*. Namun demikian lesi tidak selalu muncul dengan gastritis kronis Alkohol dan obat yang diketahui

mengiritasi lambung harus dihindari. Bila terjadi anemia defisiensi besi (yang disebabkan oleh perdarahan kronis), maka penyakit ini harus diobati. Pada anemia pernisiiosa harus diberi pengobatan vitamin B12 dan terapi yang sesuai. Gastritis kronis diatasi dengan memodifikasi diet dan meningkatkan istirahat serta memulai farmakoterapi *Helicobacter Pylory* dapat diatasi dengan antibiotik (seperti Tetrasiklin atau Amoxicillin) dan garam bismuth (Pepto bismol). Pasien dengan Gastritis Tipe A biasanya mengalami malabsorpsi vitamin B12 (Nurarif & Hardhi Kusuma, 2015).

### **2.1.9 Komplikasi**

Komplikasi terbagi menjadi 2 bagian antara lain :

a. Gastritis Akut

Pada komplikasi gastritis akut muncul beberapa masalah seperti perdarahan pada saluran cerna seperti muntah darah atau hematemesis serta bab bercampur darah atau melena pada kasus parah dapat mengakibatkan shock hemoragic namun pada masalah saluran cerna bagian atas sering kali timbul persamaan dengan kejadian ulkus peptikum namu yang menjadi dasar perbedaan mendiagnostik melalui pemeriksaan endoskopi dengan melihat faktor utama dari ulkus peptikum.

b. Gastritis Kronis

Pada Gastritis kronis terjadi Perdarahan pada saluran cerna bagian atas, ulkus, perforasi dan anemia disebabkan ketidakseimbangan

absorpsi vitamin B12 (Hardi & Huda Amin, 2015 dalam Swardin, 2022). Masalah keperawatan yang sering dijumpai adalah nyeri untuk lebih lanjutnya akan dijelaskan dibawah ini

## **2.2 Nyeri akut akibat Gastritis**

Gastritis dapat menyebabkan nyeri ulu hati hebat yang bersifat sementara sehingga diagnosa yang sering muncul adalah nyeri akut.

### **2.2.1 Pengertian Nyeri**

Nyeri adalah respons subjektif terhadap stressor fisik dan psikologis. Semua individu mengalami nyeri pada beberapa tempat selama kehidupan mereka. Meskipun nyeri biasanya dialami sebagai ketidaknyamanan dan ketidakinginan, nyeri juga memberikan peran perlindungan, memberi peringatan terhadap kemungkinan kondisi yang mengancam Kesehatan (LeMone et al., 2016).

### **2.2.2 Pengkajian Nyeri**

Pengkajian pada masalah yang dilakukan adalah riwayat nyeri, serta keluhan nyeri seperti lokasi nyeri, intensitas nyeri, kualitas, dan waktu serangan. Pengkajian dilakukan dengan cara PQRST, yaitu sebagai berikut.

- a. P (pemicu), yaitu factor yang memengaruhi gawat atau ringannya suatu nyeri
- b. Q (quality) dari nyeri, seperti apakah rasa tajam, tumpul, atau tersayat
- c. R (region), yaitu daerah perjalanan nyeri
- d. S (severity) adalah keparahan atau intensitas nyeri

- e. T (time) adalah lama/waktu serangan atau frekuensi nyeri (Hidayat, A. A, 2013).

### 2.2.3 Jenis Nyeri

Jenis – jenis nyeri terbagi menjadi 2 antara lain :

- a. Nyeri akut

Nyeri akut memiliki awitan mendadak, biasanya membuat diri menjadi terbatas, dan terlokalisasi. Penyebab nyeri akut umumnya dapat diidentifikasi ("Saya tersandung dan pergelangan kaki saya terkilir; sekarang sakit sekali"). Awitan biasanya mendadak, paling sering terjadi akibat cedera jaringan karena trauma, pembedahan, atau inflamasi. Nyeri biasanya tajam dan terlokalisasi, meskipun dapat menjalar. Penyembuhan jaringan mengurangi nyeri. Tiga jenis utama nyeri akut meliputi:

- 1) Nyeri somatik yang dalam dan bagian dalam kulit, yang berasal dari reseptor saraf yang berasal dari kulit (mis., dari laserasi), jaringan subkutan, atau struktur tubuh dalam seperti periosteum, otot, tendon, sendi, dan pembuluh darah (mis., nyeri akut akibat fraktur atau keseleo). Nyeri somatik dapat tajam dan terlokalisasi dengan baik, atau tumpul dan menjalar.
- 2) Nyeri viseral, yang berasal dari organ tubuh. Nyeri viseral bersifat tumpul dan tidak terlokalisasi dengan baik karena jumlah nosiseptor yang rendah. Visera bersifat sensitif terhadap luka garukan, inflamasi, dan iskemia, tetapi relatif tidak sensitif terhadap luka

potong dan suhu yang ekstrem. Nyeri viseral sering menjalar atau berhubungan. Nyeri viseral ini dapat ditunjukkan dengan kram yang mendalam, nyeri robek atau bacokan, nyeri sementara, atau nyeri kolik. Batu ginjal melewati ureter ke kandung kemih menyebabkan nyeri viseral yang berat dan akut.

- 3) Nyeri yang diungkapkan merupakan nyeri yang dirasakan di area yang jauh dari tempat stimulus. Nyeri ini biasanya terjadi pada nyeri yang berasal dari visera toraks atau abdominal. Sinaps serat sensorik viseral terdapat pada tingkat medula spinalis, dekat dengan serat yang menyuplai saraf ke bagian jaringan subkutan tubuh. Misalnya, saraf frenik, yang menyuplai saraf ke bagian pusat diafragma menuju medula spinalis pada tingkat C3 hingga C5 nyeri yang berasal dari diafragma atau peritoneum parietal yang melintanginya (mis., peritonitis) dapat dirasakan sebagai nyeri bahu. Bagian nyeri yang C5 tunjuk ditentukan selama perkembangan embriolog.

Nyeri akut memperingatkan cedera aktual atau potensial terhadap jaringan. Sebagai stresor, nyeri ini memulai respons stres autonomik *fight or flight*. Respons fisik yang khas meliputi takikardia, pernapasan yang cepat dan dangkal, peningkatan tekanan darah, dilatasi pupil, berkeringat, dan pucat. Nyeri disertai dengan mual dan muntah. Spasme otot refleks sekunder dapat terjadi, meningkatkan nyeri. Individu yang mengalami nyeri akut merespons ancaman ini dengan ansietas dan ketakutan. Respons psikologis ini lebih lanjut dapat meningkatkan

respons fisik terhadap nyeri akut. Kotak Hubungan Patofisiologi yang terlampir menjelaskan manifestasi nyeri yang disertai dengan penjelasan patofisiologi yang mendasari manifestasi.

b. Nyeri Kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang memanjang, atau nyeri yang menetap setelah kondisi yang menyebabkan nyeri tersebut hilang. Meskipun penyebabnya dapat diidentifikasi (arthritis, kanker, sakit kepala migrain, neuropati diabetik), nyeri kronis tidak selalu memiliki penyebab yang dapat diidentifikasi. Pada beberapa kasus, nyeri dapat dicetuskan oleh kerusakan yang disebabkan oleh penyakit yang menetap setelah penyakit sembuh (mis., kerusakan saraf sensorik atau kontraksi otot refleks). Pada kasus lain, ketidakseimbangan mekanisme modulasi nyeri diyakini sebagai penyebab nyeri yang terus-menerus. Ketidakseimbangan ini dapat berhubungan dengan perubahan sistem saraf perifer, seperti peningkatan sensitivitas neuron terhadap stimulus (ambang batas nyeri yang lebih rendah) atau generasi impuls spontan akibat kerusakan neuron. Perubahan pada radiks dorsalis, medula spinalis, dan otak juga memengaruhi modulasi nyeri. Stimulasi yang berulang pada saraf perifer menyebabkan peningkatan respons elektrik yang progresif pada sistem saraf pusat (SSP), mengakibatkan nyeri yang lebih kuat dan lama.

Tidak seperti nyeri akut, nyeri kronis memiliki neurofisiologi dan tujuan yang jauh lebih kompleks dan sulit dipahami. Nyeri kronis yang

persisten sering tidak memberikan fungsi yang bermanfaat. Nyeri itu sendiri menjadi masalah, membuat stres fisik, psikososial, dan ekonomi pada individu yang sakit dan keluarganya. Selanjutnya, faktor fisiologis dan emosional dapat menyebabkan nyeri atau memperburuknya. Terdapat hubungan yang jelas antara nyeri kronis dan depresi, mengindikasikan fisiologi umum pada gangguan ini (Porth & Marlin, 2009).

Nyeri kronis dapat dibagi menjadi tiga kategori:

- 1) Nyeri akut berulang, dicirikan dengan episode nyeri yang mudah ditemukan dan diselingi dengan episode bebas nyeri. Sakit kepala migrain merupakan contoh nyeri akut berulang.
- 2) Nyeri maligna kronis, disebabkan oleh berkembangnya penyakit yang mengancam jiwa atau berkaitan dengan terapi. Nyeri kanker merupakan jenis nyeri maligna kronis.
- 3) Nyeri nonmaligna kronis, nyeri yang tidak mengancam jiwa dan tidak terjadi melebihi waktu penyembuhan yang diharapkan. Nyeri punggung bawah kronis, penyebab utama penderitaan dan merupakan penyita waktu kerja, masuk ke dalam kategori ini (LeMone et al., 2016).

#### **2.2.4 Penilaian Nyeri**

Penilaian nyeri merupakan elemen yang penting untuk menentukan terapi nyeri yang efektif. Skala penilaian nyeri dan keterangan pasien digunakan

untuk menilai derajat nyeri. Intensitas nyeri harus dinilai sedini mungkin selama pasien dapat berkomunikasi dan menunjukkan ekspresi nyeri yang dirasakan. Penilaian terhadap intensitas nyeri dapat menggunakan beberapa skala yaitu:

a. Skala Nyeri Deskriptif

Skala nyeri deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang objektif. Skala ini juga disebut sebagai skala pendeskripsian verbal / *Verbal Descriptor Scale* (VDS) merupakan garis yang terdiri tiga sampai lima kata pendeskripsian yang tersusun dengan jarak yang sama disepanjang garis. Pendeskripsian ini mulai dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri tak tertahankan”, dan pasien diminta untuk menunjukkan keadaan yang sesuai dengan keadaan nyeri saat ini.

Gambar.1

Skala Nyeri Deskriptif



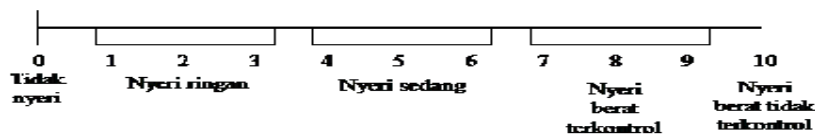
Sumber : Mubarak et al., 2015

b. *Numerical Rating Scale* (NRS) (Skala numerik angka)

Pasien menyebutkan intensitas nyeri berdasarkan angka 0 – 10. Titik 0 berarti tidak nyeri, 5 nyeri sedang, dan 10 adalah nyeri berat yang tidak tertahankan. NRS digunakan jika ingin menentukan berbagai perubahan pada skala nyeri, dan juga menilai respon turunnya nyeri pasien terhadap terapi yang diberikan.



Gambar.2  
Skala Nyeri *Numerical Rating Scale*



Sumber : Mubarak et al., 2015

c. *Faces Scale* (Skala Wajah)

Pasien disuruh melihat skala gambar wajah. Gambar pertama tidak nyeri (anak tenang) kedua sedikit nyeri dan selanjutnya lebih nyeri dan gambar paling akhir, adalah orang dengan ekspresi nyeri yang sangat berat. Setelah itu, pasien disuruh menunjuk gambar yang cocok dengan nyerinya. Metode ini digunakan untuk pediatri, tetapi juga dapat digunakan pada geriatri dengan gangguan kognitif (Mubarak et al., 2015).

Gambar.3  
Skala Nyeri *Faces Scale*



Sumber : Mubarak et al., 2015

### 2.2.5 Pengertian Nyeri Akut

Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau yang digambarkan sebagai kerusakan (International Association for the Study of Pain). Nyeri ini bisa tiba-tiba datang dengan Intensitas ringan hingga berat, dengan berakhirnya dapat diantisipasi atau diprediksi, dan dengan durasi kurang dari 3 bulan (Nurarif & Hardhi Kusuma, 2015). Menurut SDKI

(2016), nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

### **2.2.6 Penyebab Nyeri akut**

Penyebab dari nyeri akut antara lain :

1. Agen pencedera Fisiologis (mis, inflamasi, iskemia, neoplasma)
2. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
3. Agen pencedera fisik (mis, abses, amputasi, terbakar, terpotong. mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

(SDKI,2016)

### **2.2.7 Gejala dan Tanda Nyeri Akut**

Gejala dan tanda mayor dari nyeri akut adalah :

Subjektif : Mengeluh nyeri

Objektif :

- a. Tampak meringis
- b. Bersikap protektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri)
- c. Gelisah
- d. Frekuensi nadi meningkat
- e. Sulit tidur (SDKI (2016)

Gejala dan tanda minor

Gejala dan tanda minor dari nyeri akut adalah :

Subjektif : tidak tersedia

Objektif :

1. Tekanan darah meningkat
2. Pola napas berubah
3. Nafsu makan berubah
4. Proses berpikir terganggu
5. Menarik diri
6. Berfokus pada diri sendiri
7. Diaforesis (SDKI (2016))

### **2.2.8 Patofisiologi Nyeri akut**

Inflamasi dalam waktu lama pada lambung disebabkan baik oleh bakteri *H. pylori*, Obat-obatan (NSAID, aspirin, sulfanomida steroid, digitalis) dan Kafein. Obat-obatan (NSAID, aspirin, sulfanomida steroid, digitalis) dapat mengganggu pembentukan sawat mukosa lambung sehingga menurunkan barrier lambung terhadap asam dan pepsin. Menurunkan barrier lambung terhadap asam dan pepsin akan berakibat difusi kembali asam lambung dan pepsin. Setelah itu, akan terjadi inflamasi dan erosi mukosa lambung. Inflamasi akan membuat nyeri epigastrium akan memunculkan masalah nyeri akut (Black & Hawks, 2014).

### 2.2.9 Pelaksanaan Nyeri

Pelaksanaan nyeri terbagi menjadi 2 diantaranya :

a. Nyeri Akut

Farmakologis

Pain Management

- 1) Lakukan pengkajian komprehensif nyeri secara lokasi, termasuk karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
- 2) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
- 3) Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien
- 4) Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri
- 5) Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau
- 6) Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau
- 7) Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
- 8) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
- 9) Kurangi faktor presipitasi nyeri
- 10) Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal)
- 11) Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
- 12) Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
- 13) Evaluasi keefektifan kontrol nyeri

- 14) Tingkatkan istirahat
- 15) Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
- 16) Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri

#### Analgesic Administration

- a) Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
- b) Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi
- c) Cek riwayat alergi
- d) Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesic ketika pemberian lebih dari satu
- e) Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri
- f) Tentukan analgesic pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal
- g) Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur
- h) Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali
- i) Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat
- j) Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala (Nurarif & Hardhi Kusuma, 2015)

### Non Farmakologis

#### Kompres panas (1.08235)

- (1) Pilih metode kompres yang nyaman dan mudah didapat (mis, kantong plastik tahan air, botol air panas, bantalan pemanas listrik)
- (2) Pilih lokasi kompres
- (3) Balut alat kompres panas dengan kain pelindung, jika perlu
- (4) Lakukan kompres panas pada daerah yang cedera Selama 15-20  
Selama 4 Kali Sehari
- (5) Hindari penggunaan kompres pada jaringan yang terpapar terapi radiasi

#### b. Nyeri Kronis

##### Farmakologis

- 1) Bantu klien dalam membuat keputusan tentang memilih strategi manajemen nyeri tertentu.
- 2) Menggali kebutuhan obat dari tiga golongan analgesik: opioid (narkotika), non-opioid (asetaminofen, penghambat Cox-2, dan obat antiinflamasi nonsteroid [NSAID]), dan obat tambahan.
- 3) Dapatkan resep untuk menambah atau mengurangi dosis analgesik bila diindikasikan. Mendasarkan resep pada laporan klien tentang keparahan nyeri dan tujuan kenyamanan/fungsi dan respons terhadap dosis sebelumnya dalam hal kelegaan, efek samping, dan kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari dan rejimen terapeutik yang ditentukan.

- 4) Jika dosis opioid dinaikkan, pantau sedasi dan status pernapasan untuk waktu yang singkat.
- 5) Didik klien tentang pendekatan manajemen nyeri yang telah dipesan, termasuk terapi, pemberian obat, efek samping, dan komplikasi.
- 6) Diskusikan ketakutan klien akan rasa sakit yang tidak diobati, kecanduan, dan overdosis.
- 7) Rencanakan aktivitas perawatan di sekitar periode paling nyaman jika memungkinkan.
- 8) Periksa sumber daya yang relevan untuk penatalaksanaan nyeri dalam jangka panjang (misalnya hospis, pusat perawatan nyeri).
- 9) Validasi perasaan dan emosi klien tentang status kesehatan saat ini.
- 10) Rujuk klien dan keluarga ke kelompok dukungan masyarakat dan kelompok swadaya untuk orang yang mengatasi nyeri kronis.
- 11) Rujuk klien ke terapi fisik untuk penilaian dan evaluasi.
- 12) Beri klien dan keluarga informasi yang memadai tentang nyeri kronis dan pilihan yang tersedia untuk penatalaksanaan nyeri.

#### Non Farmakologis

- a) Akupunktur
- b) Akupresur
- c) Distraksi Distraksi
- d) Memijat area yang sakit
- e) Latihan relaksasi progresif

f) Guided imagery (Cohen, SP, Vase, L., & Hooten, 2021)

## 2.3 Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Nyeri Akut Akibat Gastritis

### 2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari awal dari proses keperawatan dimana seorang perawat mulai mengumpulkan informasi tentang keluarga yang dibinanya. Tahap pengkajian ini merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status Kesehatan keluarga (Lyer at al., 1996 dalam Setiawan, 2016). Dasar pemikiran dari pengkajian adalah suatu perbandingan, ukuran atau penilaian mengenai keadaan keluarga dengan menggunakan norma, nilai, prinsip, aturan, harapan, teori, dan konsep, yang berkaitan dengan permasalahan. Yang perlu dikaji dalam keluarga adalah :

#### a. Data Umum

Data umum pada keluarga menurut Setiawan (2016):

1. Nama kepala keluarga (KK) : diisi tentang kepala keluarga inti
2. Alamat dan telepon : diisi tentang jalan, RT, RW, kelurahan, wilayah kerja puskesmas dan nomor telepon jika ada
3. Pekerjaan kepala keluarga : diisi tentang pekerjaan utama kepala keluarga
4. Pendidikan kepala keluarga : diisi tentang Pendidikan kepala keluarga



5. Komposisi keluarga : diisi tentang semua data keluarga yang tinggal serumah saat ini

Tabel.1  
Komposisi Keluarga

| No | Nama | L/P | Hubungan Kel. | Umur | Pendidikan | Imunisasi | KB |
|----|------|-----|---------------|------|------------|-----------|----|
|----|------|-----|---------------|------|------------|-----------|----|

Sumber : Setiawan, 2016

(peningkatan gastritis sering terjadi pada perempuan dan lebih sering dialami oleh rentang usia 15-24 tahun yang merupakan kategori remaja dan pendidikan SMA sampai dengan mahasiswa) (Cantika P et al., 2022).

Genogram keluarga merupakan sebuah diagram yang menggambarkan konstelasi keluarga atau pohon keluarga. Genogram yang diisikan minimal tiga generasi. Genogram juga dapat menentukan tipe dari keluarga. Silsilah keluarga ini juga untuk mengetahui mengenai apakah ada penyakit keturunan seperti darah tinggi, jantung, kencing manis dan penyakit menular seperti hepatitis, HIV, TBC dari salah satu anggota keluarga.

6. Tipe Keluarga

Menjelaskan mengenai jenis tipe/bentuk keluarga beserta kendala atau masalah-masalah yang terjadi dengan jenis tipe atau bentuk keluarga tersebut.

7. Suku bangsa

Mengkaji asal suku bangsa keluarga tersebut serta mengidentifikasi budaya suku bangsa tersebut terkait dengan kesehatan. Kalau ada perbedaan dalam keluarga bagaimana keluarga beradaptasi terhadap perbedaan tersebut, apakah berhasil atau tidak dan kesulitan kesulitan yang masih dirasakan sampai saat ini sehubungan dengan proses adaptasi tsb.

#### 8. Agama

Mengkaji agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan. Apakah berasal dari agama dan kepercayaan yang sama, kalau tidak bagaimana proses adaptasi dilakukan dan bagaimana hasilnya.

#### 9. Status sosial ekonomi keluarga

Status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik oleh kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya. Selain itu status sosial ekonomi keluarga ditentukan pula oleh kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga. Tingkat status sosial ekonomi: adekuat bila keluarga telah dapat memenuhi kebutuhan primer maupun sekunder dan keluarga mempunyai tabungan: marginal bila keluarga tidak mempunyai tabungan dan dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari, miskin bila keluarga tidak dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari secara maksimal, sangat miskin bila keluarga harus dibantu dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari.

## 10. Aktivitas rekreasi keluarga

Rekreasi keluarga tidak hanya dilihat kapan saja keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu namun dengan menonton TV dan mendengarkan radio juga merupakan aktifitas rekreasi. Seberapa sering rekreasi dilakukan dan apa kegiatan yang dilakukan baik oleh keluarga ser keseluruhan maupun oleh anggota keluarga. Eksplorasi perasaan keluarga setelah berekreasi, apakah keluarga puas atau tidak. Rekreasi dibutuhkan untuk memperkuat dan mempertahankan ikatan keluarga, memperbaiki perasaan masing-masing anggota keluarga curah pendapat atau sharing. menurunkan ketegangan dan untuk bersenang-senang.

### **b. Riwayat tahap perkembangan keluarga**

#### 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga ditentukan dengan anak tertua dari keluarga inti.

#### 2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Menjelaskan mengenai tugas perkembangan yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi.

#### 3) Riwayat keluarga inti

Menjelaskan mengenai bagaimana keluarga terbentuk (co. apakah pacaran sebelum menikah, dijodohkan, terpaksa, dll).

#### 4) Riwayat keluarga sebelumnya

Dijelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga dari pihak suami dan istri, riwayat kesehatan pada keluarga inti yang meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian terhadap pencegahan penyakit (status imunisasi), sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga, pengalaman-pengalaman terhadap pelayanan kesehatan serta perilaku atau kebiasaan anggota keluarga seperti merokok, atau meminum alcohol).

### **c. Data Lingkungan**

#### 1) Karakteristik rumah

Karakteristik rumah diidentifikasi dengan melihat luas rumah, tipe rumah, jumlah ruangan, jumlah jendela, pemanfaatan ruangan, peletakan perabot rumah tangga, jenis septicktank, jarak septicktank dengan sumber air minum yang digunakan serta denah rumah. Untuk lingkungan psikologis penderita gastritis seperti menghindari konflik dalam keluarga agar salah satu anggota keluarga dapat terhindar dari stress.

#### 2) Karakteristik tetangga dan komunitas RW

Menjelaskan mengenai karakteristik tetangga meliputi urban, sub urban, pedesaan hunian, industri, agraris, bagaimana keamanan jalan yang digunakan. Karakteristik komunitas setempat meliputi kebiasaan, lingkungan fisik, aturan atau kesepakatan penduduk

setempat, budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan, pekerjaan masyarakat. umumnya, tingkat kepadatan penduduk, stabil atau tidak, yayasan Kesehatan atau yayasan sosial yang ada dan tingkat kejahatan yang terjadi.

3) Mobilitas geografis keluarga

Mobilitas geografis keluarga ditentukan dengan kebiasaan keluarga berpindah tempat. Tinggal didaerah yang sekarang sudah berapa lama dan apakah sudah dapat beradaptasi dengan lingkungan setempat.

4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Menjelaskan mengenai waktu yang digunakan oleh keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada dan sejauh mana keluarga interaksinya dengan masyarakat. Kepuasan dalam keterlibatan dengan perkumpulan atau pelayanan yang ada. Bagaimana persepsi keluarga terhadap masyarakat sekitarnya.

5) Sistem pendukung keluarga

Yang termasuk pada sistem pendukung keluarga adalah jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas-fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang Kesehatan dan juga jika terdapat masalah lebih sering bercerita kepada siapa apakah bapa atau ibu atau hanya dipendam sendiri. Fasilitas mencakup fasilitas fisik, fasilitas psikologis atau dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas sosial

atau dukungan dari masyarakat setempat. Dapat digambarkan dengan menggunakan genogram dan ecomap.

**d. Struktur keluarga**

1) Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan mengenai cara atau pola berkomunikasi antar anggota keluarga. Pola komunikasi fungsional bila komunikasi dilakukan secara efektif, proses komunikasi berlangsung dua arah dan saling memuaskan kedua belah pihak. Komunikasi disfungsional bila komunikasi tidak fokus pada 1 ide pembicaraan sehingga pesan tidak jelas, bila bertahan pada pendapat masing-masing dan tidak dapat menerima pendapat orang lain sehingga pembicaraan menjadi buntu atau tidak berkembang, serta bila ada pesan-pesan penting yang ditutupi padahal penting untuk dibicarakan.

2) Struktur kekuatan keluarga

Bagaimana proses pengambilan keputusan : konsensus bila perbedaan masih dapat disatukan, proses pengambilan keputusan yang paling sehat, akomodasi bila perbedaan tidak dapat disatukan (tawar-menawar, kompromi, paksaan); de facto bila keputusan diserahkan kepada yang melaksanakan.

3) Struktur peran (formal dan informal)

Menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal (suami-istri, ayah-ibu, anak-sanak saudara, dsb.) maupun informal (pergamonis, pendamai, penghalang dominator,

penyalah keras hati, sahabat, penghibur, perawat keluarga, penghubung keluarga, dsb.) dan bagaimana pelaksanaannya. Apakah ada yang mempengaruhi pelaksanaannya dan jika ada salah satu anggota yang sakit gastritis perannya itu digantikan oleh siapa.

4) Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai dan norma yang dianut oleh keluarga, yang berhubungan dengan kesehatan. Bagaimana nilai dan norma menjadi suatu keyakinan dan diinterpretasikan dalam bentuk perilaku. Apakah perilaku ini dapat diterima oleh masyarakat dan apakah dapat diterima oleh masyarakat. Apakah ada tidak nilai yang bertentangan dengan Kesehatan.

**e. Fungsi keluarga**

1) Fungsi afektif

Hal yang perlu dikaji dari aspek psikologis yaitu gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya bila ada salah satu anggota yang sakit gastritis, bagaimana kehangatan tercipta pada anggota keluarga dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai.

2) Fungsi Sosial

Hal yang perlu dikaji bagaimana membesarkan anak syang melakukan, adakah budaya-budaya yang mempengaruhi pola

pengasuhan ada masalah dalam memberikan pola pengasuhan dan bagaimana keamanan dalam memberikan pengasuhan.

3) Fungsi reproduksi

Hal yang perlu dikaji mengenai fungsi reproduksi adalah: berapa jumlah anak, bagaimana keluarga merencanakan jumlah anggota keluarga, metode apa yang digunakan keluarga dalam upaya pengendalian jumlah anggota keluarga, pola hubungan seksual

4) Fungsi ekonomi

Hal yang perlu dikaji mengenai fungsi ekonomi keluarga adalah : sejauh mana keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan dan papan, sejauhmana keluarga memanfaatkan sumber yang ada di masyarakat dalam upaya peningkatan status kesehatan keluarga.

5) Fungsi perawatan Kesehatan

Menjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan makanan berserat tinggi seperti biji – bijian, buah – buahan, sayuran, kacang – kacangan, makanan rendah lemak seperti ikan dan daging tanpa lemak, makanan rendah garam, pakaian, perlindungan serta merawat anggota keluarga yang sakit gastritis. Sejahtera mana pengetahuan keluarga mengenai sehat-sakit. Kesanggupan keluarga didalam melaksanakan perawatan kesehatan dapat dilihat dari kemampuan keluarga melaksanakan 5 tugas kesehatan keluarga terkait dengan gastritis yaitu :



- a) Mengenal masalah Kesehatan nyeri akibat gastritis pada salah satu anggota.

Maka perlu dikaji sejauhmana keluarga mengetahui masalah kesehatan mengenai gastritis, meliputi pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan yang mempengaruhinya serta persepsi keluarga terhadap masalah.

- b) Mengambil keputusan mengatasi nyeri akibat gastritis pada salah satu anggota keluarga yang mengalami gastritis.

(1) Sejauhmana kemampuan keluarga mengerti tentang sifat dan luasnya masalah ?

(2) Apakah masalah kesehatan dirasakan oleh keluarga ?

(3) Apakah keluarga merasa menyerah terhadap masalah kesehatan yang di alami ?

(4) Apakah keluarga merasa takut akan akibat dari penyakit gastritis ?

(5) Apakah keluarga mempunyai sikap negatif terhadap masalah kesehatan ?

(6) Apakah keluarga dapat menjangkau fasilitas kesehatan yang ada ?

(7) Apakah keluarga mendapat informasi yang salah terhadap tindakan dalam mengatasi masalah ?

- c) Kemampuan merawat anggota keluarga yang sakit nyeri akibat gastritis pada salah satu anggota keluarga yang mengalami gastritis.

Kemampuan memelihara lingkungan dan menggunakan sumber atau fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat, maka perlu dikaji :

- (1) Apakah keluarga mempunyai sumber daya dan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan ?
- (2) Apakah keterampilan keluarga mengenai perawatan yang diperlukan memadai ?
- (3) Apakah keluarga mempunyai pandangan negatif terhadap perawatan yang diperlukan ?
- (4) Apakah keluarga mengetahui upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit ?
- (5) Apakah keluarga merasa takut akan akibat tindakan (diagnostik, pengobatan dan rehabilitasi) ?
- (6) Bagaimana kehidupan keluarga berkaitan dengan upaya perawatan dan pencegahan dimulai dari kebiasaan keluarga ?

- d) Kemampuan keluarga memelihara atau memodifikasi lingkungan nyeri akibat gastritis pada salah satu anggota keluarga yang mengalami gastritis.

Memelihara lingkungan rumah yang sehat, maka perlu dikaji :

- (1) Sejauhmana keluarga melihat keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan ?
  - (2) Sejauhmana keluarga mengetahui pentingnya hygiene dan sanitasi ?
  - (3) Sejauhmana keluarga mengetahui upaya pencegahan penyakit gastritis ?
  - (4) Bagaiman sikap atau pandangan keluarga terhadap hygiene dan sanitasi ?
- e) Kemampuan menggunakan fasilitas pelayanan Kesehatan nyeri akibat gastritis pada salah satu anggota keluarga yang mengalami gastritis.

Hal yang perlu dikaji :

- (1) Sejauhmana keluarga mengetahui keberadaan fasilitas kesehatan ?
- (2) Sejauhmana keluarga memahami keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan ?
- (3) Sejauhmana tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan ?
- (4) Apakah keluarga mempunyai pengalaman yang kurang baik terhadap petugas kesehatan ?
- (5) Apakah fasilitas kesehatan yang ada terjangkau oleh keluarga ? (Nadirawati, 2018)

**f. Stress dan Koping keluarga**

## 1) Stressor jangka pendek dan Panjang

Stresor jangka pendek pada klien gastritis : stresor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu  $\pm$  6 bulan misalnya stress saat nyeri yang dialami klien.

Stresor jangka Panjang pada klien gastritis : stresor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari 6 bulan.

## 2) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi/stresor

Hal yang perlu dikaji adalah sejauh mana keluarga berespons terhadap situasi stresor.

## 3) Strategi koping yang digunakan

Strategi koping apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.

## 4) Strategi adaptasi disfungsional

Dijelaskan mengenai strategi adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.

**g. Pemeriksaan kesehatan tiap individu anggota keluarga**

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga. Metode yang digunakan pada pemeriksaan fisik tidak berbeda dengan pemeriksaan fisik di klinik. Pemeriksaan fisik tersebut antara lain :

## 1) Keluhan

Klien mengeluh nyeri.

2) Riwayat penyakit saat ini

Klien sering kali merasa lemas.

3) Riwayat penyakit sebelumnya

Apakah klien pernah mengalami penyakit keturunan seperti darah tinggi, jantung, kencing manis dan penyakit menular seperti hepatitis, HIV, TBC.

4) Keadaan Umum

Kemungkinan lemah akibat penurunan oksigen jaringan, cairan tubuh dan nutrisi.

5) Berat badan

6) Tinggi badan

7) TTV

Tekanan darah: terjadi peningkatan tekanan darah. Normalnya sistole 120-139 mmHg, diastole 80-89 mmHg, Suhu : suhu tubuh dalam batas normal. Normalnya 36,5- 37,5°C, Nadi : adanya peningkatan denyut nadi karena pembuluh darah menjadi lemah, volume darah menurun sehingga jantung melakukan kompensasi menaikkan heart rate untuk menaikkan cardiac output dalam mencukupi kebutuhan tubuh. Normalnya, 60-100x/menit, Frekuensi pernapasan : pernapasan lebih cepat sekitar 24- 30x/menit. Normalnya 18-24x/menit (Debora, 2017)

8) Sistem Pernafasan

Inspeksi : kesimetrisan lubang hidung, kepatenan jalan napas, ada atau tidak pernapasan cuping hidung, ada atau tidak massa, palpasi : ada atau tidak nyeri tekan, ada atau tidak pembengkakan, perkusi : Paru – paru kanan IC 1-4 sonor, mulai IC 5 dullness, Paru – paru kiri IC 1-2 sonor, mulai IC 3 dullness, Auskultasi : Bunyi napas vesikuler, area auskultasi lapang paru : kanan IC 1-4 dan kiri IC 1-2, tidak terdengar whezeeng dan ronkhi (Debora, 2017)

#### 9) Sistem Kardiovaskuler

Inspeksi : tampak atau tidak ictus cordis, tampak atau tidak vena jugularis, palpasi : adanya peningkatan denyut nadi karena pembuluh darah menjadi lemah, volume darah menurun sehingga jantung melakukan kompensasi menaikkan heart rate untuk menaikkan cardiac output dalam mencukupi kebutuhan tubuh, auskultasi : BJ I bersih tanpa bunyi tambahan, BJ II bersih tanpa bunyi tambahan, tidak ada BJ III, irama teratur atau tidak teratur dan tidak ada nyeri dada (Debora, 2017).

#### 10) Sistem Pencernaan

Inspeksi : persebaran warna kulit merata atau tidak, bentuk dan pergerakan dinding abdomen, tampak kembung atau normal, terdapat mual dan muntah, konstipasi dapat terjadi, membran mukosa kering, auskultasi : dengarkan bunyi peristaltik usus terjadi peningkatan peristaltik usus, perkusi : mengeluh adanya nyeri abdomen bagian epigastrium, terdengar bunyi timpani pada area usus dan pekak pada

area hepar dan pancreas, palpasi : ada atau tidak massa, mengeluh adanya nyeri abdomen bagian epigastrium (Bickley, 2015)

#### 11) Sistem Persyarafan

a) Tingkat Composmentis dengan GCS 15 (E4 V5 M6)

b) Saraf Kranial

(1) Nervus I: fungsi sensorik yang berhubungan dengan penciuman namun biasanya tidak terdapat kelainan.

(2) Nervus II: fungsi sensorik yang berhubungan dengan penglihatan apakah klien dapat membaca pada jarak 30 cm atau tidak.

(3) Nervus III : fungsi motoric yang membantu mata bergerak dan berkedip, focus, pada objek, serta mengontrol respon pupil terhadap cahaya.

(4) Nervus IV : fungsi motoric pada mata yang mengontrol otot oblikus superior yang berperan untuk menggerakkan mata ke bawah serta keluar dan dalam

(5) Nervus V: mengirimkan informasi sensorik dari kulit kepala, dahi, dan kelopak mata atas, mengirimkan informasi sensorik dari bagian pipi, kelopak mata bawah, bibir atas dan rongga hidung, dan mengirimkan informasi sensorik dan motorik dari bagian lidah, bibir bawah, dagu, rahang namun biasanya tidak ada kelainan.

- (6) Nervus VI : fungsi motoric pada mata yang mengontrol otot rektus lateral yang berperan dalam menggerakkan mata ke luar seperti melihat ke samping.
- (7) Nervus VII: saraf fasialis yang merupakan indra pengecap namun biasanya dalam batas normal.
- (8) Nervus VIII: fungsi sensorik yang terkait dengan fungsi pendengaran namun biasanya tidak terdapat kelainan.
- (9) Nervus IX : terkait dengan kemampuan merasakan dan menelan.
- (10) Nervus X : saraf kranial terpanjang karena menjalar dari otak ke lidah, tenggorakan, jantung, dan system pencernaan.
- (11) Nervus XI: fungsi motoric yang berhubungan dengan otot dan gerakan kepala, leher, dan bahu.
- (12) Nervus XII: fungsi motoric yang berperan untuk menggerakkan lidah (Fadila, 2022).

## 12) Sistem Endokrin

Inspeksi : Bentuk leher, adakah bekas luka, ada atau tidaknya pembengkakan, palpasi : tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan kelenjar tiroid (Debora, 2017).

## 13) Sistem Perkemihan



Inspeksi : Apakah terdapat warna pada urine klien, ada atau tidak distensi blader, palpasi : ada atau tidak nyeri tekan pada kandung kemih, dan ada atau tidak pembesaran ginjal (Debora, 2017)

#### 14) Sistem Musculoskeletal

Inspeksi : kesimetrisan ekstremitas atas dan bawah, ada atau tidak pembengkakan, kelengkapan jumlah jari, tidak ada fraktur, palpasi: ada atau tidak nyeri tekan pada struktur tulang dan otot pada pergelangan tangan dan kaki, tonus otot menurun, kekuatan otot menurun, nyeri ekstremitas (Debora, 2017).

#### 15) Sistem Integumen

Inspeksi : Ada atau tidak kemerahan, adak atau tidak pembengkakan, ada atau tidak benjolan, turgor kulit menurun, warna kulit merata dengan warna kulit lainnya, tidak ada luka pada kulit, tidak ada gatal-gatal, tidak ada kelainan pigmen (Debora, 2017)

#### 16) Sistem Penglihatan

Inspeksi : Posisi mata simetris kiri dan kanan, pergerakan bola mata simetris kiri dan kanan, kelainan bentuk tidak ada, sklera anikterik, pupil isokor, reflek cahaya biasanya tidak ada kelainan, fungsi penglihatan baik dan tidak ada tanda-tanda peradangan, kemungkinan kelihatan cekung akibat penurunan cairan tubuh dan anemis akibat penurunan oksigen jaringan, konjungtiva pucat dan kering (Debora, 2017).

## 17) Sistem Genitalia

Inspeksi : kebersihan area kulit genitalia, pertumbuhan rambut pubis, keadaan lubang uretra (Debora, 2017).

### **h. Harapan Keluarga**

Pada akhir pengkajian, perawat menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada.

### **i. Tingkat Kemandirian Keluarga**

Kemandirian keluarga" di bagi dalam 4 tingkatan yaitu: Keluarga Mandiri tingkat I (paling rendah) sampai Keluarga Mandiri tingkat IV (paling tinggi).

#### 1) Keluarga Mandiri Tingkat Pertama (KM-I)

Kriteria:

- a) Menerima petugas Perawatan Kesehatan Masyarakat.
- b) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.

#### 2) Keluarga Mandiri Tingkat Dua (KM-II)

Kriteria:

- a) Menerima petugas Perawatan Kesehatan Masyarakat.
- b) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
- c) Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar.
- d) Melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan.

### 3) Keluarga Mandiri Tingkat Tiga (KM-III)

Kriteria:

- a) Menerima petugas Perawatan Kesehatan Masyarakat.
- b) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
- c) Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar.
- d) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif.
- e) Melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan.
- f) Melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif.

### 4) Keluarga Mandiri Tingkat Empat (KM-IV)

Kriteria :

- a) Menerima petugas Perawatan Kesehatan Masyarakat.
- b) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
- c) Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar
- d) Memanfaatkan fasilitas pelayanan sesuai anjuran.
- e) Melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan.
- f) Melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif.
- g) Melaksanakan tindakan promotif secara aktif.

### j. Analisa Data

Analisis data berupa tabel yang berisi data, etiologi, dan masalah berdasarkan hasil pada asuhan keperawatan yang dilakukan pada keluarga (Nadirawati, 2018).

Tabel 2  
Analisis Data

| No | Data         | Etiologi | Masalah |
|----|--------------|----------|---------|
| 1. | DS :<br>DO : |          |         |

Sumber : Nadirawati, 2018

### 2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan keluarga termasuk masalah Kesehatan actual dan potensial dengan perawat keluarga yang memiliki kemampuan dan mendapatkan lisensi untuk menanganinya berdasarkan Pendidikan dan pengalaman. Diagnosis keperawatan keluarga dianalisis dari hasil pengkajian terhadap adanya masalah dalam tahap perkembangan keluarga, lingkungan, keluarga, struktur keluarga, fungsi – fungsi keluarga, dan koping keluarga, baik yang bersifat actual, risiko, maupun sejahtera di mana perawat memiliki kewenangan dan tanggung jawab untuk melakukan Tindakan keperawatan bersama - sama dengan keluarga berdasarkan kemampuan dan sumber daya keluarga (Menurut Friedman, 2010 dalam Nadirawati, 2018). Menurut Nurarif & Hardhi Kusuma (2015), Masalah yang kemungkinan muncul pada penyakit gastritis yaitu,

- a. Ketidakseimbangan nutrisi
- b. Kekurangan volume cairan

- c. Nyeri akut
- d. Defisiensi pengetahuan.

Dalam menetapkan prioritas masalah atau diagnosis keperawatan keluarga adalah dengan menggunakan skala menyusun prioritas.

Tabel.3  
Skala prioritas masalah keluarga

| Kriteria                                     | Skor | Bobot |
|--|------|-------|
| Sifat Masalah                                |      |       |
| a. Actual (tidak/kurang sehat)               | 3    |       |
| b. Ancaman                                   |      | 1     |
| c. Keadaan sejahtera                         | 2    |       |
|  | 1    |       |
| Kemungkinan Masalah Diubah :                 |      |       |
| a. Mudah                                     | 2    | 2     |
| b. Sebagian                                  | 1    |       |
| c. Tidak dapat                               | 0    |       |
| Potensial Untuk Dicegah :                    |      |       |
| a. Tinggi                                    | 3    | 1     |
| b. Cukup                                     | 2    |       |
| c. Rendah                                    | 1    |       |
| Menonjolnya Masalah :                        |      |       |
| a. Masalah berat dan harus segera ditangani  | 2    | 1     |
| b. Ada masalah, tidak perlu segera ditangani | 1    |       |
| c. Masalah tidak dirasakan                   | 0    |       |

Sumber : Baylon & Maglaya

#### Cara perhitungan skoring

- 1) Tentukan skor untuk setiap kriteria
- 2) Skor dibagi dengan makna tertinggi dan kalikan dengan bobot

$$\frac{\text{skore}}{\text{angka tertinggi}} \times \text{bobot} =$$

- 3) Jumlah skor untuk semua kriteria

- 4) Tentukan skor, nilai tertinggi menentukan urutan nomor diagnosis keperawatan keluarga

Akhir dari memprioritaskan diagnosa keperawatan itu adalah memilih 1 dari beberapa diagnosa yang ada. Diagnosa keperawatan utama yang sering muncul pada pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga pada penderita gastritis adalah nyeri akut. Penyebab gastritis yang paling umum adalah infeksi bakteri *Helicobacter pylori*. Gastritis yang disebabkan oleh infeksi *H. pylori* menjadi faktor risiko penting timbulnya ulkus peptikum beserta komplikasinya dan kanker lambung, karena *H. pylori* dapat menyebabkan kerusakan progresif pada mukosa lambung (Sugano, 2015 dalam Miftahussrur et al., 2021). Beberapa faktor lainnya yang dapat menyebabkan gastritis adalah konsumsi minuman alkohol, pola diet yang tidak baik, merokok, penggunaan obat dan substansi yang bersifat korosif, stres dan trauma (Ddine,2012 dalam Miftahussrur et al., 2021). Penyakit sistemik non-infeksius seperti Crohn's disease, vaskulitis, alergi, dan eosinofilia dapat memengaruhi terjadinya gastritis (Wirth, 2016 dalam Miftahussrur et al., 2021).

Gastritis disebabkan oleh infeksi kuman *Helicobacter pylori* dan pada awal infeksi mukosa lambung menunjukkan respons inflamasi akut dan jika diabaikan akan menjadi kronik (Sudoyo Aru dkk, 2009 dalam Nurarif & Hardhi Kusuma, 2015). Gastritis akut biasanya disebabkan karena pola makan yang kurang tepat, baik dalam frekuensi maupun waktu yang tidak teratur selain karena faktor isi atau jenis makanan yang iritatif terhadap

mukosa lambung. Makanan yang terkontaminasi dengan mikroorganisme juga dapat menyebabkan kondisi ini. Selain itu, gastritis akut juga sering disebabkan karena penggunaan obat seperti aspirin termasuk obat anti-inflamasi nonsteroid (*Non Steroid Anti Inflammation Drug/ NSAID*). Kebiasaan mengonsumsi alkohol, kafein, refluk bilier, dan terapi radiasi juga dapat menjadi penyebab gastritis. Gastritis kronis merupakan kelanjutan dari gastritis akut yang terjadi karena faktor-faktor di atas, juga karena peran dari bakteri *Helicobacter Pylori* yang bahkan sering menyebabkan keganasan atau kanker lambung (Diyono & Mulyanti Sri, 2013)

Gastritis akut memiliki tanda dan gejala yaitu nyeri epigastrium, mual, muntah, dan perdarahan terselubung maupun nyata. Dengan endoskopi terlihat mukosa lambung hyperemia dan udem, mungkin juga ditemukan erosi dan perdarahan aktif. Untuk gastritis kronik memiliki tanda dan gejala yaitu kebanyakan gastritis asimtomatik, keluhan lebih berkaitan dengan komplikasi gastritis atrofik, seperti tukak lambung, defisiensi zat besi, anemia pernisiiosa, dan karsinoma lambung (Wim de jong dalam Nurarif & Hardhi Kusuma, 2015)

Nyeri lambung atau epigastrik pain merupakan gejala klinis yang paling sering umum ditemukan pada gastritis akut. Gejala klinis lain meliputi mual, muntah, pusing, malaise, anoreksia dan hiccup (ceguen). Pada gastritis kronis kadang tidak menimbulkan gejala yang begitu berat. Gastritis kronis biasanya ditandai dengan penurunan berat badan, perdarahan, dan anemia pernisiiosa sebagai akibat menurunnya absorpsi Vitamin B karena hilangnya faktor

intrinsik lambung. Kondisi hypochlorhydria dan anchlorhydria sering ditemukan pada kondisi ini (Diyono & Mulyanti Sri, 2013).

### **2.3.3 Perencanaan Keperawatan**

Tahap perencanaan merupakan suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah klien gastritis dan keluarga. Perencanaan keperawatan keluarga merupakan kumpulan tindakan yang ditentukan oleh perawat bersama-sama sasaran, yaitu keluarga untuk dilaksanakan sehingga masalah kesehatan dan masalah keperawatan yang telah diidentifikasi dapat diselesaikan. Kualitas rencana keperawatan keluarga sebaiknya berdasarkan masalah yang jelas, harus realitas, sesuai dengan tujuan, dibuat secara tertulis, dan dibuat bersama keluarga (Susanto, 2012 dalam Nadirawati, 2018).



Tabel.4

## Perencanaan

| No | Diagnosa Keperawatan                 | Tujuan  |   | Evaluasi                         |  | Rencana Tindakan   |
|----|--------------------------------------|---|---|----------------------------------|--|--|
|    |                                      | Umum  | Khusus  | Kriteria                         | Standar  |  |
| 1. | Nyeri akut pada ibu X Keluarga bpk X | Setelah dilakukan kunjungan ... x ... menit/jam nyeri akut teratasi                                     | Keluarga mampu mengenal penyakit gastritis dengan kriteria:<br>a. Keluarga dapat menjelaskan pengertian dari gastritis<br>b. Keluarga dapat menjelaskan penyebab gastritis<br>c. Keluarga dapat menjelaskan tanda dan gejala gastritis<br>d. Keluarga mampu mengidentifikasi tanda dan gejala gastritis pada salah satu anggota keluarganya | Respon verbal                    | a. Gastritis adalah kondisi ketika lapisan lambung mengalami iritasi, peradangan atau pengikisan.<br>b. Penyebab gastritis berasal dari infeksi bakteri H. pylori dan kebiasaan gaya hidup tidak sehat<br>c. Tanda gejala gastritis: Nyeri yang terasa di bagian uluhati, perut kembung, mual, muntah<br>d. Mengidentifikasi tanda dan gejala gastritis yang ditemukan pada salah satu anggota keluarganya | Edukasi Proses Penyakit (1.12444) Terapeutik<br>a. Sediakan materi gastritis dan media pendidikan Kesehatan seperti leaflet, dan lembar balik<br>b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan<br>c. Bersama sama dengan keluarga mengidentifikasi tanda dan gejala gastritis pada anggota keluarga<br>d. Berikan kesempatan untuk bertanya |
|    |                                      | Keluarga mengambil keputusan yang tepat untuk mengatasi penyakit Gastritis pada Ibu.X, dengan kriteria: | Keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat untuk mengatasi penyakit Gastritis pada Ibu.X, dengan kriteria:   | Respon verbal dan respon afektif | a. Jika gastritis tidak ditangani, menyebabkan perdarahan pada saluran cerna seperti muntah darah atau hematemesis serta   | Edukasi Proses Penyakit (1.12444) Terapeutik<br>a. Sediakan materi dan media pendidikan Kesehatan<br>b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan<br>c. Berikan kesempatan untuk bertanya  |

| No | Diagnosa Keperawatan | Tujuan   |   | Evaluasi   |  | Rencana Tindakan  |
|----|----------------------|--|---|--|--|---|
|    |                      | Umum   | Khusus  | Kriteria   | Standar  |   |
|    |                      |  | <p>a. Keluarga mampu menjelaskan akibat yang akan terjadi apabila penyakit gastritis tidak segera ditangani</p> <p>b. Keluarga mengatakan akan pergi ke pelayanan kesehatan membawa Ibu.X untuk kontrol</p> |  | <p>bercampur darah atau melena.</p> <p>b. Keluarga mengatakan akan segera mengantar Ibu.X pergi ke pelayanan kesehatan terdekat untuk berobat mengatasi penyakit yang diderita Ibu,X</p>   | <p>Edukasi<br/>Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi</p> <p>Dukungan Keluarga Merencanakan Perawatan (1.13477)</p> <p>Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam memfasilitasi pengambilan keputusan.</p> |
|    |                      | <p>Keluarga mampu melakukan tindakan perawatan pada Ibu.X yang sedang sakit gastritis, dengan kriteria: Keluarga dapat mengikuti anjuran terapi non farmakologis maupun komplementer</p> | <p>Respon verbal dan psikomotor</p>   | <p>a. Langkah – langkah melakukan kompres panas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pilih lokasi kompres</li> <li>2) Balut alat kompres panas dengan kain pelindung, jika perlu</li> <li>3) Lakukan kompres panas pada daerah yang cedera selama 15-20 menit selama 2 kali sehari.</li> </ol> <p>b. Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. terapi pijat, aromaterapi, dan kompres hangat atau dingin)</p> | <p>Langkah – langkah kompres terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pilih metode kompres yang nyaman dan mudah didapat (mis, kantong plastik tahan air, botol air panas, bantalan pemanas listrik)</li> <li>b. Pilih lokasi kompres</li> <li>c. Balut alat kompres panas dengan kain pelindung, jika perlu</li> <li>d. Lakukan kompres panas pada daerah yang cedera Selama 15-20 Kali Sehari</li> <li>e. Hindari penggunaan kompres pada jaringan yang terpapar terapi radiasi</li> </ol> <p>Edukasi<br/>Jelaskan prosedur penggunaan kompres panas</p> | <p>Kompres panas (1.08235)</p>  |

| No | Diagnosa Keperawatan | Tujuan                           |  | Evaluasi |   | Rencana Tindakan  |
|----|----------------------|----------------------------------|--|----------|---|---|
|    |                      | Umum                             | Khusus                                 | Kriteria | Standar   |   |
|    |                      |                                  |  |          | c. Teknik relaksasi nafas dalam<br>1) Atur posisi klien fowler atau duduk<br>2) Minta klien untuk menarik nafas melalui hidung secara perlahan dan menahannya selama 2-3 detik.<br>3) Kemudian keluarkan secara perlahan melalui mulut<br>4) Ulangi tindakan sebanyak 3-5 kali<br>5) Anjurkan klien untuk melatih nafas dalam bila mengalami nyerinya kembali | Manajemen Nyeri Terapeutik<br>Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, <i>biofeedback</i> , terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain)<br>Edukasi<br>Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri<br>Teknik relaksasi nafas dalam<br>1) Atur posisi klien fowler atau duduk<br>2) Anjurkan klien untuk meletakkan kedua telapak tangan dengan bagian tengah telapak tangan berada pada batas bawah iga ke-12 anterior<br>3) Minta klien untuk menarik nafas melalui hidung secara perlahan dan menahannya selama 2-3 detik.<br>4) Kemudian keluarkan secara perlahan melalui mulut<br>5) Ulangi tindakan sebanyak 3-5 kali<br>6) Anjurkan klien untuk melatih nafas dalam bila mengalami nyerinya kembali<br>Koordinasi Diskusi Keluarga (1.12482) Terapeutik<br>Ciptakan suasana rumah bebas konflik |
|    |                      | Keluarga memodifikasi lingkungan | mampuRespon verbal dan psikomotor atau |          |   |   |

| No | Diagnosa Keperawatan | Tujuan |  | Evaluasi        |   | Rencana Tindakan   |
|----|----------------------|--------|--|-----------------|---|--|
|    |                      | Umum   | Khusus   | Kriteria        | Standar   |  |
|    |                      |        | menciptakan suasana rumah yang sehat, dengan kriteria :<br>Menciptakan suasana keluarga tanpa konflik  |                 | Suasana rumah yang tanpa konflik seperti :<br>a. Memiliki waktu bersama keluarga<br>b. Adanya komunikasi yang baik antar anggota keluarga<br>c. Saling menghargai antar sesama keluarga<br>d. Adanya hubungan atau ikatan yang erat antar anggota keluarga  |  |
|    |                      |        | Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan, dengan kriteria:<br>Keluarga bapak X bersedia datang ke fasilitas pelayanan Kesehatan jikalau ada anggota keluarganya yang sakit khususnya Ibu X yang menderita gastritis | Respon perilaku | a. Fasilitas kesehatan yang dapat digunakan keluarga untuk pengobatan gastritis:<br>1. rumah sakit<br>2. puskesmas<br>3. dokter praktik<br>b. manfaat fasilitas Kesehatan yaitu<br>a) memberikan informasi Kesehatan<br>b) memberikan pengobatan<br>c) memberikan pelayanan konseling<br>d) membantu meningkatkan kesehatan | Dukungan Keluarga Merencanakan Perawatan (1.13477)<br>Observasi<br>Identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan<br>Edukasi<br>a. Jelaskan manfaat fasilitas Kesehatan<br>b. Informasikan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga<br>c. Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada. |

### **2.3.4 Pelaksanaan**

Implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan dari rencana asuhan keperawatan yang telah disusun perawat beserta keluarga untuk mengatasi masalah yang dialami salah satu anggota keluarga yaitu gastritis. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping. Inti pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan keluarga adalah perhatian. Jika perawat tidak memiliki falsafah untuk memberi perhatian, maka tidak mungkin perawat dapat melibatkan diri bekerja dengan keluarga. Perawat pada tahap ini menghadapi kenyataan di mana keluarga mencoba segala daya cipta dalam mengadakan perubahan versus frustrasi sehingga tidak dapat berbuat apa-apa. Perawat harus membangkitkan keinginan untuk bekerja sama melaksanakan tindakan keperawatan (Nursalam, 2008 dalam Nadirawati, 2018).

### **2.3.5 Evaluasi**

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh pelaksanaan dari implementasi sudah berhasil dicapai pada klien yang mengalami gastritis. Evaluasi juga merupakan suatu langkah dalam menilai hasil asuhan yang dilakukan dengan membandingkan hasil yang dicapai terhadap tindakan yang dilakukan dengan indikator yang ditetapkan. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Hasil asuhan keperawatan dapat diukur melalui:

Perubahan Fungsi Tubuh (Keadaan Fisiki, Afektif/Psikologis, Kognitif (Pengetahuan, dan Psikomotor (Perilaku Kesehatan).

Hasil evaluasi keperawatan keluarga akan menentukan apakah keluarga sudah dapat dilepas dari pembinaan atau asuhan pada tingkat kemandirian yang diinginkan, atau masih perlu tindak lanjut. Bila kunjungan berkelanjutan maka perlu dibuat catatan perkembangannya. Jika tujuan tidak tercapai maka perlu dilihat: 1) Apakah tujuan realistis; 2) Apakah tindakan sudah tepat dan Bagaimana faktor lingkungan yang tidak dapat diatasi (Nadirawati, 2018).