

Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Gastritis

Penny Oktariana¹ , Lucia FirstyPuspita Krishna²

Akademi Keperawatan Pasar Rebo, Departemen Keperawatan Komunitas

Email: Pennyokta123@gmail.com, firsty.lucia@yahoo.com

Abstrak

Keluarga adalah dua orang atau lebih, individu yang saling tergantung satu dengan yang lain terhadap berbagai dukungan, diantaranya dukungan emosional dan ekonomi keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat dan sebagai penerima asuhan keperawatan, untuk itu sangat diperlukan perawatan kesehatan keluarga guna membantu meningkatkan kesehatan masyarakat. Saat ini masalah kesehatan masyarakat dapat disebabkan oleh pola kebiasaan seperti makan-makanan *junkfood*, makanan pedas dan asam, makanan yang mengandung gas, dan makan yang tidak teratur. Hal ini dapat menyebabkan penyakit salah satunya yaitu Gastritis. Untuk dapat menanggulangi masalah pada keluarga dengan penyakit Gastritis perawat dapat memberikan asuhan keperawatan yang komperhensif dengan menggunakan proses keperawatan dimana perawat mempunyai peranan penting pada aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Gastritis, Keluarga

Abstract

The family is two or more people, individuals who are interdependent with each other to a variety of support, including emotional and economic support the family is the smallest unit of society and as a recipient of nursing care, for that family health care is needed to help improve public health. Currently, public health problems can be caused by habits such as junk food, spicy and sour foods, gas-containing foods, and irregular eating. This can cause diseases, one of which is Gastritis. To be able to overcome problems in families with gastritis, nurses can provide comprehensive nursing care using a nursing process where nurses have an important role in the aspects of promotive, preventive, curative, and rehabilitative.

Keywords : Nursing Care, Gastritis, Family

Pendahuluan

Keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran, dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya, dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, serta sosial dari tiap anggota keluarga (Setiawan, 2016). Dalam program perawatan kesehatan masyarakat, keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat dan sebagai penerima asuhan keperawatan, untuk itu sangat diperlukan perawatan kesehatan keluarga guna membantu meningkatkan masalah kesehatan masyarakat. Saat ini masalah kesehatan masyarakat dapat disebabkan oleh pola hidup seperti makan-makanan junkfood, makanan pedas dan asam, makanan yang mengandung gas, dan pola makan yang tidak teratur. Hal ini dapat menyebabkan penyakit salah satunya yaitu Gastritis. Gastritis adalah inflamasi pada mukosa lambung, gastritis akut berlangsung selama beberapa hari dan sering kali disebabkan oleh makanan yang dapat mengiritasi atau makanan yang terinfeksi, penggunaan aspirin secara berlebihan dan penggunaan obat anti inflamasi nonsteroid (NSAID), asupan alkohol yang berlebihan refluk empedu,

dan terapi radiasi. Gastritis dapat juga menjadi tanda pertama infeksi sistemik akut. Selain itu terdapat Gastritis kronis yaitu inflamasi lambung yang berkepanjangan yang mungkin disebabkan autoimun seperti anemia perniosa, faktor diet seperti kafein, alkohol, merokok (Brunner & Suddarth, 2014). Untuk dapat menanggulangi masalah tersebut dapat dilakukan dengan memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif dimana perawat mempunyai peranan penting dalam pemberian pemberian asuhan keperawatan yaitu pada aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Peran promotif dilakukan dengan memberikan penyuluhan dan pendidikan kesehatan tentang cara mencegah terjadinya Gastritis dengan mengadakan penyuluhan kesehatan tentang Gastritis dan menjaga pola hidup sehat. Peran preventif yaitu dengan melakukan upaya kunjungan rumah pada kelompok beresikosehingga mencegah terjadinya penyakit Gastritis. Peran kuratif dengan mengajarkan keluarga cara membuat obat tradisional yang salah satunya dengan air rebusan daun cincau, rebusan kencur, rebusan kunyit dan kolaborasi dengan tenaga medis dalam pengobatan Gastritis. Peran rehabilitatif yaitu upaya

pemulihan terhadap pasien Gastritis seperti mengontrol pola makan, mengontrol makanan yang memacu asam lambung, mengurangi stress, dan istirahat yang cukup. Berdasarkan data-data tersebut diatas, penulis sangat tertarik untuk membuat asuhan keperawatan yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Gastritis”.

Pengertian

Gastritis adalah kondisi yang hadir dengan inflamasi mukosa lambung, kondisi ini diklasifikasikan berdasarkan waktu perjalanan (baik akut maupun kronis). Insiden gastritis lebih tinggi pada dekade kelima dan keenam kehidupan sebagai akibat dari penipisan alami mukosa lambung karena usia; pria lebih sering terkena dari pada wanita. Klien yang merupakan peminum berat dan perokok juga lebih mungkin terhadap terjadinya gastritis (Black & Hawks, 2014). Gastritis adalah proses inflamasi pada mukosa dan submukosa lambung. Gastritis merupakan gangguan kesehatan yang paling sering dijumpai di klinik, karena diagnosis sering hanya berdasarkan gejala klinis bukan pemeriksaan histopatologi (Setiati, 2014). Gastritis adalah suatu inflamasi dinding lambung, yang disebabkan oleh iritasi pada mukosa

lambung. Gastritis dapat disebabkan oleh bermacam-macam faktor. Tipe paling umum dari gastritis adalah Gastritis akut yang biasanya bersifat benigna dan dapat sembuh sendiri terkait dengan ingesti iritan lambung seperti aspirin, alkohol, kafein, atau makanan yang terkontaminasi oleh bakteri tertentu. Gastritis kronis adalah kelompok penyakit terpisah yang dicirikan dengan perubahan yang bersifat progresif dan ireversibel pada mukosa lambung (LeMone, 2016).

Etiologi

Menurut Setiati (2014), etiologi dari Gastritis adalah stress fisik, Radiasi dan kemoterapi, Penggunaan alkohol secara berlebihan, Penggunaan kokain, Pemakaian obat penghilang nyeri secara terus menerus, Infeksi bakteri.

Klasifikasi

Menurut (Brunner & Suddarth, 2014), klasifikasi Gastritis adalah Gastritis akut dan Gastritis kronik. Gastritis akut berlangsung selama beberapa jam sampai beberapa hari dan sering kali disebabkan oleh makanan yang dapat mengiritasi atau makanan yang terinfeksi, penggunaan aspirin secara berlebihan dan penggunaan obat anti inflamasi nonsteroid (NSAID), asupan

alkohol yang berlebihan refluk empedu, dan terapi radiasi. Gastritis Akut dapat juga menjadi tanda pertama infeksi sistemik akut. Sedangkan Gastritis kronik yaitu inflamasi lambung yang berkepanjangan yang mungkin disebabkan oleh ulkus lambung jinak, ganas, dan disebabkan oleh bakteri seperti *Helicobacter pylori*. Ulserasi superfisial dapat terjadi dan dapat memicu perdarahan.

Patofisiologi

Menurut Lemone, Priscilla, dkk, (2016). Obat-obatan, alkohol, garam empedu atau enzim – enzim pankreas dapat merusak mukosa lambung (gastritis erosif), mengganggu pertahanan mukosa lambung dan memungkinkan difusi kembali, asam dan pepsin ke dalam jaringan lambung, hal ini menimbulkan peradangan respons mukosa terhadap kebanyakan penyebab iritasi tersebut dengan regenerasi mukosa, karena itu gangguan-gangguan tersebut seringkali menghilang dengan sendirinya. Dengan iritasi yang terus menerus, jaringan menjadi meradang dan dapat terjadi perdarahan. Masuknya zat-zat seperti asam dan basa yang bersifat korosif mengakibatkan peradangan dan

nekrosis pada dinding lambung. Gastritis kronis dapat menimbulkan keadaan dengan atropi kelenjar-kelenjar lambung dan keadaan mukosa terdapat bercak-bercak penebalan warna abu-abu. Hilangnya mukosa lambung akhirnya akan berakibat kurangnya sekresi lambung dan timbulnya anemia pernisiiosa

Manifestasi klinik

Menurut Brunner&Suddarth, (2014), Manifestasi klinis dari gastritis akut dapat bervariasi dari keluhan abdomen yang tidak jelas, seperti anoreksia atau mual, sampai gejala lebih berat seperti nyeri epigastrium, muntah, perdarahan dan hematemesis. Pada pemeriksaan fisis biasanya tidak ditemukan kelainan, kecuali mereka yang mengalami perdarahan yang hebat sehingga menimbulkan tanda dan gejala gangguan hemodinamik yang nyata seperti hipotensi, pucat, keringat dingin, takikardia sampai gangguan kesadaran. Klien juga mengeluh kembung, rasa asam di mulut. Sedangkan manifestasi klinis dari gastritis kronik ; gejala defisiensi B12, sakit ulu hati setelah makan, bersendawa rasa pahit dalam mulut, mual dan muntah

Komplikasi

Menurut Black & Hawks (2014), Komplikasi Gastritis akut ialah, perdarahan saluran cerna bagian atas yang dapat menyebabkan kematian, terjadi ulkus jika prosesnya hebat dan jarang terjadi perforasi. Komplikasi Gastritis kronik ialah, perdarahan, anemia pernisiiosa, dan kanker lambung. Perdarahan bisa terjadi ketika mukosa lambung menjadi terkikis, perdarahan umumnya terjadi pada klien yang mengkonsumsi alkohol, aspirin, atau NSAID. Komplikasi lain yang mungkin dari Gastritis atrofi adalah hilangnya kemampuan lambung untuk mengeluarkan faktor intrinsik, mengakibatkan malabsorpsi vitamin B12, yang dipastikan dengan tes Schilling. Kanker lambung mungkin dicurigai pada klien yang Gastritisnya tidak sembuh dengan terapi.

Pemeriksaan Penunjang

Menurut Kimberly (2014) pemeriksaan diagnostik pada klien dengan Gastritis meliputi pemeriksaan darah, pemeriksaan rontgen, pemeriksaan analisis lambung, pemeriksaan feses. Pemeriksaan darah dapat digunakan untuk memeriksa apakah terdapat *Helicobacter pylori* dalam darah. Hasil tes yang positif

menunjukkan bahwa pasien pernah kontak dengan bakteri, tapi itu tidak menunjukkan bahwa pasien tersebut terkena infeksi. Sedangkan pemeriksaan Rontgen saluran cerna bagian atas, tes ini meliputi akan adanya tanda-tanda Gastritis atau penyakit pencernaan lainnya, pemeriksaan Analisis lambung Tes ini untuk mengetahui sekresi asam dan merupakan teknik penting untuk menegakkan diagnosis penyakit lambung, dan terdapat Pemeriksaan feses Tes ini memeriksa apakah terdapat bakteri *Helicobacter pylori* dalam feces atau tidak. Hasil yang positif dapat mengindikasikan terjadinya infeksi pemeriksaan juga dilakukan terhadap adanya darah dalam feces, hal ini menunjukkan adanya perdarahan dalam lambung.

Penatalaksanaan

Penatalaksanaan Gastritis menurut Kimberly (2014), terdiri dari:

A. Terapi Farmakologi

Antikoagulan : di berikan bila ada perdarahan pada lambung. Antasida di berikan pada gastritis yang kronik, cairan dan elektrolit diberikan intravena untuk mempertahankan keseimbangan cairan sampai gejala-gejala membaik, untuk gastritis yang tidak

parah di obati dengan antasida dan istirahat. Histonin : ranitidin dapat diberikan untuk menghambat pembentukan asam lambung dan kemudian menurunkan iritasi lambung. Sulcralfate : diberikan untuk melindungi mukosa lambung dengan cara menyelimutinya, untuk mencegah difusi kembali asam dan pepsin yang menyebabkan iritasi. Penghambat asam (acid blocker) : obat penghambat asam antara lain simetidin, ranitidin, atau famotidin. *Proton pump inhibitor* (penghambat pompa proton) : di berikan untuk menghentikan produksi asam lambung dan menghambat infeksi bakteri *Helicobacter pylori*.

B. Terapi Non Farnakologi

Menurut (Arief, 2011), terapi non farmakologi yang dapat dilakukan yaitu mengurangi atau menghilangkan stress psikologis, menghentikan kebiasaan merokok, tidak menggunakan obat-obat golongan nonstreoidal anti-inflammatory drug (NSAID). Selain itu penderita gastritis harus menghindari makanan-makanan yang dapat menyebabkan terjadinya ulcer (tukak) seperti makanan dan

minuman yang mengandung kafein, pedas dan alkohol.

Asuhan Keperawatan

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah suatu tahapan ketika perawat mengumpulkan informasi tentang keluarga yang dibinanya. Pengkajian merupakan langkah awal pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga, cara mengumpulkan data tentang keluarga dapat dilakukan dengan 2 tahap penjajakan tahap 1 dan penjajakan tahap 2. Penjajakan tahap 1 meliputi nama kepala keluarga (KK), usia, alamat, dan telepon, pekerjaan kepala keluarga, komposisi keluarga, tipe keluarga, suku bangsa, agama, status sosial ekonomi keluarga, aktivitas rekreasi keluarga, riwayat dan tahap perkembangan keluarga mencakup tahap perkembangan keluarga saat ini, tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi, riwayat keluarga inti, riwayat keluarga sebelumnya. Pengkajian lingkungan mencakup karakteristik rumah, karakteristik tetangga dan komunitas di RT dan RW, mobilitas geografis keluarga, perkumpulan keluarga dari

interaksi dengan masyarakat, sistem pendukung keluarga. Struktur keluarga mencakup pola komunikasi keluarga, struktur kekuatan keluarga, struktur peran, nilai atau norma budaya. Fungsi keluarga mencakup fungsi afektif fungsi sosialisasi, fungsi reproduksi, fungsi ekonomi. Stress dan coping mencakup stressor jangka pendek dan panjang, kemampuan keluarga berespon terhadap situasi/ stressor, strategi adaptasi disfungsional. Pemeriksaan fisik seperti pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga.

Penjajakan tahap 2 merupakan pengumpulan data-data yang berkaitan dengan fungsi perawatan kesehatan meliputi kemampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga yang sakit, mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga yang sakit, merawat anggota yang sakit, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinik tentang respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual dan potensial (Allen, 1998 dalam Gusti 2013). Diagnosa keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data yang didapatkan pada pengkajian, komponen diagnosa keperawatan meliputi problem atau masalah, etiologi atau penyebab dan tanda dan gejala atau sign dan symptom. Penentuan prioritas diagnosa keperawatan keluarga dilakukan dengan skoring menggunakan skala yang telah dirumuskan oleh Bailon dan Maglaya (1979) dalam Gusti (2013). Yaitu sifat masalah, kemungkinan masalah dapat di ubah, potensial masalah dapat di cegah, menonjolnya masalah. Proses ini dilakukan untuk setiap diagnosa keperawatan. Setelah itu menentukan skoring untuk setiap kriteria yang telah dibuat yang selanjutnya dibagidengan angka yang tertinggi dan dikalikan dengan bobot. Terakhir menjumlahkan skor untuk semua kriteria.

C. Intervensi

Rencana keperawatan keluarga adalah sekumpulan tindakan yang ditentukan perawat untuk dilaksanakan dalam memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan yang telah diidentifikasi dari masalah keperawatan yang sering muncul. Langkah-langkah dalam rencana keperawatan keluarga adalah, Menentukan tujuan umum, Menentukan tujuan khusus atau objektif, Menentukan intervensi, Menentukan kriteria dan standar kriteria yaitu Pengetahuan (kognitif), Sikap (afektif), Tindakan (psikomotor).

D. Implementasi

Menurut Gusti (2014) implementasi merupakan salah satu tahap dari proses keperawatan keluarga dimana perawat mendapatkan kesempatan untuk membangkitkan minat keluarga untuk mendapatkan perbaikan ke arah perilaku hidup sehat. Implementasi keperawatan keluarga didasarkan kepada asuhan keperawatan yang telah disusun

E. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahapan akhir dari proses keperawatan keluarga. Evaluasi merupakan tahapan yang menentukan apakah tujuan dapat tercapai sesuai yang ditetapkan dalam tujuan direncanakan keperawatan. Apabila setelah dilakukan evaluasi tujuan tidak tercapai maka ada beberapa kemungkinan yang perlu ditinjau kembali seperti tujuan tidak realistis, tindakan keperawatan tidak tepat, dan faktor-faktor lingkungan yang tidak dapat diatasi. Metode evaluasi keperawatan terbagi menjadi evaluasi formatif (proses) dan evaluasi sumatif (hasil).

Tinjauan Kasus

Pada pengambilan kasus ini penulis memberikan asuhan keperawatan pada keluarga Tn. K khususnya Ny. A pada tanggal 18-20 Maret 2019 di RT 010 RW 10 Kelurahan Gedong Kecamatan Pasar Rebo Jakarta Timur. Pendekatan yang digunakan adalah proses keperawatan yang meliputi lima tahap yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi.

A. Identitas Klien

Data dasar keluarga

Nama kepala keluarga (KK) yaitu Tn. K berusia 57 tahun dengan pendidikan terakhir yaitu Sekolah Menengah Atas(SMA), pekerjaan wiraswasta bertempat tinggal di Jalan H.Taiman Ujung RT 10/RW 10 Kelurahan Gedong Kecamatan Pasar Rebo Jakarta Timur. Ny. A (istri) berusia 42 tahun dengan pendidikan terakhir Sekolah Menengah Atas (SMA), Ny. E (anak pertama) berusia 22 tahun dengan pendidikan D3 dan Ny. Esudah menikah tidak tinggal satu rumah dengan Tn. K, pekerjaan karyawan swasta, An. F (anak) berusia 15 tahun dengan pendidikan terakhir SMP, pekerjaan pelajar.

B. Pengkajian

Penjajakan tahap 1

Dari hasil pemeriksaan fisik pada keluarga Tn. K ditemukan 2 masalah kesehatan yaitu Tn. K dengan Asam Urat baru diketahui saat pemeriksaan dan Ny. K dengan Gastritis.

Penjajakan tahap 2

Dalam penjajakan tahap 2 penulis, melakukan pengumpulan data yang berkaitan dengan fungsi perawatan keluarga meliputi kemampuan keluarga mengenal masalah Gastritis, ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga dengan Gastritis, kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan Gastritis dan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan dengan Gastritis

Data Penunjang

Pada tanggal 18Maret 2019, Ny, A dilakukan pemeriksaan tekanan darah dengan hasil 110/80 mmHg, dan dilakukan pemeriksaan skala nyeri yang sedang dirasakan saat ini dengan skala nyeri 7 bagian perut.

Tanggal 18 Maret 2019, dilakukan pemeriksaan Asam urat pada Tn. K dengan hasil 6,7 mg/dL, dan dilakukan

pemeriksaan tekanan darah dengan hasil 140/80 mmHg.

Data Fokus

Data subjektif yang ditemukan pada Ny. A meliputi, Ny. A mengatakan Gastritis sejak usia 35 tahun (sudah 7 tahun hingga saat ini). Ny. A mengatakan lambungnya sering terasa nyeri. Ny. A mengatakan nyeri datang saat telat makan dan kadang salah makan. Ny. A mengatakan merasakan perih pada bagian lambungnya. Ny. A mengatakan nyeri menyebar dari lambung sebelah kiri dan kadang nyeri sampai ke ulu hati. Ny. A mengatakan skala nyeri 7. Ny. A mengatakan nyeri datang tidak tentu. Ny. A mengatakan tidak tahu apa itu Gastritis Keluarga mengatakan penyebab Gastritis adalah makan yang kurang teratur dan makanan pedas. Klien mengatakan tanda-tanda Gastritis adalah nyeri ulu hati dan kembung. Klien mengatakan tidak tahu tentang akibat lanjut dari Gastritis. Keluarga mengatakan penyakit Ny. A parah dan perlu ditangani. Keluarga mengatakan belum mengetahui cara perawatan

Gastritis Keluarga mengatakan jika sedang kembung dan nyeri ulu hati minum obat warung yaitu promag. Keluarga mengatakan tidak mengetahui lingkungan yang cocok untuk penderita Gastritis. Keluarga mengatakan jika penyakitnya sudah parah akan berobat ke puskesmas atau klinik, jarak rumah ke fasilitas pelayanan kesehatan dapat di jangkau dan memiliki BPJS.

Data subjektif pada Tn. K meliputi Tn. K mengatakan kadang sendi lutut terasa nyeri dan saat bangun tidur telapak tangan hingga jari-jari terasa kebas. Tn. K mengatakan tidak apa itu Asam Urat. Tn. K mengatakan tidak tahu penyebab dari Asam Urat. Tn. K mengatakan tidak tahu akibat lanjut dari Asam Urat. Tn. K mengatakan belum mengetahui cara perawatan Asam Urat. Tn. K mengatakan tidak mengetahui lingkungan yang cocok untuk penderita Asam Urat. Tn. K mengatakan mengatakan harus berobat ke klinik terdekat. Tn. K mengatakan Asam Urat belum

diobati karena baru tau sekarang dan penyakit perlu ditangani. Pada tanggal 18 Maret 2019 dilakukan pemeriksaan Asam Urat dengan hasil 6,7 mg/dL.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa dibuat berdasarkan prioritas meliputi Gangguan rasa nyaman : nyeri pada keluarga Tn. K khususnya Ny. A berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga untuk merawat anggota keluarganya dengan Gastritis dengan skor 3 1/3 dan Defisit pengetahuan pada keluarga Tn. K khususnya Tn. K berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan Asam Urat dengan skor 3 1/3.

C. Perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi

Pada tahap perencanaan dilakukan dengan cara kunjungan ke rumah Ny. K sebanyak 3 kali kunjungan untuk mengatasi diagnosa Gangguan rasa nyaman : nyeri pada keluarga Tn. K khususnya Ny. A berhubungan dengan

ketidakmampuan keluarga untuk merawat anggota keluarganya dengan Gastritis. Kunjungan pertama mempunyai tujuan agar keluarga mampu mengenal masalah Gastritis dan mampu mengambil keputusan untuk merawat Ny. A dengan Gastritis. Hal tersebut dilakukan dengan carapengertian dari Gastritis, menyebutkan klasifikasi dari Gastritis, mengidentifikasi klasifikasi klasifikasi Gastritis pada Ny. A, menyebutkan tanda dan gejala Gastritis. Kunjungan kedua mempunyai tujuan keluarga mampu merawat Ny. A yang menderita Gastritis dengan menyebutkan cara pencegahan, perawatan, langkah-langkah pembuatan obat tradisional untuk mengatasi Gastritis, serta mampu mendemonstrasikan cara membuat obat tradisional untuk mengatasi Gastritis. Kunjungan ketiga mempunyai tujuan keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang aman untuk Ny. A yang menderita Gastritis dan mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Hal tersebut dilakukan dengan cara memelihara lingkungan

yang aman seperti rumah yang tenang dan aman, jauhkan dari stress, awasi tanda penyakit bertambah parah seperti nyeri bertambah parah, keluarga menyediakan makanan yang mengingatkan untuk pola makan secara teratur. Pada tahap pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan keluarga Tn. K khususnya Ny. A dilakukan sesuai perencanaan yang telah disusun. Secara umum tindakan keperawatan yang telah disusun dapat terlaksana dengan baik dan sesuai dengan perencanaan. Evaluasi keperawatan dilakukan langsung pada saat melakukan penyuluhan kesehatan. Pada tahap evaluasi didapatkan hasil keluarga mampu mengenal masalah kesehatan Gastritis, keluarga mampu mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga dengan Gastritis, keluarga mampu merawat keluarga dengan Gastritis, keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang baik untuk penderita Gastritis dan keluarga belum mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan. Faktor mendukung

keluarga pada saat melakukan evaluasi sangat kooperatif pada pelaksanaan dan asuhan keperawatan pada keluarga Tn. K khususnya Ny. A dapat dilakukan dengan baik. Penggunaan strategi demonstrasi langsung dan menyebutkan kembali materi yang diberikan saat penyuluhan serta memberikan leaflet sebagai media informasi yang dapat digunakan keluarga Tn. K khususnya Ny. A untuk mengingatkan kembali apabila keluarga Tn. K lupa.

D. Kesimpulan

Pengkajian yang dilakukan terdiri dari peninjauan tahap 1 dan tahap 2. Dalam peninjauan tahap 1, didapatkan masalah Gastritis sebagai masalah prioritas. Pada peninjauan tahap 2, dikaitkan dengan 5 tugas keluarga. Untuk diagnosa keperawatan, diperoleh diagnosa Gangguan rasa nyaman : nyeri pada keluarga Tn. K khususnya Ny. A berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga untuk merawat anggota keluarganya dengan Gastritis. Untuk

perencanaan, dibuat berdasarkan teori dan mempertimbangkan sumber-sumber yang ada pada keluarga. Untuk pelaksanaan dilakukan sesuai perencanaan. Untuk evaluasi didapatkan pengetahuan anggota keluarga meningkat tentang masalah Gastritis, keluarga memutuskan untuk merawat anggota keluarga dengan Gastritis dan keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan yang ada.

Daftar pustaka

- Achjar, Komang. (2012). *Asuhan keperawatan keluarga*. Jakarta: CV Agung Seto
- Arief, Hariana. (2011). *812 Resep untuk mengobati 236 penyakit*. Depok: Penebar Swadaya
- Black, J. M., Hawks, J.H (2014). *Keperawatan medikal bedah edisi 8*. Jakarta: Salemba Medika
- Brunner&Suddarth. (2014). *Keperawatanmedikal bedah*. Jakarta: EGC
- Gusti, Salvani. (2013). *Buku ajar asuhan keperawatan keluarga*. Jakarta: Trans Info Media.
- Kimberly, A.J. (2014). *Kapita selekta penyakit*. Jakarta: EGC
- LeMone, P., dkk. (2016). *Keperawatan medikal bedah*. Jakarta: EGC
- Muhlisin,A.(2012).*Keperawatan Keluarga*.Yogyakarta: Gosyen Publishing
- Setiati, Siti. (2014). *Ilmu penyakit dalam Jilid II*. Jakarta: InternaPublishing
- Setiawan, R. (2016). *Teori & praktek keperawatan keperawatan keluarga*. Semarang: Unnes Press
- Tusakinah,2017.[Http://jurnal.fk.unand.ac.id](http://jurnal.fk.unand.ac.id). *Hubungan pola makan dan tingkat stress terhadap kekambuhan Gastritis diwilayah kerja puskesmas tarok kota payakumbuh tahun 2017*. Diakses 23 April 2019 Pukul 13.00 WIB