

**PENERAPAN IMAJINASI TERBIMBING (*GUIDED IMAGERY*)
TERHADAP NYERI GASTRITIS PADA KELUARGA**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan Mencapai
Gelar Ahli Madya Keperawatan Pada Program Studi Diploma III Keperawatan



Disusun Oleh :

Rahayu Gustiana

17.0601.0047

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG**

2020

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah

PENERAPAN IMAJINASI TERBIMBING (*GUIDED IMAGERY*) TERHADAP NYERI GASTRITIS PADA KELUARGA

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji
Karya Tulis Ilmiah Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang.

Magelang, 15 Juni 2020



Pembimbing I

Ns. Enik Suhariyanti, M.kep
NIK. 037606002

Pembimbing II

Ns. Sigit Priyanto, M.Kep
NIK. 207608164

ii Universitas Muhammadiyah Magelang

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh:

Nama : Rahayu Gustiana
NPM : 17.0601.0047
Program Studi : Program Studi Keperawatan (D3)
Judul KTI : Penerapan Imajinasi Terbimbing (*Guided Imgaery*)
Terhadap Nyeri Gastritis Pada Keluarga

Telah berhasil dipertahankan dihadapan TIM Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya pada Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.

TIM PENGUJI :

Penguji : Ns. Priyo, M.Kep (.....)
Utama NIK. 207608164
Penguji : Ns. Enik Suhariyanti, M.Kep (.....)
Pembimbing I NIK. 037606002
Penguji III : Ns. Sigit Priyanto, M.Kep (.....)
Pembimbing II NIK. 207608164

Ditetapkan di : Magelang

Tanggal : 15 Juni 2020

Mengetahui,

Dekan



Puji Widiyanto, S.Kp., M.Kep

NIK.947308063

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad, taufik, dan hidayah-Nya kepada kita semua sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul : **“Penerapan Imainasi Terbimbing (*Guided Imagery*) Terhadap Nyeri Gastritis Pada Keluarga”**. Penulis menyusun Karya Tulis Ilmiah ini sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan Progam Studi D3 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis banyak mengalami berbagai kesulitan. Namun berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak baik secara langsung maupun tidak langsung maka terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini. Untuk itu pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Puguh Widiyanto, S.Kep., M.Kep., selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
2. Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep., selaku Wakil Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
3. Ns. Reni Mareta, M.Kep., selaku Kepala Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
4. Ns. Enik Suhariyanti, M.Kep., selaku Dosen Pembimbing I, yang dalam penulisan karya tulis ilmiah ini senantiasa memberikan bimbingan dan pengarahan yang sangat berguna bagi penyusunan karya tulis ilmiah ini.
5. Ns. Sigit Priyanto, M.Kep., selaku Dosen Pembimbing II, yang bersedia membimbing, memotivasi, memberikan arahan dan saran dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
6. Seluruh Dosen dan Staf Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
7. Kedua orang tua yang saya cintai ibu, bapak serta keluarga besar penulis yang senantiasa memberikan do'a dan semangat yang tidak putus untuk kelancaran penyusunan karya tulis ini.

8. Sahabat dan rekan-rekan D3 Keperawatan angkatan 2017 Universitas Muhammadiyah Magelang, yang telah memberikan motivasi dan memberikan semangat serta memanjatkan do'a untuk kelancaran karya tulis ilmiah ini.
9. Semua pihak yang belum penulis cantumkan, terimakasih banyak atas dukungannya dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Semoga kebaikan, dukungan dan bimbingan mereka semua mendapatkan balasan dari Allah SWT Amin. Manusia tidak ada yang sempurna, oleh karena itu penulis menyadari penyusunan karya tulis ilmiah ini jauh dari kata sempurna, baik dalam tata bahasa ataupun tata cara penyajiannya, penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari pembaca.

Wassalamualaikum Wr.Wb.

Magelang, 15 Juni 2020

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan	3
1.4 Manfaat	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Teori Penyakit	5
2.1 Inovasi <i>Guided imagery</i>	29
2.2 Pathway.....	31
BAB 3 METODE STUDI KASUS	32
3.1 Desain Studi Kasus	32
3.2 Subyek Studi Kasus	32
3.3 Fokus Studi	32
3.4 Definisi Operasional dari Fokus Studi	32
3.5 Instrumen Studi Kasus	33
3.6 Metode Pengumpulan Data.....	33
3.7 Lokasi dan Waktu	34
3.8 Analisis Data	35
3.7 Etika Studi Kasus	35
BAB 5 PENUTUP.....	68
5.1 Kesimpulan	68
5.2 Saran	69
DAFTAR PUSTAKA	71

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Pengkajian nyeri.....	17
Tabel 2.2 Skala Deskriptif.....	18
Tabel 2.3 Kriteria Penentuan Masalah (Friedman, 2010).....	24

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Bagian lambung.....	8
Gambar 2.2 Lapisan dinding lambung	8
Gambar 2.3 Skala NRS	18
Gambar 2.4 Skala Wajah.....	18
Gambar 2.5 Pathway Gastritis (Indayani, 2018)(Nurarif, 2013)	31

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gastritis atau disebut dengan penyakit maag merupakan salah satu penyakit yang banyak dijumpai di masyarakat umum, penyakit ini dapat menyerang semua kalangan masyarakat, biasanya terjadi pada usia produktif yang rentan terserang Gastritis, dari tingkat kesibukan dan gaya hidup yang kurang memperhatikan kesehatan serta stres yang mudah terjadi akibat pengaruh faktor - faktor lingkungan yang bisa menyebabkan munculnya gejala Gastritis (Hoesny, 2019).

Namun di zaman modern ini kehidupan di masyarakat semakin mengkhawatirkan ditandai dengan kesalahan pola makan yang menjadi trend saat ini. Kesalahan-kesalahan pola makan masyarakat saat ini menjadi sebuah kebiasaan yang dapat menimbulkan berbagai macam penyakit salah satunya adalah penyakit Gastritis yang di sebabkan oleh pola makan yang tidak teratur (Dwi Wahyuni, 2017).

Kesadaran masyarakat terkait pentingnya menjaga kesehatan lambung dan pola makan sangat kurang sehingga mempengaruhi pola konsumsi makanan, pola konsumsi makanan yang tidak baik menjadi kebiasaan yang buruk seperti kurang memperhatikan makanan yang dikonsumsi baik jenis makanan yang harus di hindari, frekuensi makan dalam sehari dan jadwal makan yang tepat untuk penderita Gastritis (Bagas, 2016).

Faktor penyebab Gastritis adalah pola makan yang tidak teratur, merokok, asupan alkohol, stress fisik dan stress psikologi. Salah satu penyebab munculnya kekambuhan pada penderita Gastritis adalah kebiasaan pola makan yang kurang baik (Ardiani, 2019), Gastritis muncul biasanya diawali dengan pola makan yang tidak teratur sehingga asam lambung menjadi meningkat dan menyebabkan peradangan yang dapat mengakibatkan pembengkakan mukosa lambung sampai terlepasnya epitel akan merangsang timbulnya proses inflamasi pada lambung (Tussakinah et al., 2018).

Badan penelitian kesehatan WHO mengadakan tinjauan dalam beberapa negara mengenai angka kejadian gastritis dengan hasil, Inggris 22%, China 31%, Jepang 14,5%, Kanada 35%, Prancis 29,5%. Insiden kejadian gastritis di Asia Tenggara 583.635 dari jumlah penduduk setiap tahunnya (Tussakinah & Burhan, 2018). Berdasarkan profil kesehatan Indonesia tahun 2014, Gastritis termasuk kedalam sepuluh penyakit terbanyak pada pasien rawat inap di rumah sakit di Indonesia dengan jumlah 30.154 kasus (4,9%) (Yuda, 2017).

Provinsi Jawa Tengah tahun 2013 angka kejadian gastritis cukup tinggi mencapai 76,6% (Mia Khoirul Amin, Hendri Tamara Yuda, 2017). Data yang didapatkan dari Badan Pusat Statistik Kabupaten Magelang tahun 2017 didapatkan hasil Gastritis masuk dalam 10 kasus penyakit terbanyak di Kabupaten Magelang dengan jumlah kasus 21.026 penderita gastritis (BPS, 2018).

Dampak dari penyakit Gastritis dapat mengganggu aktivitas pasien sehari-hari karena munculnya berbagai keluhan seperti rasa sakit ulu hati, rasa terbakar, mual, muntah lemas, tidak nafsu makan dan keluhan-keluhan lainnya (Dwi Wahyuni, 2017). Biasanya masyarakat kurang pengetahuan mengenai bagaimana cara untuk mengatasi nyeri pada Gastritis pengaturan pola makan sehari – hari karena pola makan juga mempengaruhi kejadian penyakit Gastritis. Pola makan yang tidak sesuai baik frekuensi, makan tidak teratur atau tidak makan apapun dalam waktu relative lama, akibatnya, kadar asam lambung terkikis hingga menimbulkan semacam tukak. Jika pengikisan sudah terjadi, Gastritis pun akan semakin beresiko gejala penyakit yang muncul tidak lagi sekedar mual, muntah atau sakit perut, tetapi juga meningkat hingga feses yang berdarah (Mappagerang & Hasnah, 2017).

Penatalaksanaan Gastritis dapat dilakukan dengan teknik farmakologi yaitu dengan obat – obatan untuk meredakan rasa nyeri, diantaranya analgesik nonpiood/Obat Anti Inflamasi Nonsteroid (OAINS). Selain itu dapat juga dilakukan dengan teknik non farmakologi dengan cara manajemen nyeri untuk mengurangi kekambuhan pada Gastritis. Penerapan manajemen nyeri bisa menggunakan

dengan teknik *Guided Imagery*. Tetapi masyarakat terbiasa dengan mengonsumsi obat – obatan untuk meredakan nyeri. (Ardiani, 2019).

Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik untuk menerapkan inovasi untuk mengatasi tingkat nyeri gastritis dengan judul “Penerapan Imajinasi Terbimbing (*Guided Imagery*) Terhadap Nyeri Gastritis.”

1.2 Rumusan Masalah

Kesalahan pola makan masyarakat saat ini menjadi sebuah kebiasaan yang dapat menimbulkan Gastritis yang di sebabkan karena pola makan tidak teratur, kondisi stres, serta mengonsumsi makanan yang tidak baik seperti makanan yang asam, pedas atau kecut. Dampak dari penyakit Gastritis dapat mengganggu aktifitas pasien sehari-hari karena munculnya berbagai keluhan seperti rasa sakit di ulu hati, mual, muntah, lemas, tidak nafsu makan. Bila penyakit ini tidak ditangani secara optimal dan di biarkan hingga kronis, Gastritis akan berkembang menjadi ulkus peptikus yang pada akhirnya mengalami komplikasi perdarahan, perforasi gaster, peritonitis dan bahkan kematian (Dwi Wahyuni, 2017). Namun dapat diatasi dengan teknik non farmakologi dengan cara Imajinasi Terbimbing (*Guided Imagery*) untuk mengurangi nyeri pada Gastritis. (Proyoto, 2014)

Maka penulis merumuskan masalah yakni “Bagaimana pengaruh dari penerapan imajinasi terbimbing (*Guided Imagery*) terhadap nyeri gastritis pada keluarga?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Memahami dan mengaplikasikan asuhan keperawatan keluarga pada klien dengan nyeri Gastritis menggunakan inovasi Imajinasi Terbimbing (*Guided Imagery*).

1.3.2 Tujuan khusus

1.3.2.1 Untuk mengidentifikasi pengkajian asuhan keperawatan keluarga pada klien dengan nyeri Gastritis.

1.3.2.2 Mampu merumuskan diagnosa keperawatan keluarga pada nyeri Gastritis

1.3.2.3 Mampu merumuskan intervensi keperawatan keluarga dengan nyeri Gastritis menggunakan inovasi Imajinasi Terbimbing (*Guided Imagery*).

1.3.2.4 Mampu melakukan implementasi keperawatan pada keluarga terhadap nyeri Gastritis dengan penerapan Imajinasi Terbimbing (*Guided Imagery*).

1.3.2.5 Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada keluarga dengan nyeri Gastritis menggunakan metode Imajinasi Terbimbing (*Guided Imagery*).

1.3.2.6 Mampu melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan keluarga pada klien dengan nyeri Gastritis. dengan metode Imajinasi Terbimbing (*Guided Imagery*).

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi klien dan keluarga

Mampu melakukan Imajinasi Terbimbing (*Guided Imagery*) yang diajarkan dalam mengatasi nyeri Gastritis.

1.4.2 Bagi Masyarakat

Menambah wawasan tentang Imajinasi Terbimbing (*Guided Imagery*) terhadap penurunan nyeri Gastritis.

1.4.3 Bagi Pelayanan Kesehatan

Sebagai sumber informasi dan pengembangan ilmu pengetahuan kepada keluarga di komunitas khususnya tentang penatalaksanaan nyeri Gastritis.

1.4.4 Bagi Penulis

Menambah wawasan terkait penerapan Imajinasi Terbimbing (*Guided Imagery*) terhadap penurunan nyeri Gastritis.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Teori Penyakit

2.1.1 Definisi Gastritis

Gastritis adalah suatu peradangan lokal atau menyebar pada mukosa lambung yang berkembang bila mekanisme protektif mukosa dipenuhi dengan bakteri atau bahan iritan, Gastritis dapat juga disebut dengan radang lambung yang dapat menyerang setiap orang dengan segala usia. Biasanya penderita merasa nyeri, mual, perih (kembung dan sesak) pada bagian atas perut (ulu hati) sehingga nafsu makan penderita menjadi menurun secara drastis, wajah pucat, suhu naik, keluar keringat dingin, dan sering bersendawa terutama dalam keadaan lapar (Ningsih, 2018).

Gastritis adalah istilah yang mencakup serangkaian kondisi yang hadir dengan inflamasi mukosa lambung. Kondisi ini diklasifikasikan berdasarkan waktu perjalanan (baik akut maupun kronis), pemeriksaan histologi (biopsi), dan mekanisme patogenik yang diajukan. 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 (Hawks, 2014)

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa penyakit Gastritis merupakan peradangan pada mukosa lambung yang bersifat secara akut, kronis, difus atau lokal akibat infeksi dari bakteri, obat-obatan dan bahan iritan lain, sehingga menyebabkan kerusakan-kerusakan atau perlukaan yang menyebabkan erosi pada lapisan-lapisan tersebut dengan gambaran klinis yang ditemukan berupa anoreksia, rasa penuh, tidak enak pada epigastrium, mual dan muntah.

2.1.2 Klasifikasi

Gastritis dapat dibedakan sesuai dengan klasifikasinya sebagai berikut :

2.1.2.1 Gastritis Akut

Gastritis akut disebabkan oleh stress, zat kimia misalnya obat – obatan dan alkohol, makanan yang pedas, panas maupun asam. Pada penderita yang mengalami stress akan terjadi perangsangan saraf simpatis N.V (Nervus Vagus) yang akan meningkatkan produksi asam klorida (HCl) dalam lambung. Adanya HCl yang berada di dalam lambung akan menimbulkan rasa mual, muntah, dan anoreksia (Kasron, 2018).

Gastritis akut merupakan peradangan pada mukosa lambung yang menyebabkan erosi dan perdarahan mukosa lambung akibat terpapar pada zat iritan. Erosi tidak mengenai lapisan otot lambung. Inflamasi akut mukosa lambung pada sebagian besar kasus merupakan penyakit ringan. Penyebab terberat dari gastritis akut adalah makanan yang bersifat asam, yang dapat menyebabkan mukosa menjadi perforasi pembentukan jaringan parut dapat terjadi akibat obstruksi pylorus (Smeltzer, 2018).

Gastritis akut adalah proses peradangan mukosa sementara, yang mungkin tidak menimbulkan gejala atau menyebabkan berbagai derajat nyeri epigastrium, mual dan muntah. Pada kasus yang lebih parah, mungkin terdapat erosi mukosa, ulkus, perdarahan, hematemesis, melena (Kumar, 2015).

2.1.2.2 Gastritis Kronik

Gastritis kronis adalah inflamasi lambung dalam jangka waktu lama dan dapat disebabkan oleh ulkus maligna dari lambung atau leh bakteri *Helicobacter Pylory* (Mardalena, 2018).

Gastritis kronis merupakan keadaan terjadinya perubahan inflamatorik yang kronis pada mukosa lambung sehingga akhirnya terjadi atrofi mukosa dan

metaplasia epitel. Keadaan ini menjadi latar belakang munculnya gastritis (Ida, 2018).

Sebagian besar kasus Gastritis kronik merupakan salah satu dari dua tipe yaitu : Tipe A yang merupakan gastritis autoimun adanya antibody terhadap sel parietal yang pada akhirnya dapat menimbulkan atropi mukosa lambung dan Tipe B merupakan Gastritis yang terjadi akibat *Helicobacter Pylory* terdapat inflamasi yang difusi pada lapisan mukosa sampai muskularis, sehingga sering menyebabkan perdarahan dan erosi (Kasron, 2018)

Gastritis kronik merupakan peradangan permukaan mukosa lambung yang bersifat menahun, resiko terjadinya kanker gastrik yang berkembang dikatakan meningkat setelah 10 tahun gastritis kronik (Yuda, 2017)

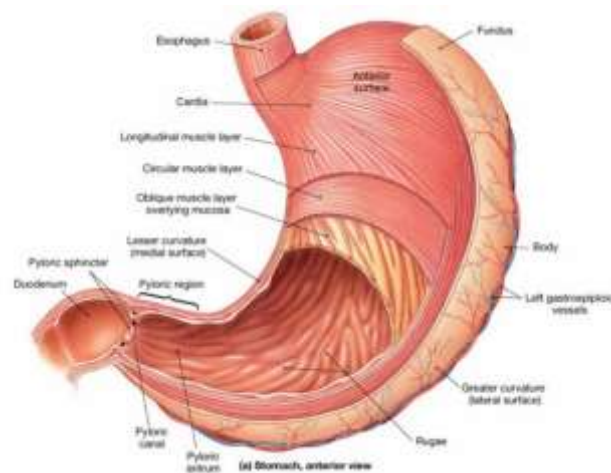
2.1.3 Anatomi Fisiologi

Lambung adalah organ pencernaan yang paling melebar dan terletak diantara bagian akhir dari esophagus dan awal dari usus besar. Lambung merupakan ruang berbentuk katong mirip huruf “J” dengan volume 1200-1500 ml pada saat berdilatasi berada dibawah diaphragma, terletak pada region epigastric, umbilical, dan hipokondria kiri pada region andomen. Seluruh organ lambung terdapat didalam rongga peritoneum dan ditutupi oleh omentum (Kunuria, 2018).

Lambung terbagi menjadi 5 bagian yaitu :

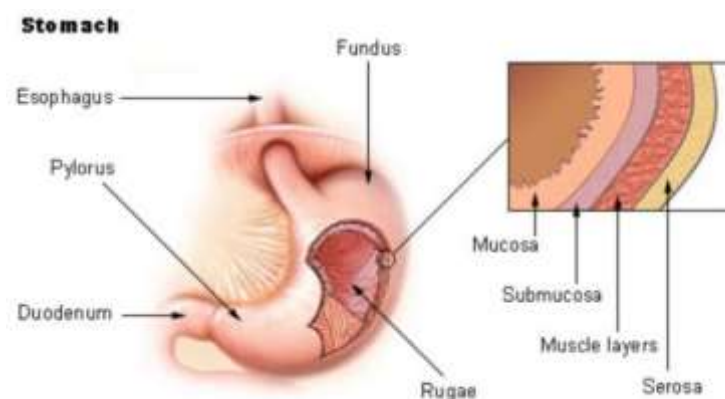
- a. Kardia, daerah yang kecil terdapat pada bagian superior di dekat gastroesophageal junction, dan terletak sebagai pintu masuk ke lambung.
- b. Fundus, bagian berbentuk kubah yang berlokasi pada bagian kiri dari kardia dan meluas ke superior melebihi tinggi gastroesophageal junction.
- c. Kopus (badan), merupakan 2/3 bagian dari lambung dan berada dibawah fundus sampai ke bagian paling bawah yang melengkung ke kanan berbentuk huruf “J”, rongga longitudinal yang berdampingan dengan fundus dan merupakan bagian terbesar dari lambung.

- d. Antrum pilori, adalah 1/3 bagian distal dari lambung, yang menghubungkan badan ke pilorik dan terdiri dari otot yang kuat. Keberadaannya secara horizontal meluas dari korpus hingga ke sphincter pilori.
- e. Sphincter Pilori, merupakan bagian tubulus yang paling distal dari lambung. Bagian ini secara keseluruhan dikelilingi oleh lapisan otot yang tebal dan berfungsi untuk mengontrol lewatnya makanan ke duodenum (Kunuria, 2018).



Gambar 2.1 Bagian lambung

Sedangkan secara mikroskopis dinding lambung tersusun dari 4 lapisan dasar utama yaitu lapisan mukosa, submukosa, muskularis eksterna, dan serosa.



Gambar 2.2 Lapisan dinding lambung

2.1.3.1 Lapisan mukosa

Menurut (Kasron, 2018) Lapisan dalam lambung tersusun dari lipatan longitudinal yang disebut rugae. Dengan adanya lipatan-lipatan ini lambung dapat berdistensi sewaktu diisi makanan. Pada lapisan mukosa terdapat 3 jenis sel, yaitu :

- a. Sel goblet, berfungsi untuk memproduksi mukus atau lendir yang menjaga lapisan dalam tidak rusak.
- b. Sel parietal, berfungsi untuk menghasilkan asam lambung dan berperan untuk mengaktifkan enzim pepsin.
- c. Sel chief, berfungsi untuk memproduksi pepsinogen (enzim pepsin dalam bentuk tidak aktif). Enzim ini diproduksi dalam bentuk tidak aktif agar tidak mencerna protein yang dimiliki sel tersebut.

2.1.3.2 Lapisan submukosa

Terdiri dari jaringan areolar yang menghubungkan lapisan mukosa dan lapisan muskularis. Jaringan ini memungkinkan mukosa bergerak bersama gerakan peristaltik.

2.1.3.3 Lapisan muskularis

Terdiri dari tiga lapisan otot polos, susunan serat otot yang unik memungkinkan berbagai macam kontraksi yang diperlukan untuk memecahkan makanan menjadi partikel-partikel yang kecil, mengaduk dan mencampur makanan tersebut dengan cairan lambung dan mendorong ke arah duodenum.

2.1.3.4 Lapisan serosa

Merupakan lapisan terluar yang fungsinya sebagai pelindung. Sel yang terdapat pada lapisan ini memproduksi sejenis cairan yang dapat mengurangi gesekan antara lambung dengan organ pencernaan lainnya (Kunuria, 2018).

2.1.4 Etiologi

Menurut (Lescher, 2017) penyebab gastritis yaitu

- a. Konsumsi obat-obatan kimia digitalis (asetaminofen/aspirin, steroid kortikosteroid). Asetaminofen dan kortikosteroid dapat mengakibatkan iritasi pada mukosa lambung, NSAIDS (nonsteroid anti inflamasi drugs) dan kortikosteroid menghambat sintesis prostaglandin, sehingga sekresi HCL meningkat dan menyebabkan suasana lambung menjadi sangat asam dan menimbulkan iritasi mukosa lambung.
- b. Konsumsi alkohol dapat menyebabkan kerusakan mukosa gaster.
- c. Terapi radiasi, reflux empedu, zat-zat korosif (cuka, lada) dapat menyebabkan kerusakan mukosa gaster dan menimbulkan edema serta pendarahan.
- d. Kondisi stress atau tertekan (trauma, luka bakar, kemoterapi, dan kerusakan susunan saraf pusat) merangsang peningkatan produksi HCL lambung.
- e. Infeksi oleh bakteri, seperti *Helicobacter pylori*, *Eschericia coli*, salmonella, dan lain-lain.
- f. Penggunaan antibiotik, terutama untuk infeksi turut mempengaruhi penularan kuman di komunitas, karena antibiotik tersebut mampu mengeradikasi infeksi *Helicobacter pylori*, walaupun persentase keberhasilannya sangat rendah.
- g. Jamur dari spesies candida, seperti *Histoplasma capsulatum* dan *Mukonaceace* dapat menginfeksi mukosa gaster hanya pada pasien immunocompromized. Pada pasien yang sistem imunnya baik, biasanya tidak dapat terinfeksi oleh jamur. Sama dengan jamur, mukosa lambung bukan tempat yang mudah terkena infeksi parasite.

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 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, yang dapat menurunkan produksi bikarbonat yang dapat berakibat menurunkan kemampuan protektif terhadap asam (Hawks, 2014).

Dari 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 ke lambung yang akan menyebabkan mual, serta dorongan ekspulsi isi lambung ke mulut 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 (Hawks, 2014).

2.1.6 Manifestasi klinis

Menurut (Kasron, 2018) Adapun tanda gejala Gastritis mencakup nyeri abdomen. Hal ini dapat disebabkan karena adanya peradangan yang terjadi akibat adanya iritasi pada mukosa lambung. Namun, gejala yang menyertai tidak hanya ditandai dengan rasa nyeri tetapi rasa tidak nyaman pada lambung seperti mual atau kembung juga merupakan gejala sakit Gastritis.

Pada Gastritis akut, sindrom dispepsia berupa nyeri epigastrium, mual, kembung, muntah, merupakan salah satu keluhan yang sering muncul. Ditemukan pula perdarahan saluran cerna berupa hematemesis dan melena, kemudian disusul dengan tanda-tanda anemia pasca perdarahan. Biasanya, jika dilakukan anamnesis lebih dalam, terdapat riwayat penggunaan obat-obatan atau bahan kimia tertentu (Kasron, 2018).

Pada Gastritis kronis, bagi sebagian orang gastritis kronis tidak menyebabkan gejala apapun. Hanya sebagian kecil mengeluh nyeri ulu hati, anoreksia, mual dan pada pemeriksaan fisik tidak dijumpai kelainan. Gastritis kronis yang berkembang secara bertahap biasanya menimbulkan gejala seperti sakit yang tumpul atau ringan pada perut bagian atas dan terasa penuh atau kehilangan selera setelah makan beberapa gigitan (Kasron, 2018).

2.1.7 Pemeriksaan penunjang

2.1.7.1 Pemeriksaan darah lengkap

Menurut (Tratami, 2017) Pemeriksaan ini bertujuan untuk memeriksa adanya antibodi *H.pylori* dalam darah. Hasil tes yang positif menunjukkan bahwa penderita pernah kontak dengan bakteri pada suatu waktu dalam hidupnya, tapi itu menunjukkan bahwa penderita tersebut terkena infeksi. Pemeriksaan darah juga dapat dilakukan untuk memeriksa anemia, yang terjadi akibat perdarahan lambung.

2.1.7.2 Pemeriksaan Endoscopy

Pemeriksaan ini dapat dilihat adanya ketidak normalan pada saluran cerna atas yang dapat dilihat menggunakan sinar-X. Jika ada jaringan yang mencurigakan kemudian akan diambil sedikit sampel dari jaringan tersebut. Hampir tidak ada resiko akibat pemeriksaan ini . Komplikasi yang sering terjadi adalah rasa tidak nyaman pada tenggorokan akibat menelan endoskop (Tratami, 2017).

2.1.7.3 Pemeriksaan feses

Pemeriksaan ini bertujuan untuk memeriksa apakah terdapat atau tidaknya *H. pylori* dalam feses. Hasil yang positif dapat mengindikasikan terjadinya infeksi. Pemeriksaan ini juga dilakukan terhadap adanya darah dalam feses. Hal ini menunjukkan adanya perdarahan pada lambung (Tratami, 2017).

2.1.7.4 Pemeriksaan rontgen saluran cerna atas

Pemeriksaan ini akan melihat adanya tanda – tanda Gastritis atas penyakit pencernaan lainnya. Biasanya akan diminta menelan cairan barium terlebih dahulu sebelum dilakukan rontgen. Cairan ini akan melapisi saluran cerna dan akan terlihat lebih jelas ketika di rontgen (Tratami, 2017).

2.1.8 Penatalaksanaan

2.1.8.1 Penatalaksanaan farmakologi

Menurut (Burmana, 2015) Pengobatan yang dilakukan terhadap gastritis bergantung pada penyebabnya. Pada banyak kasus gastritis, pengurangan asam lambung dengan bantuan obat sangat bermanfaat. Antibiotik untuk menghilangkan infeksi. Penggunaan obat-obatan yang mengiritasi lambung juga harus dihentikan. Pengobatan lain juga diperlukan bila timbul komplikasi atau akibat lain dari gastritis. Kategori obat pada gastritis adalah :

- a. Antasid : menetralisir asam lambung dan menghilangkan nyeri.
- b. Acid blocker membantu mengurangi jumlah asam lambung yang diproduksi.
- c. Proton pump inhibitor : menghentikan produksi asam lambung

2.1.8.2 Penatalaksanaan non farmakologi

- a. Diet makan yang dapat merangsang peningkatan asam lambung, sehingga dapat mengurangi resiko inflamasi pada lambung.
- b. Manajemen stress, sebab stress dapat mempengaruhi sekresi lambung.
- c. Hindari minum yang mengandung alkohol karena dapat mengiritasi lambung yang akan mengakibatkan terjadinya inflamasi dan perdarahan.
- d. Berolahraga secara teratur bertujuan untuk membantu mempercepat aliran makan melalui usus.

2.1.9 Komplikasi

Komplikasi yang mungkin terjadi pada penderita gastritis menurut (Hawks, 2014) adalah :

- a. Gastritis akut

Terjadinya perdarahan pada saluran cerna bagian atas berupa hematemesis dan melena dapat berakhir sebagai syok hemoragik. Khusus untuk perdarahan saluran cerna bagian atas, perlu dibedakan dengan tukak peptic. Gambaran klinis yang diperhatikan hampir sama, namun pada tukak peptic penyebab utamanya adalah infeksi *Helicobacter pylori*, sebesar 100% pada tukak duodenum dan 60 – 90% pada tukak lambung. Diagnosis dapat ditegakkan dengan endoskopi.

b. Gastritis kronik

Komplikasi yang muncul pada gastritis kronik adalah perdarahan saluran cerna bagian atas, ulkus, perforasi dan pemeriksaan fisik tidak dijumpai kelainan.

Pada penderita gastritis kronik dapat terjadi atrofi lambung menyebabkan gangguan penyerapan terutama vitamin B12 selanjutnya dapat menyebabkan anemia perniosa. Keduanya dapat dipisahkan dengan memeriksa antibody terhadap faktor intrinsik. Penderita anemia perniosa biasanya mempunyai antibody terhadap faktor intrinsik dalam serum atau cairan gasternya. Selain vitamin B12, penyerapan besi juga dapat terganggu. Gastritis kronik antrum pylorus dapat menyebabkan penyempitan daerah antrum pylorus.

2.1.10 Konsep nyeri

2.1.10.1 Definisi

Menurut (Tetty, 2015) nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif. Perasaan nyeri pada setiap orang berbeda dalam hal skala ataupun tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya.

Nyeri sering sekali dijelaskan dan istilah destruktif jaringan seperti ditusuk-tusuk, panas terbakar, melilit, seperti emosi, pada perasaan takut, mual dan mabuk. Terlebih, setiap perasaan nyeri dengan intensitas sedang sampai kuat disertai oleh rasa cemas dan keinginan kuat untuk melepaskan diri dari atau meniadakan perasaan itu. Rasa nyeri merupakan mekanisme pertahanan tubuh, timbul bila ada jaringan rusak hal ini akan menyebabkan individu bereaksi dengan memindahkan stimulus nyeri.

2.1.10.2 Teori nyeri

a. Teori Intensitas (*The Intensity Theory*)

Nyeri adalah hasil rangsangan yang berlebihan pada receptor. Setiap rangsangan sensori punya potensi untuk menimbulkan nyeri jika intensitasnya cukup kuat (Saifullah, 2015).

b. Teori Kontrol Pintu (*The Gate Control Theory*)

Teori gate control menyatakan bahwa impuls nyeri dapat diatur dan dihambat oleh mekanisme pertahanan disepanjang system saraf pusat, dimana impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan dibuka dan impuls dihambat saat sebuah pertahanan ditutup (Saifullah, 2015).

c. Teori Pola (*Pattern theory*)

Teori ini menjelaskan bahwa nyeri di sebabkan oleh berbagai reseptor sensori yang di rangsang oleh pola tertentu, dimana nyeri ini merupakan akibat dari stimulasi reseptor yang menghasilkan pola dari impuls saraf (Saifullah, 2015).

d. Endogenous Opiat Theory

Teori ini dikembangkan oleh Avron Goldstein, ia mengemukakan bahwa terdapat substansi seperti opiat yang terjadi selama alami didalam tubuh, substansi ini disebut endorphine yang mempengaruhi transmisi impuls yang diinterpretasikan sebagai nyeri. Endorphine mempengaruhi transmisi impuls yang diinterpretasikan sebagai nyeri. Endorphine kemungkinan bertindak sebagai neurotransmitter maupun neuromodulator yang menghambat transmisi dari pesan nyeri (Hidayat, 2014).

2.1.10.3 Fisiologi nyeri

Munculnya nyeri berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri tersebar pada kulit dan mukosa dimana reseptor nyeri memberikan respon jika adanya stimulasi atau rangsangan. Stimulasi tersebut dapat berupa zat kimia seperti histamine, bradikinin, prostaglandin dan macam-macam asam yang terlepas apabila terdapat kerusakan pada jaringan akibat kekurangan oksigen. Stimulasi yang lain dapat berupa termal, listrik, atau mekanis.

Nyeri dapat dirasakan jika reseptor nyeri tersebut menginduksi serabut saraf perifer aferen yaitu serabut A-delta dan serabut C. Serabut Adelta memiliki myelin, mengimpulskan nyeri dengan cepat, sensasi yang tajam, jelas melokalisasi sumber nyeri dan mendeteksi intensitas nyeri. Serabut C tidak memiliki myelin, berukuran sangat kecil, menyampaikan impuls yang terlokalisasi buruk, visceral dan terus-menerus.

Menurut Potter & Perry Ketika serabut C dan A-delta menyampaikan rangsang dari serabut saraf perifer maka akan melepaskan mediator biokimia yang aktif terhadap respon nyeri, seperti : kalium dan prostaglandin yang keluar jika ada jaringan yang rusak. Transmisi stimulus nyeri berlanjut di sepanjang serabut saraf aferen sampai berakhir di bagian kornu dorsalis medulla spinalis. Didalam kornu dorsalis, neurotransmitter seperti substansi P dilepaskan sehingga menyebabkan suatu transmisi sinapsis dari saraf perifer ke saraf traktus spinolatus. Selanjutnya informasi di sampaikan dengan cepat ke pusat thalamus (Kristanto, 2017).

2.1.10.4 Jenis – jenis nyeri

a. Nyeri akut

Nyeri Akut merupakan nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga kurang dari 6 bulan biasanya dengan awitan tiba-tiba dan umumnya berkaitan dengan cedera fisik. Nyeri akut mengindikasikan bahwa kerusakan atau cedera telah terjadi. Jika kerusakan tidak lama terjadi dan tidak ada penyakit sistemik, nyeri akut biasanya menurun sejalan dengan terjadinya penyembuhan. Nyeri ini umumnya terjadi kurang dari enam bulan dan biasanya kurang dari satu bulan. Salah satu nyeri akut yang terjadi adalah nyeri pasca pembedahan.

b. Nyeri kronik

Nyeri kronik merupakan nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri ini juga sering di definisikan sebagai nyeri yang berlangsung selama enam bulan atau lebih, meskipun enam bulan merupakan suatu periode yang dapat berubah untuk membedakan nyeri akut dan nyeri kronis.

2.1.10.5 Mengkaji Persepsi Nyeri

Tabel 2.1 Pengkajian nyeri

<i>Onset</i>	Kapan nyeri muncul? Berapa lama nyeri? Berapa sering nyeri muncul?
<i>Provoking</i>	Apa yang menyebabkan nyeri? Apa yang membuatnya berkurang? Apa yang membuat nyeri bertambah parah?
<i>Quality</i>	Bagaimana rasa nyeri yang dirasakan? Bisakan di gambarkan?
<i>Region</i>	Dimanakah lokasinya? Apakah menyebar?
<i>Severity</i>	Berapa skala nyerinya? (dari 0-10)
<i>Treatment</i>	Pengobatan atau terapi apa yang digunakan?
<i>Understanding</i>	Apa yang anda percayai tentang penyebab nyeri ini? Bagaimana nyeri ini mempengaruhi anda atau keluarga anda?
<i>Values</i>	Apa pencapaian anda untuk nyeri ini?

2.1.10.6 Mengkaji Intensitas Nyeri

a. Skala Deskriptif Verbal

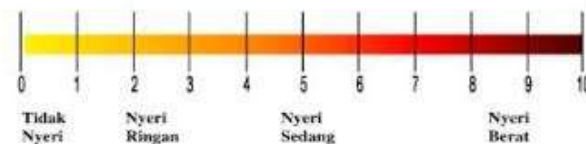
Skala deskriptif verbal merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsian yang tersusun dengan jarak yang sama disepanjang garis. Pendeskripsian ini dirangking dari “tidak nyeri” sampai “nyeri tidak tertahankan”. Perawat menunjukan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan.

Tabel 2.2 Skala Deskriptif

Deskriptif					
<i>Tidak nyeri</i>	Nyeri ringan	Nyeri sedang	Nyeri berat	Nyeri yang tidak tertahankan	

b. Skala Penilaian Numerik (NRS)

Skala penilaian numerik atau *Numeric Rating Scale* (NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10.



Gambar 2.3 Skala NRS

c. Skala Nyeri Wajah

Skala wajah terdiri atas enam wajah dengan profil kartun yang menggambarkan wajah yang sedang tersenyum (tidak merasa nyeri), kemudian secara bertahap meningkat menjadi wajah kurang bahagia, wajah yang sangat sedih sampai wajah yang sangat ketakutan (nyeri yang sangat).



Gambar 2.4 Skala Wajah

2.1.11 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Nyeri Gastritis

2.1.11.1 Pengkajian

a. Data Umum Keluarga Pengkajian data umum keluarga meliputi :

- 1) Nama Kepala Keluarga (KK)
- 2) Alamat dan Nomor Telepon
- 3) Umur dan Jenis Kelamin KK

Umur dan jenis kelamin mempengaruhi penyakit gastritis. Sebagian besar penyakit gastritis yang terjadi di negara maju mengenai usia tua. Dalam beberapa survei mengatakan bahwa penyakit gastritis lebih sering menyerang usia produktif pada laki-laki. Pada usia produktif ini merupakan saat dimana kerap mengabaikan rasa lapar dan sering mengalami stress karena pencarian jati diri (Kristanto, 2017).

- 4) Pendidikan KK

Pendidikan sangatlah berpengaruh dalam pemeliharaan kesehatan. Orang yang terkena gastritis biasanya kurang memperhatikan kesehatannya, sering mengabaikan rasa lapar, nyeri perut yang menimbulkan Gastritis.

- 5) Pekerjaan KK

Pekerjaan sangat mempengaruhi penyakit gastritis. Stressor dalam dunia pekerjaan, ataupun kelelahan karena bekerja menyebabkan Gastritis.

- 6) Komposisi Keluarga

Komposisi keluarga terdiri dari nama anggota keluarga, jenis kelamin, hubungan dengan kepala keluarga, umur, pendidikan, dan pekerjaan. Setiap keluarga diharapkan mampu ikut serta merawat anggota keluarga yang mengalami Gastritis.

- 7) Tipe Keluarga

Menjelaskan mengenai jenis tipe keluarga beserta kendala atau masalah-masalah yang terjadi dengan jenis tipe keluarga tersebut. Tipe pembagian keluarga yaitu tradisional dan non tradisional. Gastritis lebih banyak menyerang daerah perkotaan karena stressor dan kondisi lingkungan dalam perkotaan kuat di banding perdesaan.

- 8) Status Sosial Ekonomi

Status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya. Selain itu status sosial ekonomi ditentukan pula oleh kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki keluarga, siapa yang mengatur keuangan. Sebgain besar status ekonomi mempengaruhi pada penyakit Gastritis. Biasanya keluarga dengan perekonomian rendah akan lebih banyak menderita Gastritis.

9) Aktivitas Reaksi Keluarga

Menjelaskan mengenai kebiasaaan keluarga dalam reaksi atau refresing. Rekreasi tidak harus ketempat wisata, namun menonton TV, mendengarkan radio, juga merupakan aktivitas rekreasi keluarga. Rekreasi adalah salah satu cara sebagai penghilang stress, stress merupakan salah satu penyebab dari kejadian Gastritis.

b. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

Riwayat gastritis pada keluarga sejauh ini belum ada penelitian yang menunjukkan bahwa riwayat mempengaruhi ke keturunan. Tahap perkembangan keluarga pada kasus gastritis lebih sering menyerang pada usia produktif karena ketidakefektifan dalam menjaga kesehatan.

c. Pengkajian Lingkungan

1) Karakteristik rumah

Menjelaskan mengenai luas rumah, tipe, jumlah ruang, jumlah jendela, pemanfaatan ruang, penempatan perabot rumah tangga, jenis WC, serta jarak WC ke sumber air.

2) Karakteristik tetangga dalam komunitas setempat

Menjelaskan mengenai lingkungan fisik setempat, kebiasaan budaya yang mempengaruhi kesehatan.

3) Mobilitas geografis keluarga

Menjelaskan mengenai kebiasaan keluarga berpindah tempat.

4) Perkumpulan keluarga dalam interaksi dengan masyarakat

Menjelaskan mengenai keluarga berkumpul, sejauh mana keterlibatan keluarga dalam pertemuan dengan masyarakat.

5) Sistem pendukung keluarga

Yang termasuk pada sistem pendukung keluarga adalah jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas-fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan. Fasilitas mencakup fasilitas fisik, fasilitas psikologi atau dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan dari masyarakat setempat.

d. Struktur Keluarga

1) Pola Komunikasi Keluarga

Menjelaskan mengenai cara komunikasi dengan keluarga serta frekuensinya.

2) Struktur Kekuatan Keluarga

Menjelaskan mengenai kemampuan keluarga untuk merubah perilaku antara anggota keluarga.

3) Struktur Peran

Menjelaskan mengenai peran anggota keluarga dalam keluarga dan masyarakat yang terbagi menjadi peran formal dan informal.

4) Nilai atau Norma Keluarga

Menjelaskan mengenai nilai atau norma yang dianut keluarga terkait dengan kesehatan.

e. Fungsi Keluarga

1) Fungsi Afektif

Perasaan memiliki, dukungan, kehangatan, kasih sayang, saling menghargai dan lainnya.

2) Fungsi Sosialisasi

Interaksi dan hubungan dengan anggota keluarga, proses mendidik anak, disiplin, norma, budaya, perilaku.

3) Fungsi Perawatan Kesehatan

a) Mengetahui masalah kesehatan, sejauh mana keluarga mengetahui fakta kesehatan tentang gastritis yang meliputi: pengertian, tanda gejala, penyebab, serta persepsi keluarga tentang masalah gastritis yang dialami keluarga.

b) Mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat bagi gastritis, sejauh mana keluarga mengerti sifat dan luasnya masalah tentang gastritis.

c) Merawat anggota yang sakit, sejauh mana keluarga mengetahui keadaan penyakit gastritis, sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, sumber-

sumber yang ada dalam keluarga, untuk perawatan anggota keluarga dan sikap keluarga terhadap anggota keluarga dengan penyakit Gastritis.

d) Memelihara lingkungan yang sehat, sejauh mana keluarga mengetahui sumber-sumber keluarga yang dimiliki untuk memodifikasi lingkungan yang sehat, manfaat pemeliharaan lingkungan, pentingnya kebersihan dan sanitasi. Sikap atau pandangan keluarga terhadap kebersihan dan sanitasi dan kekompakan keluarga.

e) Menggunakan fasilitas kesehatan di masyarakat, sejauh mana keluarga mengetahui keberadaan fasilitas kesehatan di masyarakat, mengetahui keuntungan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan, mengetahui pengalaman keluarga terhadap petugas atau pelayanan kesehatan, mengetahui fasilitas kesehatan yang ada terjangkau keluarga

4) Fungsi Reproduksi

Mengetahui keluarga merencanakan jumlah anak, hubungan seksual suami istri, masalah yang muncul jika ada.

5) Fungsi Ekonomi

Kemampuan keluarga memenuhi sandang, pangan, papan, menabung, kemampuan peningkatan status kesehatan.

f. Stress dan Koping Keluarga

1) Stress Jangka Pendek dan Jangka Panjang

Stressor jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu tidak lebih dari 6 bulan. Stressor jangka panjang yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari 6 bulan seperti bagaimana klien dan keluarga dalam menyelesaikan, dan menangani masalah gastritis. Oleh karena itu pengendalian secara efektif berupa istirahat cukup, olahraga teratur dan relaksasi yang cukup serta dukungan positif dapat mengurangi tingkat stress pada seseorang sehingga akan membantu dalam upaya perawatan dan pencegahan kekambuhan gastritis (Burhan, 2018).

2) Kemampuan Keluarga Merespon Stressor

Hal yang perlu dikaji adalah sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi gastritis yang sekarang sedang dialami.

3) Strategi Koping

Seperti apa yang digunakan dalam menghadapi penyakit gastritis yang terjadi.

4) Strategi Koping Disfungsional

Menjelaskan mengenai koping disfungsional yang digunakan ketika keluarga menghadapi masalah gastritis.

g. Pemeriksaan Fisik Abdomen

Tanda yang diketahui selama pemeriksaan fisik mencakup nyeri tekan abdomen, perubahan turgor kulit, membrane mukosa kering.

h. Pengkajian Nyeri

P (Provokes) : apa yang menyebabkan nyeri ?. Biasanya pada nyeri gastritis nyeri timbul saat telat makan atau klien mengalami stress.

Q (Quality) : gambaran nyeri, apakah seperti ditusuk, diiris, tertekan, terbakar, kram dll.

R (Regio) : apakah nyeri gastritis menyebar? Menyebar kemana?

S (Scala) : seberapa parah tingkat nyeri gastritis yang dirasakan. Dari rentang 0-10 dengan 0 tidak ada nyeri dan 10 adalah nyeri berat.

T (Time) : kapan nyeri itu timbul? Apakah waktunya cepat atau lambat? Berapa lama nyeri itu timbul? Apakah terus menerus atau hilang timbul?.

i. Harapan Keluarga

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

2.1.12 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada keluarga dengan Gastritis yaitu (NANDA, 2018-2020) :

- Nyeri akut/kronis berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.
- Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.
- Kekurangan volume cairan berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.
- Ansietas berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga mengenal masalah.

2.1.13 Rencana Keperawatan

2.1.13.1 Penentuan skala prioritas

Perawat dapat menemukan lebih dari satu diagnosis keperawatan keluarga dalam satu keluarga. Diagnosis terdapat empat kriteria yang akan menentukan prioritas diagnosa, setiap kriteria memiliki bobotnya masing-masing. Kriteria tersebut terdiri dari sifat masalah, kemungkinan masalah untuk diubah, potensial dicegah dan menonjolnya masalah. Kriteria memiliki tiga skala yang memiliki skor masing-masing. Penentuan skala dari setiap kriteria ditentukan dengan mempertimbangkan komponen pembedaan atau rasional sesuai dengan kondisi terkini yang ada dalam keluarga.

Skala untuk menentukan Prioritas Asuhan Keperawatan Keluarga

Tabel 2.3 Kriteria Penentuan Masalah (Friedman, 2010)

No	Kriteria	Skor	Bobot
1	Sifat Masalah Skala : Aktual (Tidak/Kurang sehat) Ancaman kesehatan Keadaan Sejahtera	3 2 1	1
2	Kemungkinan Masalah Skala : Mudah Sebagian Tidak dapat	2 1 0	2
3	Potensial Masalah untuk Dicegah Skala : Tinggi Cukup Rendah	3 2 1	1
4	Menonjolnya Masalah Skala : Masalah berat harus segera ditangani Ada masalah, tapi tidak perlu ditangani Masalah tidak dirasakan	2 1 0	1

Scoring :

- Tentukan skor untuk setiap kriteria.
- Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot dengan rumus :

$$\frac{\text{Skor} \times \text{Bobot}}{\text{Angka Tertinggi}}$$

- c. Jumlahkan skor untuk semua kriteria.

2.1.13.2 Intervensi

- e. Nyeri akut/kronis berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

Tujuan umum : diharapkan nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil klien dan keluarga mengatakan jika nyeri berkurang dan lebih nyaman.

Tujuan khusus : diharapkan keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit.

Intervensi :

- a. Mengenal masalah nyeri kronis pada Gastritis

NIC :

- 1) Berikan penjelasan atau pendidikan kesehatan mengenai nyeri kronis pada Gastritis.
- 2) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif.
- 3) Identifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan klien dan keluarga dengan nyeri pada Gastritis.
- 4) Dorong sikap emosi yang sehat terhadap nyeri gastritis yang dikeluhkan klien.

- b. Mengambil keputusan untuk merawat keluarga yang sakit

NIC :

- 1) Identifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan untuk mengatasi nyeri pada Gastritis.
- 2) Identifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga untuk mengatasi nyeri
- 3) Diskusikan tentang penerapan pola makan yang baik dan manajemen stress untuk mengurangi nyeri pada Gastritis.

- c. Merawat anggota yang sakit

NIC :

- 1) Demonstrasikan cara mengurangi nyeri gastritis dengan penerapan pola makan yang benar dan manajemen stress.
- 2) Gunakan alat dan fasilitas yang sesuai untuk mengajarkan cara manajemen nyeri.
- d. Menciptakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan.

NIC :

- 1) Obsevasi pola makan klien dan keluarga
- 2) Observasi Lingkungan yang dapat menyebabkan stress
 - a. Ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

Tujuan umum : diharapkan status nutrisi klien terpenuhi

Tujuan khusus : diharapkan keluarga mampu merawat anggota yang sakit dengan kriteria hasil asupan nutrusi terpenuhi.

Intervensi :

- a. Mengenal masalah nutrisi

NIC :

- 1) Berikan penjelasan atau Pendidikan kesehatan tentang penerapan pola makan yang baik dan yang tidak dianjurkan untuk penderita Gastritis.
- 2) Identifikasi adanya alergi pada makanan tertentu
- 3) Anjurkan klien untuk menghindari makanan yang dapat menimbulkan kekambuhan nyeri Gastritis

- c. Ansietas berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga mengenal masalah.

Tujuan umum : diharapkan keluarga dan klien mengatakan lebih tenang dan tidak cemas dengan kriteria hasil kecemasan berkurang pada klien dan keluarga.

Tujuan khusus : diharapkan keluarga mampu mengontrol kecemasan.

Intervensi :

a. Menenal masalah nyeri kronis/akut

NIC :

- 1) Berikan penjelasan atau pendidikan kesehatan mengenai nyeri kronis/akut pada Gastritis.
- 2) Kaji pengetahuan klien tentang Gastritis
- 3) Identifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan klien dan keluarga dengan nyeri pada Gastritis

b. Mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga yang sakit.

NIC :

- 1) Identifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan untuk mengatasi nyeri pada Gastritis
- 2) Diskusikan tentang imajinasi terbimbing untuk mengurangi nyeri kronis pada Gastritis.

c. Merawat anggota keluarga yang sakit

NIC :

- 1) Beri informasi cara mengurangi nyeri gastritis dengan imajinasi terbimbing.

d. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

Tujuan umum : diharapkan status cairan klien terpenuhi

Tujuan khusus : diharapkan keluarga mampu merawat anggota yang sakit dengan kriteria hasil volume cairan terpenuhi.

Intervensi :

a. Perubahan keseimbangan cairan

- 1) Monitor intake dan out put cairan
- 2) Pantau adanya tanda dan gejala retensi cairan
- 3) Tingkatkan intake asupan cairan

3.1.14 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan keluarga adalah suatu proses aktualisasi rencana keperawatan yang memanfaatkan berbagai sumber di dalam keluarga dan memandirikan keluarga dalam bidang kesehatan. Keluarga dididik harus mampu menilai potensi yang dimiliki mereka dan mengembangkannya melalui implementasi yang bersifat memampukan keluarga untuk mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan terkait kesehatan yang dihadapi, merawat anggota keluarga sesuai kondisi kesehatannya, memodifikasi lingkungan yang sehat bagi setiap anggota keluarga serta memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan terdekat (Friedman, 2010).

Tindakan perawatan terhadap keluarga menurut (Friedman, 2010), mencakup:

- a. Menstimulasi kesadaran atau peneimaan keluarga mengenal masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara :
 - 1) Memberikan informasi : penyuluhan atau konseling.
 - 2) Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan.
 - 3) Mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah.
- b. Mensimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat dengan cara :
 - 1) Mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan.
 - 2) Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga.
 - 3) Mendiskusikan tentang konsekuensi setiap tindakan.
- c. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit dengan cara :
 - 1) Mendemonstrasikan cara perawatan.
 - 2) Menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah.
 - 3) Mengawasi keluarga melakukan tindakan perawatan.

d. Membantu keluarga menemukan cara bagaimana memodifikasi lingkungan yang sehat dengan cara :

- 1) Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga.
- 2) Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin.

e. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dengan cara :

- 1) Memperkenalkan fasilitas kesehatan yang ada dalam lingkungan keluarga.
- 2) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

3.1.15 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan keluarga adalah proses untuk menilai keberhasilan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatannya sehingga memiliki produktivitas yang tinggi dalam mengembangkan setiap anggota keluarga. Evaluasi adalah tahap yang menentukan apakah tujuan yang telah ditetapkan akan menentukan mudah atau sulitnya dalam melaksanakan evaluasi (Friedman, 2010).

2.1 Inovasi *Guided imagery*

2.3.1 Definisi *Guided Imagery*

Guided Imagery merupakan pembentukan representasi mental dari suatu objek, tempat, peristiwa, atau situasi yang dirasakan melalui indra. Saat berimajinasi individu dapat membayangkan melihat sesuatu, mendengar, merasakan, mencium, dan atau menyentuh sesuatu

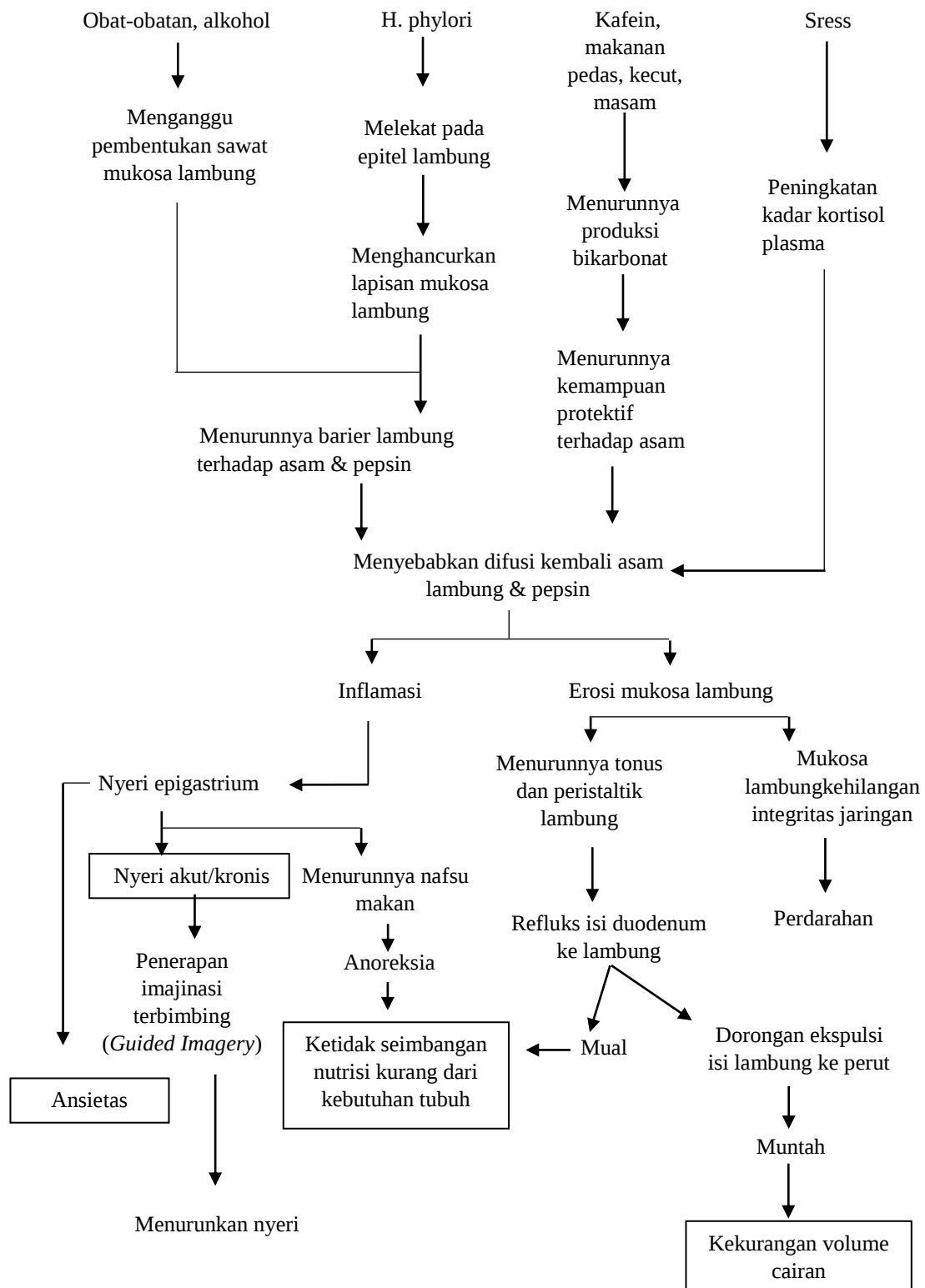
2.3.2 Manfaat *Guided Imagery*

- a. Menurunkan tingkat nyeri
- b. Menurunkan ketegangan otot
- c. Meningkatkan perasaan damai dan tenang
- d. Mengalihkan rasa tidak nyaman pada tubuh
- e. Memperbaiki kemampuan untuk mengatasi nyeri

2.3.5 Teknik *Guided Imagery* :

- a. Bantu klien ke posisi yang nyaman yaitu posisi bersandar dan minta klien untuk menutup matanya selama prosedur.
- b. Meminta klien untuk menarik napas dalam dan perlahan sebanyak 3 untuk merelaksasikan semua otot dengan mata tetap terpejam.
- c. Meminta klien untuk memikirkan hal-hal yang menyenangkan atau pengalaman dengan mata terpejam yang membantu penggunaan semua indra dengan suara yang lembut
- d. Saat klien membayangkan dengan mata tetap terpejam klien dipandu untuk menjelaskan bayangannya dengan di tanya :
 - 1) Apa yang dibayangkan
 - 2) Dilakukan bersama siapa bayangan menyenangkan tersebut
 - 3) Kapan bayangan menyenangkan dilakukan
 - 4) Dimana bayangan menyenangkan itu terjadi
- e. Jika klien menunjukkan tanda gelisah atau tidak nyaman hentikan latihan dan memulainya lagi ketika klien telah siap
- f. Relaksasi akan mengenai seluruh tubuh setelah 15 menit klien keluar dari bayangannya
- g. Catat hal hal yang di gambarkan klien untuk digunakan pada latihan selanjutnya dengan menggunakan informasi spesifik yangt diberikan klien dan tidak membuat perubahan pernyataan klien.

2.2 Pathway



Gambar 2.4 Pathway Gastritis (Indayani, 2018)(Nurarif, 2013)

BAB 3

METODE STUDI KASUS

3.1 Desain Studi Kasus

Desain yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah studi kasus. Studi kasus adalah suatu serangkaian kegiatan ilmiah yang dilakukan secara intensif, terinci dan mendalam tentang suatu program, peristiwa, dan aktivitas, baik pada tingkat perorangan, sekelompok orang, lembaga, atau organisasi untuk memperoleh pengetahuan mendalam tentang peristiwa tersebut (Creswell, 2014). Studi kasus dalam keperawatan keluarga ini untuk mengetahui penerapan tentang *Guided Imagery* untuk mengatasi nyeri terhadap Gastritis di keluarga.

3.2 Subyek Studi Kasus

Subyek studi kasus ini menggunakan 2 klien dengan diagnosa yang sama, masalah yang sama dan dengan penerapan inovasi yang sama. Pada studi kasus ini yang digunakan adalah 2 klien yang berbeda dengan penerapan *Guided Imagery* untuk mengatasi nyeri terhadap Gastritis di keluarga. Fokus studi yang digunakan adalah 2 klien dengan diagnosis Gastritis dengan nyeri ringan sampai dengan nyeri sedang dengan batasan tingkat nyeri untuk nyeri ringan yaitu 1 -3 dan untuk nyeri sedang 4-6. Studi kasus ini berfokus pada masyarakat daerah Kabupaten Magelang yang menderita Gastritis terutama pada Puskesmas yang dituju sebagai rujukan praktik klinik penulis.

3.3 Fokus Studi

Fokus studi kasus ini adalah pemberian asuhan keperawatan keluarga pada klien Gastritis di keluarga dengan penerapan Pendidikan kesehatan tentang pola makan dan *Guided Imagery* untuk mengatasi nyeri Gastritis pada Keluarga.

3.4 Definisi Operasional dari Fokus Studi

Asuhan keperawatan keluarga adalah suatu rangkaian yang diberikan melalui praktik keperawatan kepada keluarga untuk membantu menyelesaikan masalah

kesehatan keluarga tersebut dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan (Baylon dan Maglaya, 2017).

Menurut (Tetty, 2015) nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif. Perasaan nyeri pada setiap orang berbeda dalam hal skala ataupun tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya.

Guided Imagery merupakan pembentukan representasi mental dari suatu objek, tempat, peristiwa, atau situasi yang dirasakan melalui indra. Saat berimajinasi individu dapat membayangkan melihat sesuatu, mendengar, merasakan, mencium, dan atau menyentuh sesuatu (Snyder, 2015).

3.5 Instrumen Studi Kasus

Instrumen studi kasus adalah alat yang digunakan untuk pengumpulan data (Notoatmodjo, 2012). Alat atau instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data adalah format asuhan keperawatan keluarga 32 item untuk melakukan pengkajian asuhan keperawatan keluarga, selain itu dibutuhkan juga nursing kit yang berupa tensimeter, stetoskop, thermometer. Sedangkan alat yang dibutuhkan dalam penerapan inovasi adalah sebagai berikut :

3.5.1 Kursi

Dalam studi kasus ini, kursi digunakan untuk melakukan *Guided Imagery* agar klien dapat duduk 90⁰ dengan rileks dalam melakukan distraksi.

3.5.2 Lembar observasi

Lembar observasi digunakan untuk memonitor tingkat nyeri sebelum dan sesudah dilakukannya *Guided Imagery*.

3.5.3 Skala kala nyeri NRS (Numeric Rating Scale)

Digunakan untuk mengukur tingkat nyeri

3.6 Metode Pengumpulan Data

3.6.1 Observasi partisipatif

Penulis melakukan pengumpulan data dengan cara pengamatan secara langsung pada klien dan keluarga mengenai nyeri klien serta partisipatif dengan keluarga

klien sebagai orang terdekat klien. Dengan observasi penulis dapat mengetahui apakah ada perubahan pada tingkat nyeri sebelum dan sesudah diterapkan *Guided Imagery*.

3.6.2 Wawancara

Penulis melakukan wawancara dengan teknik tanya jawab secara langsung pada keluarga dan klien yang mempunyai penyakit Gastritis, serta melakukan pengkajian asuhan keperawatan keluarga 32 item saat penulis melakukan kunjungan ke rumah klien dan keluarga.

3.6.3 Studi Literatur

Penulis melakukan pengumpulan data yang telah diperoleh dari berbagai sumber buku, informasi dari beberapa jurnal terkait dengan penyakit Gastritis. Penulis melakukan penerapan *Guided Imagery* sesuai dengan jurnal dan buku.

3.6.4 Dokumentasi

Penulis melakukan pencatatan atau pendokumentasian data klien dan keluarga melalui catatan medis klien sebelumnya dan dokumentasi ini diambil dari pengkajian sampai dengan evaluasi pada klien dan keluarga dengan Gastritis.

3.6.5 Pemeriksaan Fisik

Penulis melakukan pemeriksaan fisik dari ujung rambut sampai ujung kaki pada keluarga.

3.6.6 Pemeriksaan Fisik

Penulis melakukan pemeriksaan fisik dari ujung rambut sampai ujung kaki pada keluarga.

3.6.7 Praktek Langsung

Penulis melakukan praktek langsung dengan referensi penerapan *Guided Imagery* sesuai dengan referensi yang diperoleh pada penderita Gastritis. Penulis melakukan praktek langsung pada saat kunjungan ke rumah pasien.

3.7 Lokasi dan Waktu

Studi kasus ini adalah studi kasus individu (di keluarga) yang dilakukan oleh penulis di Puskesmas wilayah Kabupaten Magelang, dari tanggal 24 Februari 2020 sampai dengan 16 Mei 2020.

3.8 Analisis Data

Teknik analisis yang dilakukan oleh penulis dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil wawancara. Teknik analisis yang digunakan penulis adalah observasi, pemeriksaan fisik dan pendokumentasian untuk menghasilkan data yang selanjutnya menerapkan inovasi yang akan diterapkan kepada klien sesuai dengan jurnal yang ditentukan. Urutan dalam analisis data pada studi kasus ini adalah sebagai berikut:

3.6.1 Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil wawancara, observasi dan dokumentasi. Kemudian, hasil tersebut disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur). Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

3.6.2 Mereduksi data

Data dari hasil wawancara terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subyektif dan obyektif, kemudian dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnosis.

3.6.3 Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas klien.

3.6.4 Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dari hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan.

3.7 Etika Studi Kasus

Pada studi kasus ini dicantumkan etika yang menjadi dasar penyusunan studi kasus yang terdiri dari:

3.7.1 Beneficence (manfaat) yang dimaksud adalah tindakan keperawatan yang akan dilakukan tidak merugikan klien, dan memberikan yang terbaik untuk klien.

3.7.2 Nonmaleficence prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya/cidera fisik dan psikologis pada klien. Tindakan pengobatan harus berpedoman “primum non

nocere” (yang paling utama adalah jangan merugikan) tidak melukai, tidak menimbulkan bahaya cedera bagi orang lain atau klien.

3.7.3 Justice (keadilan) etika ini sangat penting dalam proses keperawatan dimana dalam penyusunan studi kasus pelaksana bersikap adil kepada klien tidak membedakan klien yang dilihat dari agama, ras, dan jenis kelamin. Pengelolaan klien harus dilakukan secara profesional.

3.7.4 Confidentiality

Bentuk etika dalam studi kasus ini dengan memberikan jaminan kerahasiaan klien yang diperoleh dari informasi selama melakukan studi kasus.

3.7.5 Anonymity

Dalam penulisan studi kasus ini memberikan jaminan kepada klien dengan tidak mencantumkan nama klien dalam subjek studi kasus, melainkan menggunakan nama inisial dalam penulisan studi kasus

3.7.6 Informed consent

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara penulis dan klien dengan memberikan lembar persetujuan dan diberikan sebelum dilakukan pemeriksaan dan tindakan keperawatan.

3.7.7 Fidelity (kesetiaan) dalam etika studi kasus penulis atau pelaksana tindakan selalu setia yang artinya berkomitmen pada kontrak waktu tempat dan tindakan yang akan dilakukan pada klien.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan asuhan keperawatan menggunakan pengkajian Friedman (2010) yang telah diuraikan diatas, disini penulis menyimpulkan :

Pengkajian pada kedua klien yang di lakukan tanggal 6 April 2020 pada klien 1 dan tanggal 13 April 2020 pada klien 2 secara umum dapat dilaksanakan dan tidak ada kendala apapun selama penulis melakukan proses pengkajian karena selama pengkajian respon kedua klien dan keluarga sangat kooperatif. Data yang telah penulis kumpulkan meliputi identitas klien, kebiasaan sehari - hari, riwayat kesehatan keluarga, riwayat kesehatan sekarang, tidak mengalami masalah dalam pendokumentasian sehingga dapat mendukung pada tahap selanjutnya.

Data yang didapatkan penulis untuk menegakkan 3 diagnosa pada kedua klien dan ditemukan diagnosa prioritas melalui skoring yaitu nyeri kronis berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota yang sakit yang didukung melalui pengkajian PQRST. Hal ini terbukti total skoring pada kedua klien yaitu pada klien pertama total skoring yaitu 4 1/6 sedangkan pada klien kedua total skoring yaitu 3 1/6

Intervensi yang dibuat oleh penulis untuk mengatasi nyeri kronis berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit pada Nn. S dan Ny. A dengan mengkaji tingkat nyeri secara komprehensif, observasi pola makan klien, dan memberikan terapi nonfarmakologi dengan penerapan inovasi Imajinasi Terbimbing (*Guided Imagery*) yang dilakukan selama 3 kali pertemuan dalam 1 minggu.

Penulis melakukan implementasi nyeri kronis berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota yang sakit pada Nn. S dan Ny. A

selama 3 kali kunjungan dalam 1 minggu dengan mengkaji nyeri secara komprehensif sebelum dan sesudah melakukan penerapan Imajinasi Terbimbing (*Guided Imagery*), mengobservasi pola makan klien, melakukan penerapan Imajinasi Terbimbing (*Guided Imagery*) untuk menurunkan nyeri yang didapatkan hasil nyeri berkurang dari skala 5 menjadi 1 pada Nn. S sedangkan pada Ny. A didapatkan hasil nyeri berkurang dari skala 6 menjadi skala 1. Selain itu respon kedua klien dan keluarga saat penulis melakukan kunjungan sangat baik dan kooperatif, selama penulis melakukan penerapan tidak terdapat kendala apapun baik pada Nn. S dan Ny. A.

Evaluasi yang didapatkan selama dilakukan 3 kali kunjungan dalam 1 minggu pada kedua klien dengan menerapkan inovasi Imajinasi Terbimbing (*Guided Imagery*) untuk menurunkan nyeri. Dari evaluasi yang didapatkan pada Nn. S masalah nyeri teratasi dibuktikan dengan nyeri sebelumnya skala 5 turun menjadi skala 1, sedangkan pada Ny. A nyeri teratasi dibuktikan dengan nyeri sebelumnya skala 6 turun menjadi skala 1, di akhir pertemuan kedua klien terlihat lebih rileks dari sebelumnya. Rencana tindak lanjut yang dilakukan yaitu dengan menganjurkan keluarga untuk menerapkan Imajinasi Terbimbing (*Guided Imagery*) apabila nyeri akibat penyakit maag kambuh, selanjutnya mengedukasi klien dan keluarga untuk memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan terdekat bila sakit.

5.2 Saran

Berdasarkan asuhan keperawatan keluarga yang sudah dilakukan pada keluarga Tn.G dan Tn. S dengan nyeri Gastritis, maka saran yang dapat diberikan penulis antara lain :

5.2.1 Bagi klien dan keluarga

Diharapkan klien dan keluarga menerapkan penanganan nyeri pada Gastritis yang sudah diajarkan yaitu dengan menerapkan Imajinasi Terbimbing (*Guided Imagery*) jika nyeri Gastritis kambuh, dan bersedia memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan terdekat.

5.2.2 Bagi masyarakat

Diharapkan dapat menambah wawasan dan dapat menerapkan bagaimana penanganan nyeri Gastritis dan pencegahannya secara mandiri dan sebagai acuan untuk menjaga perilaku hidup sehat.

5.2.3 Bagi pelayanan kesehatan

Diharapkan pelayanan kesehatan dapat menjadikan masukan dan informasi bagi seluruh praktisi kesehatan dalam menentukan asuhan keperawatan yang diberikan salah satunya dengan inovasi Imajinasi Terbimbing (*Guided Imagery*) untuk menurunkan nyeri gastritis.

5.2.4 Bagi penulis

Diharapkan penulis dapat memahami dan menambah wawasan mengenai penanganan non farmakologi terhadap nyeri kronis Gastritis dengan inovasi Imajinasi Terbimbing (*Guided Imagery*). Serta penulis dapat memberikan informasi kepada masyarakat mengenai penyakit tersebut dan cara penanganannya secara mandiri.

DAFTAR PUSTAKA

- Ardiani, H. (2019). Tingginya Tingkat Stres dengan Kejadian Kekambuhan Gastritis pada Mahasiswa dalam Penyusunan Tugas Akhir di STIKes Bhakti Husada Mulia Madiun. *2-Trik: Tunas-Tunas Riset Kesehatan*, 9(1), 8.
- BPS. Kabupaten Magelang Dalam Angka 2018 (2018).
- Burmana, F. (2015). *Ketepatan Teknik Dan Saat Pemberian Obat Gastritis Pada Pasien Dewasa Di Rawat Inap* . Kemiling Bandar Lampung .
- Dwi Wahyuni Rumpiati Rista Eko Muji Lestariningsih, S. (2017). Hubungan Pola Makan Dengan Kejadian Gastritis Pada Remaja. *Global Health Science*, 2(2), 149–154.
- Friedman. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori & Praktik. Edisi 5. Editor Edisi Bahasa Indonesia*. Jakarta: EGC.
- Hoesny, R. (2019). *Stres Dan Gastritis : Studi Crss Sectional Pada Pasien Di Ruang Rawat Inap Di Wilayah Kerja Upt Puskesmas Bone-*. 02, 302–308.
- Mappagerang, R., & Hasnah. (2017). Hubungan Tingkat Stres dan Pola Makan dengan Kejadian Gastritis diruang Rawat Inap RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidrap. *Jikp Jurnal Ilmiah Kesehatan Pencerah*, 6(1), 59–64.
- Mardalena, I. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Manalu, D. H. A. (2017). *Asuhan Keperawatan Dengan Pasien Gangguan Rasa Nyaman : Nyeri*.
- M.Black, Joyce & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah*. (R. W. A. Susila, Akli, Ganiajri, Faqihani, Lestari, Peni Puji, Sari, Ed.) (8th ed.). Singapore.
- Mia Khoirul Amin, Hendri Tamara Yuda, S. K. N. M. K. (2017). *Penerapan Terapi Kompres Air Hangat Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien Gastritis Di Ruang Dahlia Rsud Dr. Soedirman Kebumen*.
- Nurarif, H. & K. (2013). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda NIC-NOC*. MediAction.
- Panduan, B., & Kdm, P. (2016). *STIKes DHARMA HUSADA BANDUNG*. 75, 1–74.
- Purwanto, B. (2015). *Keperawatan Komplementer* . Yogyakarta: Nuha Medika.

- Perry, P. &. (2010). *Buku Fundamental of Nursing edisi 7 buku 3*. Jakarta: Salemba Medika .
- Proverawati, A. &. (2011). *Ilmu Gizi Untuk keperawatan dan Gizi Kesehatan* . Yogyakarta: Nuha Medika.
- Susilawati, K. d. (2018). *Buku Ajar Anatomi Fisiologi Gangguan Sistem Pencernaan* . Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Sue E. Huether, MS, PhD & Kathryn L. McCance, MS, P. (2017). *Buku Ajar Patofisiologi*. (R. & S. H. Soeatmadji, Djoko Wahono, Ratnawati, Ed.) (6th ed., Vol. 2).
- Suratun, L. &. (2010). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Gastrointestinal*. Jakarta: Trans Info Media.
- Sherwood, L. (2017). *Fisiologi Manusia : Dari Sel ke Sistem*. (D. Ong, Herman Octavius, Mahode, Albertus Agung, Ramadhani, Ed.) (8th ed.). Jakarta.
- Smeltzer, S. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah Brunner dan Suddart volume 2*. Jakarta: EGC.
- Tamsuri, A. (2010). *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri* . Jakarta : EGC.
- Tussakinah, W., & Burhan, I. R. (2018). *Hubungan Pola Makan dan Tingkat Stres terhadap Kekambuhan Gastritis di Wilayah Kerja Puskesmas Tarok Kota Payakumbuh Tahun 2017*. 7(2), 217–225.